



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO  
EN ADOLESCENTES**

**PRESENTADA POR  
BENNY KOGAN COGAN**

**ASESOR  
ELOY SARAVIA SANDOVAL**

**TESIS PARA OPTAR GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR  
EN MEDICINA**

**LIMA – PERÚ**

**2017**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTIN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INTENTO DE SUICIDIO  
EN ADOLESCENTES**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
DOCTOR EN MEDICINA**

**PRESENTADA POR  
BENNY KOGAN COGAN**

**ASESOR  
DR. ELOY SARAVIA SANDOVAL**

**LIMA, PERÚ**

**2017**

## JURADO

**Presidente:** Enrique Javier Bojorquez Giraldo, doctor en medicina.

**Miembro:** Pedro Javier Navarrete Mejía, doctor en salud pública.

**Miembro:** Juan Carlos Velasco Guerrero, doctor en salud pública.



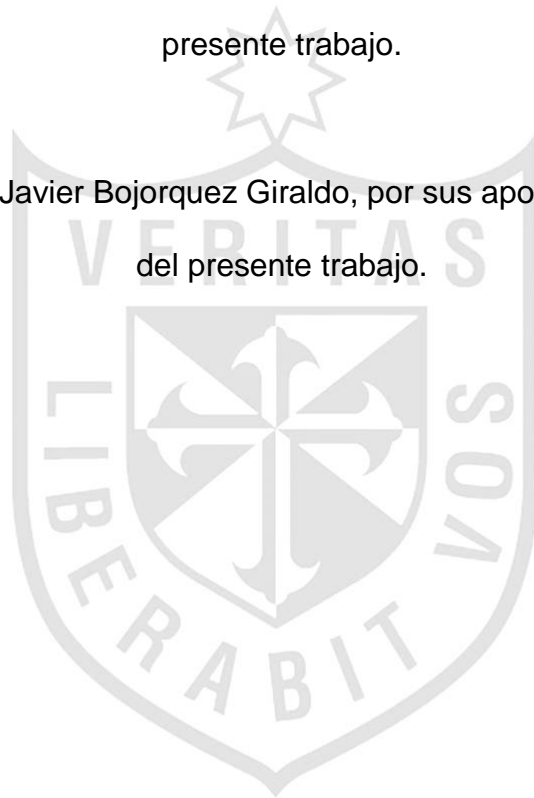
A mis padres y a mi esposa, por su permanente amor, comprensión y apoyo incondicional en mi formación personal y profesional.



## AGRADECIMIENTO

A los pacientes del servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, por lo que sin su colaboración no hubiera sido posible la realización del presente trabajo.

Al doctor, Enrique Javier Bojorquez Giraldo, por sus aportes en la realización del presente trabajo.



## ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	
1.1 Antecedentes	03
1.2 Bases teóricas	10
1.3 Definición de términos básicos	50
<b>CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	
2.1 Formulación de la hipótesis	52
2.2 Variables y su operacionalización	52
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	
3.1 Tipo y diseño	54
3.2 Diseño muestra	54
3.3 Procedimiento de recolección de datos	55
3.4 Procesamiento y análisis de los datos	55
3.5 Aspectos éticos	56
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>57</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	<b>66</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>79</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>80</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>81</b>
<b>ANEXOS</b>	
Ficha de recolección de datos	

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue Identificar los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes que acudieron a la emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre los años 2009-2015. Estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal de diseño no experimental. Se revisaron 70 historias clínicas de pacientes pediátricos atendidos en el Servicio de Pediatría y se comparó con un grupo de adolescentes de similares características epidemiológicas sin la enfermedad; se incluyeron pacientes de ambos sexo con edades comprendidas entre 12 a 17 años. Se hizo uso de las pruebas estadísticas de OR y Chi<sup>2</sup> ( $p < 0.05$ ). El instrumento de recolección de datos recogió información sobre las características sociodemográficas, clínicas, desencadenantes, historia familia y estilos de vida asociados al suicidio. Se obtuvo que la edad media fue de  $15,05 \pm 2$  años, predominó el sexo femenino (86%), proporción 6:1 sobre el femenino/masculino. Grado de instrucción secundaria en 96% de los casos. Intentos previos fueron realizados en un 17%, el tipo de Familia fue monoparental en el 51%. Dentro de los problemas familiares, predominaron las discusiones verbales (27%), el divorcio de los padres (9%), el maltrato infantil y muerte de un familiar querido. Los métodos de intento fueron ingesta de veneno (carbamatos) en 54%, medicamentos (benzodiazepinas) en 25%, cáusticos, cocaína y antipsicóticos en 4% cada uno. En el Análisis Multivariado se determinó asociación entre el tipo de familia ( $p=0.01$ ), conflicto familiar ( $p=0.043$ ), problemas académicos escolares ( $p=0.016$ ) y consulta psiquiátrica previa ( $p=0.034$ ) con el intento de suicidio. Se concluyó que los factores de riesgo identificados fueron familia



monoparental (OR 8,24) y consulta psiquiátrica previa (OR 3,14). El principal motivo que los llevó a tomar la decisión fue la depresión.

