

Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali

Gerardo Campo, M.D.¹, Jaime Arturo Roa, M.D.², Ángela Pérez, Neuropsicol.³, Omar Salazar, M.D.⁴, Carolina Piragauta, Psicol.⁵, Luz López, M.D.⁶, Clara Ramírez, M.D.⁶

RESUMEN

Objetivos. Describir las características biopsicosociales de los menores de 14 años con intento de suicidio, los métodos utilizados, las características psicológicas y la estructura y dinámica de las familias de origen.

Materiales y métodos. Estudio clínico descriptivo de menores de 14 años que consulta al Hospital Universitario del Valle por intento suicida en el período octubre 1 de 2001 a septiembre 30 de 2002; cada menor se evaluó con la aplicación de la historia toxicológica o de trauma, historia clínica psiquiátrica, el Child Behavior Checklists (CBCL), prueba de la figura humana y de la familia, la Escala Revisada de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-R), y una entrevista semi-estructurada de evaluación familiar.

Resultados. Consultaron 18 menores de edad; 2 mujeres menores fallecieron y de los restantes, sólo 8 menores (7 mujeres y 1 hombre) aceptaron participar. El envenenamiento autoinfringido por ingestión de sustancias es el método suicida más utilizado y además más frecuente en mujeres; todos tienen enfermedad mental asociada; la mitad un retardo mental. La mayoría presenta compromiso de la atención, comportamientos violentos, disociales, delictivos, aislamiento, etc. Como características psicológicas predominantes está perturbación en el ámbito sexual, represión emocional, negación de la situación penosa y agresividad, además de disfunción familiar severa en todos los casos.

Conclusiones. Las características biopsicosociales encontradas coinciden con las descritas previamente en la literatura pero se requieren investigaciones adicionales que validen los hallazgos.

Palabras clave. Intento de suicidio. Niños y adolescentes.

El fenómeno suicida considera los pensamientos y/o actos que realizados en su totalidad conducen a seria injuria o muerte; es un espectro de riesgo y propensión, con una progresión implícita en el nivel de riesgo, desde pensamientos a planes específicos, gestos o actos autolesivos menores a intentos con variable rango de letalidad potencial y el suicidio consumado. El intento de suicidio son las acciones que hubiesen resultado en seria lesión o muerte de no mediar intervención oportuna^{1,2}.

El suicidio es frecuente, pero aún más el intento suicida. Cada año ocurre

un millón de suicidios en el mundo, afectando en promedio a 6 ó 7 sobrevivientes por suicidio. En 1998, el suicidio fue la octava causa de muerte en todas las edades en los Estados Unidos y la tercera causa de muerte entre hombres y novena en mujeres jóvenes y adultos jóvenes de los Estados Unidos de América y Europa (15-24 años)³. En Colombia, en el período 1973-1996 se encontró que la mayor proporción de

muertes causadas por suicidio se presenta dentro del grupo de 15-24 años para las mujeres, y en mayores de 60 años para los hombres, con una tasa de suicidio de 2-4/100.000 para ambos géneros y para todos los grupos de edad, oscilando entre 4-6/100.000 para hombres y de 1-3/100.000 para mujeres⁴.

La correlación más importante para suicidio en jóvenes es el antecedente de un intento de suicidio previo; adicionalmente se ha asociado con depresión, uso de sustancias, pérdida de un familiar o un amigo por suicidio, fácil acceso a armas de fuego, género femenino, ser víctima o generador de violencia, familias monoparentales sobre todo con ausencia del padre, rasgos de persona-

1. Profesor Asociado, Jefe Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.
2. Profesor Titular Emérito, Director Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.
3. Profesora Instructora. Programa de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana, Cali.
4. Profesor, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.
5. Estudiante de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana, Cali.
6. Residente, Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

lidad narcisista o antisocial, pobreza, problemas de interrelación, abuso físico o sexual, limitadas capacidades adaptativas, trastornos de alimentación, eventos vitales estresantes como la pérdida de una persona significativa o una mascota, problemas con la autoridad legal o escolar, cambio de domicilio, percepción por el joven de carencia de apoyo familiar o en general conflictos intrafamiliares, alteraciones neuropsicológicas como déficit en funciones ejecutivas, fluidez verbal, razonamiento lógico mediado por el lenguaje, etc.⁵⁻¹³. Como factores protectores se mencionan el sentirse bien emocionalmente y contar con una estrecha y comprometida relación con los padres y familiares⁵.

Los métodos suicidas empleados comúnmente incluyen ahorcamiento, sofocación y sumergimiento, instrumentos cortantes y punzantes, salto de altura, uso de armas de fuego, envenenamiento mediante sustancias sólidas o líquidas, con variaciones locales reflejando características culturales, disponibilidad, edad, sexo, significado ritual, imitación, etc.

En Estados Unidos las mujeres prefieren la sobredosis de medicamentos y laceración de muñecas; entre tanto los hombres tienden a escoger métodos más violentos y en general de mayor grado de letalidad, como heridas con armas de fuego, ahorcamiento y salto de altura¹⁴.

Dentro de los factores psicológicos causales se enfatiza, desde la psicodinamia, la presencia de conflictos, pérdidas y cambios en las relaciones, donde el suicidio es visto como un acto depresivo o psicótico, asociado algunas veces con fantasías de escape, recompensa, reunión o resurrección¹⁵. La psicología conductual propone el comportamiento suicida como una condición depresiva aprendida generada por carencia de reforzamiento positivo o

exposición prolongada a situaciones negativas aparentemente insolubles que producen una sensación de incapacidad, o los enfoques cognitivos que atribuyen el suicidio a una impotencia aprendida y de desesperanza como un esquema patológico persistente y automático de organizar e interpretar las experiencias¹⁶ y factores sociológicos que plantean la influencia de distintos modelos de estructura u organización social como la familia, cultura, religión, ocupación, clase socioeconómica y otros grupos u organizaciones en la génesis del suicidio. Específicamente se observa mayor ocurrencia de suicidio en los extremos del espectro socioeconómico o cambios abruptos del *status* socioeconómico; o incluso el llamado efecto Werther, donde el comportamiento suicida difundido por medios masivos de comunicación es imitado por los jóvenes^{9,14}.

Desde hace cuatro siglos se reconoce una asociación entre el comportamiento suicida y la melancolía y otros trastornos mentales severos; en efecto se acepta que alrededor de 90% de los suicidios están relacionados con un diagnóstico psiquiátrico o abuso de sustancias o con la presencia de ambos, donde cerca de 60% está asociado con un trastorno afectivo.

El presente estudio se origina en un trabajo de investigación previo adelantado por los dos autores principales y en las cifras arrojadas por el Estudio Nacional de Salud Mental que indicaron que el suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte en jóvenes entre 12 y 15 años; 57 de cada 1.000 colombianos intentan suicidarse durante su vida y que entre 10% y 15% culminan en suicidio.

Adicionalmente en la información obtenida en el Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" (HUV) durante el año 2000 donde 10% de los menores de 14 años atendidos tenían

como causa de consulta algún tipo de intoxicación y 31 de las 1.200 llamadas telefónicas recibidas por el servicio "Línea Toxicológica" correspondían a un intento de suicidio en este grupo de edad y la justificación más importante, la carencia de información a nivel local de las características biopsicosociales de los menores de 14 años que intentan suicidarse¹⁷.

La información epidemiológica sobre el intento suicida es poco confiable por el subregistro, mal registro de la causa de muerte, deficiente comunicación, etc., pero los estudios internacionales describen prevalencias en la población general entre 0.04% y 4.6% durante el ciclo vital y 0.8%/año para todas las edades; la relación entre intento suicida y suicidio fluctúa entre 6:1 a 25:1, con un promedio de 18:1 en el mundo; el intento de suicidio por adolescentes es cerca de 100 veces más frecuente que el suicidio consumado. Del total de las personas que intentan suicidarse terminan en suicidio posteriormente entre 10% y 15%¹⁸⁻²³.

En las últimas décadas se ha observado la creciente incidencia del intento de suicidio entre adolescentes y jóvenes adultos sin una explicación clara para este fenómeno. En 1980 el suicidio fue la séptima causa de muerte para niños entre 5 y 14 años de edad en los Estados Unidos, convirtiéndose en la quinta causa para 1993²⁴.

El objetivo de la investigación es describir las características biopsicosociales de los menores de 14 años con intento de suicidio y como objetivos específicos, describir las características del intento de suicidio, las características psicológicas del menor, la estructura y dinámica de la familia de origen y conocer la incidencia del intento de suicidio en menores de 14 años que consultan al HUV.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo circunscrito a los niños que consultan al Servicio de Urgencias del HUV por un intento de suicidio de cualquier característica. Con el objetivo de captar el mayor número posible de casos de intento de suicidio ocurrido en Cali, se envía comunicación escrita a medio centenar de instituciones de salud de nivel primario y secundario, informando sobre los propósitos del presente estudio y solicitando la remisión al HUV de todo niño que consultara por intento suicida.

Al ingreso del menor al HUV se procede de inmediato a su atención médica y el diligenciamiento de los formatos establecidos para historia toxicológica o historia de trauma; luego se informa al familiar responsable de las características del estudio, la libertad para permitir o rechazar su inclusión y la posibilidad de retiro en cualquier momento; una vez firmado el consentimiento informado, se programan las citas para evaluación psiquiátrica, psicológica y familiar para las siguientes 24-72 horas y su posterior seguimiento gratuito por el personal profesional de la Unidad de Salud Mental.