**Palabras claves:** Suicidio, depresión, familia disfuncional, carbamatos, benzodicepinas.



## ABSTRACT

The objective was to identify the risk factors associated with attempted suicide in adolescents who attended the Pediatric Emergency of the Arzobispo Loayza National Hospital between 2009 -2015.

Observational, analytical, retrospective, cross-sectional design of cases and controls. Seventy (70) case histories of pediatric patients treated at the Pediatric Service were reviewed and compared to a group of adolescents with similar epidemiological characteristics without the disease (controls); we included patients of both sex with ages ranging from 12 to 17 years. We used the statistical tests of OR and Chi<sup>2</sup> ( $p < 0.05$ ). The data collection instrument collected information about the sociodemographic, clinical characteristics, triggers, family history and life - styles associated with suicide.

Mean age was 15.05 + 2 years, female (86%) predominated, 6: 1 female / male ratio. Degree of secondary education in 96% of cases. Previous attempts were made in 17%, the Family type was single parent in 51%. Among family problems, verbal discussions (27%), parental divorce (9%), child maltreatment and death of a loved family predominated. The methods of intent were ingestion of venom (carbamates) in 54%, drugs (benzodiazepines) in 25%, caustics, cocaine and antipsychotics in 4% each. In the Multivariate Analysis, the association between family type ( $p = 0.01$ ), family conflict ( $p = 0.043$ ), school academic problems ( $p = 0.016$ ) and previous psychiatric consultation ( $p = 0.034$ ) with suicide attempt were determined.

The risk factors identified were single-parent families (OR 8.24) and previous psychiatric consultation (OR 3.14). The main reason that led them to make the decision was the depression.

**Keywords:** Suicide, depression, dysfunctional family, carbamates, benzodiazepines.



## INTRODUCCIÓN

La tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión se define como todo acto sin resultado de muerte en el que un sujeto, deliberadamente, se hace daño. <sup>1</sup>

El episodio depresivo es considerado un trastorno clínico muy frecuente en adolescentes (> 8,0%), de este grupo, aproximadamente el 30% alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, un 3,5% de los adolescentes que intentaron hacerse daño considera aún la autolesión como una posibilidad de solución a sus problemas.<sup>2</sup>

Entre las más graves repercusiones de la depresión, en niños y adolescentes, está el suicidio. <sup>3,4</sup> Evidencia científica demuestra que internet influye en un 10% de suicidios.<sup>5</sup>

Con respecto al sexo, las mujeres tienen mayor incidencia y prevalencia de suicidios, los métodos usados con mayor frecuencia son la ingesta de fármacos o sustancias tóxicas. <sup>6,7</sup>

La personalidad de los padres tiene una enorme importancia en el riesgo suicida de los hijos. Si presentan un trastorno antisocial o son emocionalmente inestables, sus rasgos de la personalidad podrían seguir el mismo camino, ser portadores de enfermedades psiquiátricas, como la depresión materna, el

alcoholismo paterno o la esquizofrenia, son factores que pueden predisponer el suicidio en los hijos.

El tema de comportamiento suicida ha sido destacado como altamente relevante por la Organización Mundial de la Salud y diferentes instituciones locales en cada país.<sup>8-10</sup>

En el caso peruano, los datos de la Oficina de Epidemiología y Estadística del Ministerio de Salud señalan que en el año 2011 se cometieron 650 suicidios, con una tasa en Perú de 2,2/100,000 habitantes, de los cuales se calcula que el 12% es cometido por menores de edad.<sup>11-13</sup>

Se tiene información poco precisa acerca de la frecuencia y características del problema en niños y adolescentes peruanos. Desde el punto de vista social esta significativa presencia del comportamiento suicida en adolescentes es motivo de una gran preocupación, dado que la población peruana menor de 15 años es de aproximadamente 9.5 millones y el grupo adolescente entre los 12 y 17 años es cerca del 28%,<sup>14</sup> por tanto, es un sector demográficamente importante de los habitantes peruanos que se beneficiaría potencialmente si se logra identificar qué factores de riesgo están asociados a dicho comportamiento suicida; y de manera particular el grupo adolescente que se atiende en el Hospital Arzobispo Loayza que llega a ser de 2000 pacientes por año. Los resultados de la investigación debieran permitir redefinir las políticas de atención integral de salud de niños y adolescentes, y ayudar a desarrollar estrategias y programas preventivos específicos para este grupo etario.

## CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

### 1.1 Antecedentes

El 2003 se desarrolló una investigación sobre intento de suicidio, el estudio muestra que la mayoría de pacientes en riesgo son del sexo femenino (73,3%) con una relación femenino/masculino de 3,4 a 1. La edad de mayor frecuencia fue de 16-30 años (70%), solteros (63,9%), desempleados (39%). Los intentos suicidas previos estaba presente en el 40% de los casos estudiados. El 23,9% de pacientes estuvo recibiendo tratamiento especializado (antidepresivo, neuroléptico, ansiolítico). Los métodos más utilizados fueron químicos (65%), el 30% utilizó métodos mecánicos (varones). En un 38% los móviles fueron los sentimentales/conyugales.<sup>15</sup>

Hasta el año 1997, en el Hospital Hipólito Unanue se reporta la atención promedio mensual de 25 intentos de suicidio; principalmente en mujeres y se presenta como tendencia en cada vez más jóvenes. El 72% de los casos tuvo un cuadro previo de depresión mayor y distimia, casi invariablemente acompañado de un conflicto detonante, principalmente discusión y/o maltrato de padres o esposa.<sup>16</sup>

En 1999, en el Hospital Víctor Larco Herrera, se señala, que la mayor frecuencia de intentos de suicido se da en mujeres (62%) y el grupo etario prevalente es el comprendido entre 18-35 (54%). El 28% de pacientes había recibido tratamiento psiquiátrico previo. Entre los métodos usados para

infringirse daño están la ingesta de fosfatos inorgánicos (46,8%) y de medicamentos (33%). Las causas desencadenantes de la decisión fueron principalmente los conflictos familiares (36,1%) y los conflictos de pareja (29,8%). Como trastorno se encontró depresión (28%), esquizofrenia (22%) y de adaptación (21%). Los pacientes desocupados constituyen el grupo mayoritario con 52%. El diagnóstico más frecuente fue la esquizofrenia (48%).<sup>17</sup>

En otra investigación, año 2000, en el Hospital Víctor Larco Herrera sobre un total de 45 pacientes con intento de suicidio, se determina una mayor frecuencia de casos en el sexo femenino (63%). El grupo etario de mayor prevalencia fue el de 16-27 (58%), estado civil soltero (55%) y desocupados (42%). El método de mayor frecuencia usado fue la ingesta de sustancias (88%), organofosforados (47%) y benzodiacepinas (26,4%). Entre los estresores más frecuentes se determinó los problemas de pareja (40,2%), separación (26,3%) y conflictos (18,4%). Diagnósticos identificados, trastorno de personalidad (21%), ansioso-depresivos (15,7%), adaptativos y depresión mayor. Evalúa además la red social (familia, vecinos, compañeros de trabajo) que se encuentra presente y con buena actitud de apoyo.<sup>18</sup>

El año 2000 en el Hospital Honorio Delgado se logró determinar que el grupo con mayor intento de suicidio son las mujeres (75,3%), prevalentemente en jóvenes, niñas y adolescentes. Entre los desencadenantes más importantes se determinó haber sufrido abandono o pérdida paterna precoz (antes de los 15 años), antecedentes de violencia física o sexual y la influencia del ciclo menstrual, principalmente el periodo previo a la menstruación. Entre los

diagnósticos más frecuentes tenemos depresión (50%), trastornos de alimentación (11,9%) y estrés postraumático (9.2%).<sup>19</sup>

El año 2000 se realizó un estudio en el Hospital Hermilio Valdizán, se determinó que el 16,1% de los adolescentes presentaron ideas suicidas, el 3% intento de suicidio, el 1,5% ideación homicida. Los intentos de suicidio en mujeres fue 63% y en varones 37%. Se observó que los casos estaban asociados a conductas violentas de auto y heteroagresividad, siendo más frecuentes en mujeres.<sup>20</sup>

El año 2003 en el instituto Honorio Delgado -Hideyo Noguchi- se realizó un estudio en adolescentes de Lima y la Sierra, se logró determinar pensamiento de ideación e intento suicida en 16% para los casos de Lima metropolitana y de 16% para los casos de la sierra. Entre los principales motivos de ideación o intento de suicidio, en los pacientes de Lima metropolitana, fueron los problemas con los padres (55,9%) y con otros parientes (59,1%); para los pacientes de la sierra 48,8% y 70,5% respectivamente.<sup>21</sup>

El 2008 se investiga la tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana; se aplicaron test sobre tendencias a la violencia e ideación suicida. La investigación incluyó 530 adolescentes, con edades entre 12-19. Se determinó que el 31,3% tenía deseos pasivos de morir, 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez. Mayor prevalencia en sexo femenino. La tendencia a la violencia se expresó en pensamiento en 51,7% y en conducta violenta en



18,7% de la muestra, predominantemente en varones ( $p < 0,001$ ). Mediante el análisis multivariado, se encontró asociación ideación suicida y conducta violenta ( $OR = 4,9$   $IC_{95\%}$  1,4-17,5). El estudio concluyó que existe una alta prevalencia de ideación suicida.<sup>22</sup>

El año 2005 se estudió la ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años de un centro preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CEPUSM). La investigación incluyó 1500 estudiantes de una población de 4500 del CEPUSM, el grupo de estudio se dividió en adolescentes (15-19 años) y adultos jóvenes (20-24 años). El 48% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 30% ideación suicida, 15% elaboró un plan suicida y 9% intentó suicidarse. La prevalencia de ideación suicida fue 15% en el último año y 6% en el último mes. Las familias fueron, según el nivel de cohesión, desligada (22%), separada (32%), conectada (31%) y amalgamada (15%). Al asociar ideación suicida y familia desligada se obtuvo un OR de 2,17 ( $IC_{95}$  1,26-3,74) en adolescentes y 1,35 ( $IC_{95}$  0.21-8.64) en adultos jóvenes.<sup>23</sup>

El año 1998, en el Hospital Honorio Delgado, se desarrolló un estudio considerando variables sociodemográficas y clínicas, destacando los siguientes hallazgos: de un total de 358 casos estudiados, predominaron las damas (77,9%) sobre los varones (22,1%); con un rango de edades entre 13 a 64 años. El grupo etario más afectado fue el comprendido entre 20 y 29 años, destacando de manera preocupante el grupo de edades menores de 20 (19,5%). Los motivos que precipitaron el intento suicida fueron enfrentamientos

conyugales (29,6%), conflictos familiares (27,6%), desavenencias sentimentales (22,1 %) y problemas psicopatológicos (17,6%). Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron trastorno depresivo mayor (39,4%); trastorno reactivo con síntomas depresivos (35,5%); distimia (11,2%); trastornos psicóticos (11,4%) y otros (2,4%). El método utilizado, para el intento suicida más frecuente, fue la sobredosis de benzodiazepinas (48%), seguida de intoxicación por organofosforados y otras sustancias; inferirse cortes en el cuerpo (12,0%), intento de arrollamiento, autoestrangulación y lanzamiento al vacío (6,7%); y uso de arma de fuego (0,8%). El 44,4% de los pacientes estaba reiterando el intento.<sup>24</sup>

El 2011 la sección de suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría refiere que los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, como provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional, estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz, presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.<sup>25</sup>

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, la presencia de padres con trastornos mentales, la violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual, separación de los progenitores por muerte o divorcio y las llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.<sup>26</sup>

El 2002 se publica un estudio con data de los años 1978/2001, se buscó identificar la ideación, comportamientos suicidas en adolescentes de Argentina; los resultados demostraron un aumento significativo de las tasas de suicidio en adolescentes entre 15 y 19 años de edad, paso de 3,6 al 11,3 por cien mil habitantes.<sup>27</sup>

El 2004 en un estudio con adolescentes se demostró que la depresión es el cuadro clínico más relacionado con comportamientos suicidas. Aproximadamente el 15% de las personas han realizado intentos suicidas. Aproximadamente el 66% de la personas que intentan suicidarse sufren de depresión primaria.<sup>28</sup>

El 2009 se identificó que el 35% de quienes completaron actos suicidas, así como el 10% de quienes revelaron tener ideaciones suicidas, eran consumidores frecuentes de alcohol o drogas. La investigación determina que la comorbilidad de alcoholismo y depresión aumentan los riesgos de suicidio.<sup>29</sup>

Un estudio entre los años 1999 y 2004, en base a una muestra de 1033 adolescentes, demostró que el estrés y el afrontamiento no adaptativo presentan asociación con el estado mental ( $p < 0.05$ ). El estado mental suicida se relaciona a la depresión y desesperanza, bajo autoconcepto y pocas razones para vivir, características que junto al estrés podrían explicar la ideación suicida.<sup>30</sup>

Investigaciones realizadas en Europa y Estados Unidos demuestran que la ideación suicida fluctúa entre el 5% y el 27%. En un estudio, en 1194 adolescentes, se determinaron 65 casos (32 mujeres, 33 hombres), mayor frecuencia entre los jóvenes de 15 a 16 años. Se identificó que el abuso de sustancias, la propensión a la impulsividad y el afecto depresivo tenían relación con la ideación suicida ( $p < 0.05$ ).<sup>31</sup>