Con la historia toxicológica o de trauma diligenciada por el Servicio de Pediatría Urgencias se reúne información sociodemográfica, las características del método suicida utilizado, el factor precipitante relatado por el menor, manejo médico requerido, evolución y pronóstico esperado. Las evaluaciones consisten en la elaboración de una historia clínica psiquiátrica, la aplicación de la Escala de Achenbach (CBCL) por un médico psiquiatra, prueba de la figura humana y de la familia, y la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-R) por una neuropsicóloga y evaluación familiar por una psicóloga.

Cada menor es evaluado por un psi-

quiatra infantil quien elabora una historia clínica psiquiátrica y aplica la Escala de Achenbach; en este estudio se utiliza el Manual Americano Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-IV) como clasificación nosológica de referencia²⁵⁻²⁷.

El CBCL/ para el grupo de 4 a 18 años, detecta un amplio rango de competencias y problemas de conducta en pre-escolares, escolares y adolescentes: aislamiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales o comportamientos disociales, problemas del pensamiento, problemas en la atención, conductas delictivas y comportamientos agresivos evidenciados en los últimos seis meses, permitiendo identificar niños en riesgo.

Con la aplicación de las diferentes pruebas proyectivas (prueba de la figura humana y de la familia) se exploran las características psicológicas del menor, que son agrupadas artificialmente en variables emocionales, variables familiares, variables de imagen corporal y autoestima, y variables de interacción social. El WISC-R, prueba psicométrica estandarizada, permite determinar el coeficiente intelectual del menor y su correspondiente diagnóstico según DSM-IV.

Cuando se le pide a un individuo que dibuje una persona se ve obligado a hacerlo consciente o inconscientemente sobre su sistema total de valores psíquicos y el cuerpo, o el yo, es el punto de referencia más familiar. El dibujar una persona, proporciona extensa información sobre las necesidades y conflictos del propio cuerpo²⁸. El dibujo de una familia permite al niño proyectar las tendencias reprimidas del inconsciente y de este modo revelar sentimientos verdaderos que experimenta hacia los suyos. A pesar de dar rienda suelta a la imaginación, los sujetos por lo general se atienen estrictamente a dibujar su propia familia. La

interpretación se hace considerando tres planos: el plano gráfico, lo cual proporciona información sobre su psicomotricidad y sus disposiciones afectivas; el plano de las estructuras formales, que brinda información sobre la dinámica familiar, y el plano del contenido, donde el sujeto según su imaginación y deseo va a crear una familia y en los casos en que su verdadera condición lo traumatiza o le causa angustia, va a tratar de liberarse activamente²⁹.

La revisión del WISC se diseñó y organizó como un instrumento de la inteligencia general, esta conformado por las mismas 12 subescalas del WISC publicado en 1949 donde seis pertenecen a la escala verbal: información, semejanzas, aritmética, vocabulario, comprensión y retención de dígitos y seis a la escala de ejecución: figuras incompletas, ordenación de dibujos, diseños con cubos, composición de objetos, claves y laberintos.

El coeficiente intelectual (CI) se calcula a partir de cinco subescalas verbales y cinco de ejecución. La suma total de los puntajes normalizados verbales y manipulativo se convierte en el CI, que se puede ubicar en un nivel de inteligencia muy superior (130 ó más), superior (120-129), arriba de lo normal-brillante- (110-119), normal (90-109), debajo de lo normal (80-89), limítrofe (70-79) y deficiencia mental (de 69 hacia abajo).

La evaluación familiar a través de una entrevista semiestructurada, da cuenta de la historia de conformación de la familia y la conformación familiar actual, la etapa del ciclo vital de la familia, características del subsistema conyugal, el subsistema parental y el subsistema fraterno, las características de los límites establecidos, las dificultades impuestas a la familia por el contexto, la presencia de los antecedentes de fuga o intento de suicidio previo por

el menor afectado y el antecedente de suicidio o intento de suicidio en un familiar y, finalmente, cuál familiar actuó como acudiente durante la atención del menor en el hospital.

Una vez recolectada la información, tal y como se describe antes, se procede a consolidar y analizar los datos obtenidos por parte del grupo multidisciplinario de investigadores.

RESULTADOS

Durante el tiempo del estudio consultan al HUV 18 pacientes menores de 14 años por intento de suicidio, 14 mujeres y 4 hombres, con edades entre 8 y 13 años (edad promedio 11.1 años). Dos menores de 12 años y de sexo femenino fallecieron luego de su ingreso, la primera por ingestión de organofosforados y la segunda por sobredosis de medicamentos (digitálicos). La población universo de menores de 14 años con intento suicida, se reduce a 12 mujeres y 4 hombres.

De los 16 menores con intento suicida, 8 provenían de Cali, 2 de Pradera, 1 de Yumbo, 1 de Obando, 1 de Palmira, 1 de Calima, 1 de Jamundí municipios que corresponden a la mayor parte del área de influencia y por tanto de referencia del HUV y un paciente más del municipio de Villa Rica ubicado en el vecino Departamento del Cauca.

Los métodos suicidas son diversos pero la ingestión de sustancias es el más frecuente, con 12 menores utilizando este método; de ellos, 5 ingirieron sobredosis de medicamentos, en especial psicofármacos que encuentran en su propio lugar de habitación y los otros 7 sustancias tóxicas (carbamatos, organofosforados, derivados del petróleo); los restantes 4 menores utilizaron métodos violentos y de mayor letalidad como la ingestión de vidrio, aplicación subcutánea de gasolina mezclada con un organofosforado (intentando hacer-

lo endovenoso), ahorcamiento y salto de altura respectivamente.

En la evaluación inicial por pedia- tría, se identifican como probables factores precipitantes del intento suicida, la presencia de tristeza o aburrimiento en 4 (25%) menores; otros 3 (18.7%) refieren la presencia de alguna forma de abuso; 2 con posible abuso sexual y 1 con abuso físico; en 4 (25%) se encuentra un acontecimiento vital estresante (2 un serio altercado con la madre; otro lo atribuye a la pelea con un hermano y el cuarto a la unión de varios sucesos como ausencia del padre, relaciones familiares conflictivas y problemas escolares); en 5 (31.2%) de los menores no se identifica un claro factor precipitante.

Los familiares de 4 menores (25%) se negaron a firmar el consentimiento informado y otros 4 (25%) no completaron las evaluaciones. En todos los casos, la decisión de no participar es tomada por los familiares responsables de la custodia del menor, quienes además no cumplen con los controles médicos asignados.

En 8 menores se completó toda la evaluación propuesta que correspondió a 7 niñas y un niño entre 9 y 13 años de edad (edad promedio 11.5 años); 6 (75%) menores intentaron suicidarse con ingestión de sustancias, 2 con sobredosis de psicofármacos y 4 con carbamatos, organofosforados y derivados de petróleo; una menor de 13 años se inyectó una mezcla de gasolina e insecticida en tejido subcutáneo del miembro superior izquierdo y el único varón del grupo, un niño de 9 años intentó suicidarse por ahorcamiento; estos 2 (25%) últimos menores realizan su intento como parte de un plan elaborado, a diferencia de todos los demás que actuaron de manera impulsiva (75%).

La mitad de los menores (4) presen- tó el antecedente de intento de suicidio

previo, siendo el cuarto intento suicida en los últimos tres años para la joven que se inyecta gasolina e insecticida en tejido subcutáneo. Los dos menores que tomaron sobredosis de psicofármacos conviven con un familiar enfermo mental. El niño que intenta ahorcarse describe una conducta imitativa de imágenes observadas en un programa televisivo (efecto Werther), al igual que la menor que se inyecta sustancias tóxicas refiere conocer los intentos de suicidio realizados por tres familiares y una inquilina viviendo en su casa. Sólo uno de los menores fue atendido por personal profesional en salud mental dentro de los treinta días precedentes al intento suicida. Cinco de los menores presentaban un pobre historial escolar con pérdida de años y problemas disciplinarios obligando al cambio de institución educativa.

En el Cuadro 1 se observa la evolución clínica de los 8 niños con intento suicida incluidos en el estudio; 75% de los menores necesitaron exclusivamente manejo de soporte médico y medidas generales, 25% necesitó procedimientos especiales tipo endoscopia y otras medidas específicas dependiendo del método utilizado.

La elaboración de la historia clínica psiquiátrica hace evidente la presencia de una enfermedad mental en todos ellos; los diagnósticos según el DSM IV corresponden a 2 menores con trastorno depresivo mayor; 2 menores, uno de cada sexo, con trastorno de ánimo no especificado; un menor con trastorno adaptativo con síntomas depresivos; un menor con retraso mental leve; un menor con retraso mental moderado; y un menor con rasgos de personalidad límite.