El 2010 se estudió las tasas de suicidio en Chile, las cuales han tenido un aumento paulatino en los últimos 10 años. Los intentos son 10 a 50 veces más frecuente que los suicidios. La investigación incluyó 1200 estudiantes, 171 de ellos reconocieron intento suicida en algún momento de su vida, de este grupo el 71,9% era de sexo femenino. Se asoció problemas familiares como riesgo de la conducta suicida.<sup>32</sup>

El 2010 se estudió las conductas suicidas en adolescentes brasileños, se determinó que los elementos usados para el intento fueron conseguidos en el propio hogar (medicamentos, armas, sogas, cáusticos). El estudio concluye que se debe considerar las medidas de prevención de las conductas suicidas, la promoción del cuidado adecuado y responsable de los medicamentos en el hogar, variable factible de implementar mediante programas de educación sanitaria.<sup>33</sup>

El 2002 se publicó el estudio metropolitano de salud mental (EEMSM), se evidenció que el episodio depresivo es el trastorno clínico más frecuente en

adolescentes (8,6%), de este grupo casi 30% alguna vez tuvo deseos suicidas.<sup>34</sup>

En una investigación realizada en población de la ciudad de Huancayo, el 2008, se determinó una prevalencia de 12% de ideas suicidas.<sup>35</sup>

Una investigación española determinó que la tasa de suicidio en niños y adolescentes es del orden de 1,02 por 100.000 y de 2,66 por 100.000 entre la población de 20 a 29 años, en todos los casos la relación hombre/mujer era 2/1. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes y niños mayores de 10 años.<sup>36</sup>

## **1.2 Bases teóricas**

El comportamiento suicida constituye un fenómeno tan antiguo como la humanidad misma. Se hace referencia a este en obras de las civilizaciones más antiguas. Su práctica se ha hecho más frecuente según se ha avanzado hacia el progreso, la modernización.

El suicidio es un comportamiento autodestructivo intencional. Sus raíces etimológicas provienen de sui, que significa “así”, y caedes: “muertes”; es decir, la muerte dada a sí mismo.

## Historia

La época moderna del estudio del suicidio empezó alrededor del cambio del siglo, con dos líneas de investigación, la sociológica y la psicológica, asociada cada una de ellas con los nombres de Emile Durkheim (1858-1917) y Sigmund Freud (1856-1939), respectivamente. Mucho antes, en la época de los griegos, el suicidio era considerado de diferentes formas, pero en la Roma clásica, en los siglos inmediatamente anteriores a la era Cristiana, la vida no era muy apreciada y el suicidio era considerado de forma neutral e incluso positivamente.<sup>37</sup>

Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte. Todos los días se suicidan a nivel mundial 1110 personas y miles lo intentan, a pesar de vivir en diferente situación geográfica, cultural, étnica, religiosa, posición socioeconómica, etcétera.

Según cifras de la OMS en el 2002, "la tasa mundial de suicidios es 15/100,000 habitantes" mientras en el territorio cubano se estima en 11/100,000 habitantes y en Puerto Rico 10/100,000.<sup>38</sup>

Cualquier persona puede, en algún momento de su vida, pensar que no tiene sentido vivir, debido posiblemente a una dolencia física o mental, la pérdida de una relación sentimental, un embarazo no planificado, la soledad, los problemas de la vida cotidiana en personalidades poco tolerantes, lo que convierte el suicidio en su mejor opción.<sup>39</sup>

El suicidio es el prototipo de las conductas que atentan contra la vida y una de las urgencias psiquiátricas (Resnik y Hathorne). No existen causas específicas de suicidio, aunque sí factores que lo predisponen.

Los mecanismos específicos que llevan a consumar las fantasías suicidas son generalmente: a) la pérdida de objetos amados, sobre todo si la unión ha sido de carácter simbiótico; b) las injurias narcisistas al yo, simbólicamente a través del fracaso, o por daño psicológico directo debido a la fatiga o a sustancias tóxicas; c) los efectos abrumadores de la rabia, la ansiedad o la culpa, o combinación de estos, especialmente si colapsan al yo; d) la escisión del yo con emergencia de un subself en contra del resto de la personalidad; e) una actitud especial derivada de la identificación con un objeto muerto; f) una angustia paranoide, ligada a fantasías persecutorias.<sup>40</sup>

Las causas asignadas a cada caso difieren de las razones que los sujetos que sobreviven al intento de suicidio comunican. Las personas que llevan a cabo un intento de suicidio dan muchas razones pero, por regla general, pocas r son lo suficientemente específicas o convincentes como para establecer deseo de morir o la probabilidad de un intento de suicidio. De hecho, cuando se han recuperado, la mayoría de las personas rehúyen el admitir que intentaban suicidarse; racionalizan sus intentos como un lamentable accidente.