Con excepción de un niño de 9 años y una menor de 13 años, los demás presentan un puntaje total positivo con la Escala de Achenbach (CBCL). Al considerar cada uno de los 8 síndromes,

Cuadro 1
Evolución clínica de niños menores de 14 años con intento de suicidio.
HUV, octubre 1, 2001 a septiembre 30, 2002

Nº caso	Sexo	Edad (años)	Método	Tratamiento	Complicaciones	DH	Secuelas	CM	CP
5	f	9	Ingestión medicamentos	Lavado, carbón	No	5	No	No	No
7	f	11	Ingestión tóxico	Lavado, carbón	No	2	No	No	Sí (1)
8	f	12	Ingestión tóxicos	Lavado, carbón	No	2	No	No	No
9	f	13	Ingestión tóxico	Lavado, carbón	No	6	No	No	No
10	m	9	Ahorcamiento	Sedación, esteroide	No	3	No	No	No
12	f	13	Inyección tóxica	Fasciotomía, injerto	Sí	24	Sí	Sí	Sí (1)
14	f	12	Ingestión medicamentos	Lavado, carbón	No	8	No	No	No
15	f	13	Ingestión cáustico	Endoscopia, ranitidina	No	5	No	No	No

DH: días de hospitalización; CM: control médico, CP: control psiquiátrico

Cuadro 2
Menores en riesgo por escala de Achembach

Nº caso	5	7	8	9	10	12	14	15
Síndrome/problemas de conducta								
Atención	-	S	S	S	-	S	S	-
Ansiedad y depresión	S	P	-	S	-	-	P	-
Agresividad	P	S	S	S	P	P	S	-
Aislamiento	S	S	P	P	P	S	P	-
Delictivo	-	S	S	S	-	-	S	-
Disocial	S	S	P	S	-	-	P	-
Pensamiento	S	S	-	P	-	S	-	-
Somatización	P	-	-	-	-	S	-	-

S: Compromiso

P: Probable compromiso

- : Sin compromiso

los principales hallazgos corresponden a comportamientos agresivos en 4 menores pero altamente probable en otros 3 (87.5%); aislamiento en 3 menores pero altamente probable en otros 4 (87.5%); problemas en la atención en 5 (62.5%); comportamiento disocial en 3 menores pero altamente probable en otros 2 (62.5%); conductas delictivas en 4 (50%); problemas del pensamiento en 3 menores y altamente probable en 1 (50%); más ansiedad/depresión en 2 menores pero con otros 2 muy seguramente comprometidos (50%). En el Cuadro 2 se indican los síndromes o problemas de conducta identificados en cada menor en particular.

La aplicación del WISC-R mostró que ninguno de los 8 menores tiene un coeficiente intelectual medio alto, superior o muy superior; 2 presentaron un coeficiente medio, otros 2 medio bajo y

los otros 4 menores un coeficiente intelectual muy bajo o deficiente. Convertidos estos resultados a un diagnóstico utilizando el DSM-IV, se encuentra que 3 de los menores presentan una inteligencia normal media; uno normal bajo y 4 (50%) menores con retardo mental, discriminados en 2 con retardo mental leve, uno con retardo mental moderado y uno con retardo mental grave.

Al correlacionar el coeficiente intelectual con las motivaciones del intento suicida identificadas en la evaluación psicológica, se encuentra que los 4 niños con un nivel intelectual normal tuvieron como motivación para el intento suicida la expresión de una conducta depresiva o un esfuerzo por modificar un entorno amenazante; entre tanto, los niños con retardo mental fueron motivados por un mecanismo mal adaptativo de escape para eludir un

eventual castigo aniquilador.

Las pruebas de la figura humana y de familia arrojan gran cantidad de características, alrededor de un centenar, que se agruparon en variables, así: variable emocional, variable familiar, variable de imagen corporal y autoestima y variable de interacción social.

Las características psicológicas predominantes corresponden a *variables emocionales* (represión emocional 7/8, depresión o tristeza 5/8, inestabilidad 5/8, necesidad de afecto 3/8); *variables familiares* (negación de la situación penosa 7/8, valorización de la madre 6/8, regresión 5/8, negación de padres y hermanos 4/8, deseos de no ver 3/8); *variables de imagen corporal y autoestima* (perturbación en el ámbito sexual 8/8, puerilidad 7/8, sentimientos de culpa 6/8, desvalorización de sí mismo 5/8, idealista y soñador, 5/8, inse-

guridad 4/8, inferioridad corporal 3/8, rasgo obsesivo 3/8) y *variables de interacción social* (agresividad 7/8, problemas de interacción 5/8, timidez y retraimiento 5/8, violencia 5/8, restricción social 4/8).

La evaluación familiar permite obtener la siguiente información: 6 de las 8 familias fueron constituidas por la presencia de embarazo no buscado y las restantes no correspondieron a una decisión planeada. Una sola de las familias nucleares se encuentra completa; 5 son monoparentales, manteniéndose la madre en 4 de ellas y en las otras 2 el padre y el grupo familiar nuclear está ausente por completo.

Al evaluar el subsistema conyugal se encuentra que todas las parejas se conformaron por unión libre, sobreviviendo una sola de estas uniones; 6 se han disuelto y conformado nuevas uniones y uno de los padres continúa solo luego del fallecimiento de su compañera. En las 7 familias que se encuentra relación de pareja, todas ellas tienen menos de 10 años de convivencia, con relaciones conyugales calificadas como malas en 4 de ellas, una más conflictiva y en las 2 restantes como buenas.

Los papeles de crianza son asumidos por la madre en 2 casos, en uno por el padrastro, y en 5 por una persona distinta a los padres biológicos; 7 (87.5%) de los menores dependen económicamente para su subsistencia de personas diferentes a los padres. Si bien se afirma utilizar reforzamiento positivo para la implementación de la autoridad y control de conductas en todos los menores, en 5 (62.5%) de ellos se reconoce por parte del acudiente el uso de castigo físico y en los 3 restantes castigo negativo. En ninguno de los casos se evidencia la utilización de límites claros; en 3 de las familias los límites son rígidos, en 2 de carácter difuso y los otros 3 no fue posible caracterizarlos; sin embargo, 7 de los

casos muestran inconsistencias francas de crianza. La resolución de problemas es ejercida por la madre en 2 de las familias, el padrastro en otras 2, compartidos por ambos padres 2 y en las otras 2 no fue posible determinarlo.

El subsistema fraterno se encuentra ausente en uno de los niños; con relaciones lejanas en 4 de ellos y los otros 3 percibidas como cercanas; estas relaciones son calificadas como buenas en 4 de los menores y malas en los otros 3. Como otros hallazgos relevantes se encuentra que 3 de los menores presentaron el antecedente de fuga del hogar y en uno se confirmó el abuso sexual sospechado por los pediatras a su ingreso. En la totalidad de los casos se encuentra una situación económica difícil y como familiar acudiente, se observa que un menor contó con la presencia de ambos padres, exclusivamente la madre en 4 y en los otros 3, el padre, una tía y la abuela respectivamente.

DISCUSIÓN

El primer y más importante hallazgo reside en que, contrario a la literatura^{19-21,24} sobre suicidio en adolescentes, la proporción de intentos *versus* suicidios consumados es de 8:1 (16 casos, 2 fallecimientos), que puede ser explicado por ser el HUV un hospital universitario de referencia donde se manejan situaciones médicas de alta complejidad, por lo cual, muchos de los intentos de suicidio de baja letalidad presentados en la ciudad pudieron haber sido atendidos en los servicios de salud periféricos. Otro hallazgo relevante es la negativa de una cuarta parte de los acudientes, a permitir la inclusión de los menores en el estudio y otra cuarta parte a posibilitar la culminación de la evaluación, pese a ser un estudio de muy bajo riesgo que ofrece un seguimiento terapéutico gratuito y, además

de informar sobre el riesgo alto de repetición del intento de suicidio descrito en otras poblaciones, sin que se expusiera por parte de los acudientes alguna justificación razonable para esta actitud.

Como complemento a este hallazgo, es importante anotar que de los 8 menores que completaron la evaluación, ninguno asistió a más de una consulta con el personal de salud puesto a disposición por la Unidad de Salud Mental del HUV; en otras palabras, se presenta una deserción del tratamiento del 100%. Lo anterior puede tener múltiples explicaciones, pero correlacionando este hecho con los hallazgos en la evaluación, muy seguramente es una evidencia adicional de la disfunción familiar que acompaña a estos menores en su hogar.

El método suicida más utilizado por el total de menores con intento suicida es el envenenamiento por ingestión de sustancias, en especial entre las mujeres a diferencia de los hombres quienes recurren en una mayor proporción a métodos más violentos, lo que corresponde a la descripción disponible en la literatura¹⁴.

La totalidad de los menores presenta trastorno psiquiátrico y alrededor del 60% de ellos sintomatología depresiva, lo cual coincide con la asociación establecida desde hace cuatro siglos entre el comportamiento suicida y los trastornos mentales severos y dentro de estos en especial con los trastornos afectivos. Un hallazgo relevante lo constituye la presencia de retardo mental en la mitad del grupo, con las limitadas capacidades adaptativas asociadas con este trastorno; y en general la ausencia en todos los menores de un coeficiente intelectual alto o superior.

Asociado con el trastorno mental de base se identifican como factores precipitantes del intento suicida los sentimientos de tristeza y aburrimiento en

25% de los menores; alguna modalidad de abuso en alrededor de 20% y, en 25% con algún tipo de evento vital estresante, en especial de relaciones intrafamiliares conflictivas a la evaluación de ingreso por pediatría.