Los pacientes suicidas muy a menudo pueden diferenciar perfectamente entre los actos simplemente peligrosos y aquellos en los que intentan morir. Diferenciando o no la intención, los que intentan suicidarse generalmente

hablan de problemas de compensación, de venganza, librarse de sufrimientos, diferencias, disonancias insalvables con personas clave para ellos, pérdida de autoestima, impulsos excesivamente controlados o bien una impulsividad avasalladora. Además, los pacientes suelen sentirse desesperados, sin ayuda para llevar a cabo cualquier cosa que pudiera cambiar la situación.<sup>41</sup>

El gesto suicida, forma dudosa de conducta suicida y difícil de diferenciar del intento leve de suicidio, es también un acto de autolesión, pero no existe el propósito real de autodestrucción y menos de lograr la muerte. Es realizado para impresionar y llamar más la atención, carece de peligrosidad y, generalmente, tiende a repetirse.

En 1938, K.A. Menninger incluyó dos grandes grupos: a) los “suicidios crónicos”, que comprenden: el ascetismo y el martirologio, el invalidísimo neurótico, la adicción alcohólica, la conducta antisocial y la psicosis; b) los “suicidios parciales”, entre los que enumera: las automutilaciones, la simulación de enfermedad, la policirugía, los accidentes intencionales, la impotencia y la frigidez.<sup>42</sup>

Un Comité de Nomenclatura y Clasificación, reunido en Filadelfia (1971), bajo la coordinación de A. Beck, distinguió tres amplias categorías: a) el “suicidio completo”, que consiste en un acto voluntario, autoinfligido, de amenaza vital, que termina con la muerte; b) el “intento suicida”, que es el mismo tipo de acto, con injuria física, pero sin muerte; c) las “ideas suicidas”, que incluyen ideas y



actos suicidas indicadores de una pérdida del deseo de vivir, pero de los que no resultan injurias físicas.

Existen varios enigmas grandiosos en la vida humana; el suicidio es uno de ellos. Nadie conoce realmente por qué un ser humano se quita la vida; a menudo, y en algunas ocasiones de forma especial, la persona que comete el suicidio conoce poco sus propios y complicados motivos para la autodestrucción. Entre los enigmas más enrevesados está el de por qué los seres humanos, que se hallan orientados hacia la vida, se entregan a comportamientos autodestructivos, amenazantes para la vida, hostiles o abiertamente suicidas (hecho que la mayoría de nosotros hemos pensado alguna vez, y en alguna ocasión con una intensidad especial). Cualquiera que afirma que existen respuestas sencillas a estas complicadas decisiones humanas es que, simplemente, no comprenden la naturaleza del hombre. El mismo término “suicidio”, definido como “el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar” abarca una multitud de estados motivacionales conscientes e inconscientes.<sup>43</sup>

El suicidio constituye un acto de autosadismo intenso en que el yo realiza una acción hostil contra sí, de tal magnitud que consigue destruirse. En muchos casos se hace evidente que la agresividad dirigida propiamente al exterior es secundariamente vuelta contra el yo del sujeto. Para A. Garma, en el suicidio importa sobre todo la internalización de las agresiones del exterior, las cuales se incrementan por la acción sádica del superyó y logran que el yo se vuelva más masoquista.

El suicidio implica una enfermedad o perturbación mental, aunque no corresponda a una enfermedad determinada. Los psiquiatras han comprobado que un tercio de la población suicida padece de psicosis, neurosis o grave trastorno de la personalidad; lo cual no significa que los dos tercios restantes sean personas equilibradas. Los trastornos mentales de más alto riesgo suicida son, en orden de frecuencia, las melancolías y otras depresiones, las organizaciones borderline, las psicopatías y las esquizofrenias. Indagaciones más detenidas permiten sostener que en todos los casos existen perturbaciones severas, por lo menos en el momento del episodio suicida.<sup>44</sup>

El suicidio ocurre en un momento de psicosis, de confusión o grave empobrecimiento del yo. Ya en 1827, decía Esquirol que el suicidio es un acto cometido en estado de delirio agudo, y señalaba su carácter psicogénico y reactivo. No dejaba de notar el gran psiquiatra las condiciones sociales y ambientales que contribuían a desencadenarlo.

### **Suicidio en América Latina**

En cada ciudad o país, el número de suicidios tiene que ver con la idiosincrasia de los grupos socioculturales y con los factores que provocan la desorganización social, como lo ha demostrado la magistral guía sociológica de E. Durkheim.

No existe en nuestros países latinoamericanos estudios epidemiológicos convincentes que den una idea clara del fenómeno del suicidio. Esto hace que

tengamos que recurrir a las investigaciones de otros países, las cuales si bien nos orientan, no pueden insertarse totalmente dentro de nuestro ambiente ni en la mayoría de nuestras sociedades, distintas en aspectos históricos, geográficos, religiosos, culturales, etc., de los países desarrollados.