En el grupo de 8 menores evaluados en su totalidad, las correlaciones más frecuentemente encontradas corresponden a las establecidas en otros grupos objeto de investigación y mencionadas previamente⁵⁻¹³: el antecedente de un intento de suicidio previo; depresión; ausencia física del padre en prácticamente la totalidad de los casos y de la madre en 6 de los 8 menores; género femenino; disponibilidad o fácil acceso al método suicida; alguna modalidad de abuso; el antecedente de comportamiento violento con familiares, amigos o condiscípulos asociado con trasgresión de las normas o la ley; comportamiento imitativo del fenómeno suicida observado en medios masivos de comunicación o en personas conviviendo con el menor; y dificultades económicas que, como se mencionó en los resultados, se encontró en la totalidad de los casos, si bien este último hallazgo puede explicarse por las características socioeconómicas de la población atendida en el HUV.

Como resultado de este primer esfuerzo por describir las características biopsicosociales a nivel local y regional de los niños menores de 14 años intentando suicidarse se encuentra que pese al tamaño pequeño de la muestra, los factores causales identificados en otras poblaciones de niños y adolescentes con distintos entornos económicos, culturales, sociales, étnicos, geográficos, etc., parecen coincidir o estar presentes de igual manera en la población colombiana^{5,6,8,11-13}.

El método suicida utilizado y la preferencia del mismo según género pudiera estar influido por la disponibili-

dad inmediata del mismo y los patrones culturales de crianza, donde en Colombia se espera un comportamiento agresivo y autoafirmado del hombre (machismo) y, en las mujeres un comportamiento delicado y no agresivo (marianismo)³⁰.

La deserción del seguimiento psiquiátrico por parte de todos los menores requiere especial atención en futuros estudios, pues sugiere que los adultos responsables por ellos no logran comprender en toda su magnitud la gravedad del comportamiento suicida, bien sea por negación, sentimientos de culpa, temor a posibles repercusiones legales, etc., pero aún más importante, muestra la necesidad de buscar por parte del personal de salud estrategias de aproximación más adecuadas, que logren establecer un vínculo terapéutico sólido que permita el seguimiento psiquiátrico necesario, o pensar incluso en mecanismos legales que hagan imperativa la asistencia al tratamiento.

La presencia de enfermedad mental en la totalidad de los menores según evaluación del psiquiatra infantil sumado a los hallazgos con la escala de Achenbach evidenciando alteraciones conductuales preexistentes al acto suicida, sin que ninguno de los menores estuviera recibiendo ayuda terapéutica, muestran la necesidad de diseñar programas masivos de detección precoz por el personal de los servicios de salud permitiendo identificar niños en alto riesgo antes que se presenten complicaciones tan serias como un intento suicida o acciones educativas dirigidas a profesores y padres.

Si bien todos los niños comparten características socioeconómicas semejantes y muchas de las psicológicas, la presencia de retardo mental en la mitad del grupo estudiado que se correlaciona con la capacidad para solucionar problemas, explicaría las diferentes moti-

vaciones para el intento suicida entre los menores con inteligencia normal y aquellos con deficiencia mental.

Considerando que muchas de las características socioeconómicas y psicológicas de este grupo son compartidas por cientos de miles de menores de Cali y del departamento del Valle del Cauca, es necesario estudios posteriores que permitan identificar los factores protectores que impiden la aparición de un intento suicida en el grueso de la población infantil. Sin embargo, es importante resaltar la ausencia en la población estudiada de los factores protectores identificados por Borowsky *et al.*⁵.

Este trabajo de investigación es un esfuerzo que comienza a dar luces sobre la situación del intento suicida en niños menores de 14 años en el marco de nuestra realidad local y regional que, si bien parece validar las descripciones de otras latitudes, es imposible desconocer el hecho que la verdadera validación se obtendrá con estudios ulteriores de características parecidas pero con muestras más representativas de la población general. Los autores comprenden que el comportamiento suicida es un fenómeno multifactorial que incluye factores causales biológicos, psicológicos y sociales, muchos de los cuales no han sido considerados en el presente estudio pero no menos importantes; ante la imposibilidad de pretender abarcarlos todos se decidió enfocarse en las variables escogidas.

SUMMARY

Objectives. Describe the biopsychosocial characteristics of the younger than 14 year old population with suicidal intent, the methods used, the psychological characteristics and the structure and dynamics of the families of origin.

Materials and methods. Descriptive clinical study of the younger than 14 year old population who consulted to the Valle University Hospital for suicidal intent during the period between October 1, 2001 and September 30, 2002; each minor was evaluated using the toxicological history or trauma history, the psychiatric clinical history, the Child Behavior Checklists (CBCL), the human and family figure test, the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R), and a semi-structured interview of family evaluation.

Results. 18 minors consulted; 2 women died, and of the rest, only 8 minors (7 women and 1 man) decided to participate. The poisoning by the ingestion of substances was the most used suicidal method and it was more frequent in women; all had associated mental disease, half had mental retardation. The majority had attention deficit, violent behavior, disocial, criminal, isolation, etc. The predominant psychological characteristics are sexual disturbances, emotional repression, denial of difficult situations and aggressiveness and severe family dysfunction in all cases.

Conclusions. The biopsychosocial characteristics found coincide with those described previously in the literature, but additional investigations are required to validate the results.

Key words. Suicidal intent. Children and adolescents.

REFERENCIAS

- Vigoya J, Campo G. Comportamiento suicida en niños. En: Roa JA, Echandía CA (editores). *Emergencias y urgencias en pediatría*. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal; 1996. p. 527-539.
- O'Carroll P, Berman A, Maris R, Moscicki E, Tanneyt B, Silverman M. Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26: 237-252.
- Diekstra R. Epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 371 Suppl: 9-20.
- Gómez-Restrepo C, Rodríguez N, de Romero L, et al. Suicidio y lesiones autoinflingidas Colombia, 1973-1996. *Rev Colomb Psiquiatr* 2002; 2: 123-136.
- Borowsky I, Ireland M, Resnick M. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics* 2001; 107: 485-493.
- Appleby L, Cooper J, Amos T, Faragher B. Psychological autopsy study of suicides by people age under 35. *Br J Psychiatr* 1999; 175: 168-174.
- Brent D, Perper J, Moritz G, et al. Psychiatric sequelae to the loss of an adolescent peer to suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1993; 32: 494-500.
- Goldman S, Beardslee W. Suicide in children and adolescents. En: Jacobs D (editor) *Harvard Medical School Guide to Assessment and Intervention in Suicide*. San Francisco: Jossey-Bass; 1998. p. 417-442.
- Lester B. Learning from Durkheim and beyond: the economy and suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31: 15-31.
- Keilp J, Sackeim H, Brodsky B, Oquendo M, Malone K, Mann J. Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. *Am J Psychiatr* 2001; 158: 735-741.
- Shaffer D, Gould M, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatr* 1996; 53: 339-348.
- Weinberger L, Sreenivasan S, Sathyavagiswaran L, Markowitz E. Child and adolescent suicide in a large, urban area: psychological, demographic, and situational factors. *J Forensic Sci* 2001; 46: 902-912.
- Woods E, Lin Y, Middleman A, Beckford P, Chase L, Durant R. The associations of suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 1997; 99: 791-796.
- Tondo L, Baldessarini R. Suicide: causes and clinical management. *Clin Update*; 2001. www.medscape.com
- Hendin, H. Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young. *Am J Psychiatr* 1991; 148: 1150-1158.
- Beck A, Kovacs M, Weisseman A. Hopelessness and suicidal behaviour. En: Maltsberger J, Goldblatt M (editors) *Essential papers on suicide*. New York: New York University Press; 1996. p. 331-341.
- Ministerio de Salud. *Segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas*. Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.
- Moscicki E. Epidemiology of suicide. En: Jacobs D (editor) *Harvard Medical School Guide to Assessment and Intervention in Suicide*. San Francisco: Jossey-Bass; 1998. p. 40-51.
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, de Leo D, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study of Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 327-338.
- Kessler R, Borges G, Walters E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatr* 1999; 56: 617-626.
- US Public Health Service. *Healthy People 2000 Review*. Washington: US Public Health Service; 1993. DHHS Publ. N° (PHS) 94-1232-1.
- Conwell Y, Henderson R. Neuropsychiatry of suicide. En: Fogel BS, Schiffer RB, Rao SM (editores). *Neuropsychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 485-521.
- Bostwick J, Pankratz V. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1925-1932.
- US Department of Health and Human Services. *Health United States 1995 Table 1980 and 1993*. Hyattsville: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Vital Statistics of the United States; 1995.
- Achenbach T. Child behaviour checklists (CBCL/2-3 and CBCL/4-18), Teacher report form (TRF) and Youth self report (YSR). En: Task Force Rush, Pincus, First, Blacker, et al. (editors). *Handbook of psychiatric measures*. Washington: American Psychiatric Association; 2000. p. 310-314.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- Campo G. *Semiología psiquiátrica*. Cali: Departamento de Psiquiatría, Facultad de Salud, Universidad del Valle; 1995.
- Machover K. *Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana. Un método para la investigación de la personalidad*. Bogotá: Ediciones Cultural; 1974.
- Corman L. *El test del dibujo de la familia*. Buenos Aires: Editorial Kapelusz; 1967.
- Cardinal C. Sexualidad. En: Toro G, Yepes L (editores). *Fundamentos de Medicina Psiquiátrica*. 2ª ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1990. p. 163-165.