Así, Stengel, en Inglaterra, manifiesta que el suicidio se correlaciona positivamente con: “sexo masculino, edad avanzada, viudez, soltería y divorcio, carencia de hijos, alta densidad de población, residencia en grandes ciudades, alto estándar de vida, crisis económica, alcoholismo, historia de un hogar roto en la infancia, desorden mental y enfermedad física”.

Entre los factores inversamente correlacionados están sexo femenino, juventud, baja densidad de población (aunque no debe ser demasiado baja), ocupación rural, religiosidad, estado matrimonial, gran número de hijos, pertenecía a las clases socioeconómicas más bajas, guerra.<sup>45</sup>

Los países latinoamericanos tienen en general tasas bajas de suicidio; sin embargo, estas tienden a aumentar progresivamente. En relación al sexo, son los hombres los que cometen más suicidios; en cambio las mujeres lo intentan con mayor frecuencia. La relación hombre-mujer, varía de acuerdo con los países; así, es de 4 a 1 en Panamá, México, El Salvador, Costa Rica y Chile. De 3 a 1 en Venezuela, EE. UU., Paraguay, Perú, Guatemala, Canadá y Argentina. De 2 a 1 en Uruguay, Puerto Rico, Ecuador y Colombia, de 1 a 1 en Cuba y República Dominicana.<sup>46</sup> Son frecuentes los actos suicidas en los

adolescentes. En Venezuela y EE. UU. Representan la segunda causa de muerte después de los accidentes.

En 1985, Rumania ha pasado a tener la más alta tasa de suicidios en el mundo. En una ciudad de Sri Lanka la mortalidad por suicidio acaba de alcanzar el 53,5 por 100.000 habitantes.

La depresión grave en niños y adolescentes puede desencadenar el suicidio. En un estudio realizado en pacientes adolescentes que ingresaron al Hospital Nacional Hermilio Valdizán por intento de suicidio en el año 2001; la depresión mayor y la distimia se encontraron en un 91.7% y 79.2% respectivamente.

Según el Dr. Freddy Vásquez, director del Centro de Prevención del Suicidio del Hospital Hideyo Noguchi, el uso de internet influye en el suicidio de niños y adolescentes en el 10% de casos.” Los intentos suicidas predominan en las edades jóvenes, mayormente en el sexo femenino que en el masculino, pero estos llegan a producirse más en hombres que en mujeres.<sup>48, 6</sup>

El intento suicida, es denominado también “parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) o autolesión intencionada (*deliberate self harm*)”, y es definido como el acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo.<sup>49</sup>

En los jóvenes, en el sexo femenino, es mas frecuente el intento de suicidio y los métodos suaves o no violentos son los que más se utilizan, predomina la

ingesta de fármacos o sustancias tóxicas. El suicidio consumado se define como aquellos actos autoinfligidos lesivos con resultado fatal. Son predominantes en sujetos adultos y ancianos, en varones y los métodos más usados son los duros o violentos, como las armas de fuego, el ahorcamiento, el fuego, etc.

La crianza de los hijos tiene una gran importancia en el riesgo suicida si la personalidad de los progenitores es antisocial o emocionalmente inestable. Ser portadores de trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia, el alcoholismo paterno o la depresión materna son factores que pueden hacer que los hijos se suicide.

El suicidio es definido como una manera de autolesionarse con la intención de acabar para siempre con la angustia que vivencia un sujeto como insoportable. El suicidio es un enigma en la vida humana, se desconoce ciertamente por qué el hombre se quita la vida, y en algunas ocasiones la persona que lo comete conoce poco sus motivos para la autodestrucción.<sup>50</sup>

### **Características psicológicas**

Otro aspecto importante en la evaluación y el tratamiento de los pacientes suicidas está relacionado con las características psicológicas del suicida. Se ha relacionado con múltiples emociones: hostilidad, desespero, vergüenza, culpa, dependencia, desesperanza y tedio. La posición psicoanalítica tradicional, enunciada por primera vez por Wilhelm Stekel en un encuentro en Viena en 1910 dice que “no hay ninguna persona que se mate que no haya querido

matar a otro o, como mínimo, no haya deseado la muerte de otro”. Este pensamiento se tradujo en la fórmula psicoanalítica de que el suicidio representa hostilidad hacia el objeto amado que ha sido introyectado (identificado de forma ambivalente). Normalmente, incluso, los suicidios de orientación psicoanalítica creen que, aunque la hostilidad puede ser un componente psicológico importante en algunos suicidios, otros estados emocionales, como la dependencia frustrada y la desesperanza, desempeñan a menudo un papel importante en el drama psicológico que es el suicidio. Si existe un estado psicológico que se considera comúnmente que está asociado al suicidio, es el estado de una emoción intolerante o un desespero insoportable e irrepetible, lo que Melville, en su pieza maestra de autodestrucción *Moby Dick*, denominó “angustia insufrible”<sup>52</sup>.

Mientras que el tratamiento de cualquier perturbación es un asunto a largo plazo o si se trata de una crisis, de una duración de días o semanas, que pueden llevarse a cabo según diferentes modelos teórico, psicoanalítico, de enfermedad, aprendizaje, moral, humanístico o social, el tratamiento de la persona con un elevado grado de letalidad debe tener en cuenta, sea cual sea el modelo seguido, como mínimo tres datos psicológicos especiales que caracterizan el estado de posible suicidio: la breve duración, la ambivalencia y el ser un hecho diádico.<sup>53</sup>

**Breve duración:** La crisis suicida aguda o periodo de elevada y peligrosa letalidad es un intervalo de una duración relativamente corta típicamente horas o días, no meses o años. Una persona está en el cenit de la autodestructividad

durante un breve periodo; si entonces es ayudada, se enfría, y si no, muere. Se puede vivir en un estado crónico de elevada autodestructividad, pero no se puede tener una pistola pegada a la cabeza de uno por mucho tiempo más que lo necesario hasta que se descarga el proyectil o la emoción.

**Ambivalencia:** Pocas personas discuten actualmente que las principales instituciones de Freud con respecto al papel de la motivación inconsciente y los trabajos sobre la llamada mente inconsciente no haya sido uno de los conceptos gigantescos de este siglo que han revolucionado la visión del hombre. La noción de la ambivalencia es un concepto crítico en la psiquiatría y la psicología psicodinámicamente orientadas al siglo XX. Las dualidades, complicaciones, sentimientos, actitudes y confianzas concomitantes y contradictorias esencialmente hacia las mismas personas o su imagen introyectada son los sellos inconfundibles de la vida psicológica. Las dualidades del flujo mental constituyen un hecho cardinal en la vida interior del hombre. Ya no se puede decir simplemente de forma aristotélica: “aclare sus ideas”. A este tipo de pregunta un interlocutor sofisticado habría respondido: esta es precisamente la cuestión. Tengo como mínimo dos o quizá más ideas sobre este asunto. El paradigma del suicidio no es del tipo simplista de querer o no querer. La imagen psicológica prototípica de una persona al borde del suicidio es la del que quiere y no quiere. Elabora planes para su autodestrucción y al mismo tiempo se entretiene en fantasías de rescate y salvación.<sup>54</sup>

## **Intento de suicidio**

Aunque ha de intentarse el suicidio para llevarlo a cabo realmente, los intentos de suicidio no tienen siempre la muerte (cesación) como su objetivo. Lawrence Kubie afirma suponer que todo acto de autolesión tiene como meta la autodestrucción es una falacia. Algunas veces, las metas conscientes e inconscientes son precisamente opuestas. A menudo la meta de los intentos de suicidio, como cortarse o ingerir sustancias dañinas, es más cambiar la propia vida o la de las personas significativas de alrededor, que acabar con la vida misma.

Por otro lado, a veces se intenta la muerte y solo se la evita de forma fortuita. Después de este momento, la vida (lo que Maslow denominó “un bono para la vida”) será ya diferente siempre.<sup>55</sup>

El crítico inglés Álvarez A que realizó un intento de suicidio grave, afirma que aquellos que sobreviven ya no piensan de la misma forma, actúan con diferentes estándares, motivaciones y satisfacciones.

El estudioso más importante de los intentos de suicidio fue Erwin Stengel (1964) de Sheffield. Lo más importante que sus argumentos y presentaciones estadísticas parecen sugerir es que los que llevan a cabo un intento de suicidio y los que realmente se suicidan representan dos poblaciones esencialmente diferentes, aunque admite cierta superposición de la primera sobre la segunda. Resulta útil considerar dos tipos de poblaciones que se superponen: 1) Los que



intentan el suicidio, pero son pocos los que llegan a suicidarse, y 2) los que se suicidan. Muchos de los cuales lo habían intentado previamente. Esto tiene mucha relación con la letalidad del evento. La letalidad es más o menos sinónimo de la mortalidad del acto y es una dimensión muy importante para entender a cualquier persona potencialmente suicida.<sup>56</sup>

### **Indicios prodrómicos de suicidio**

Casi todas las personas que intentan el suicidio seriamente dejan algunos indicios de su inminente acción. Algunas veces son indicaciones importantes; otras se trata de cambios de conducta sutiles. Pero la decisión del suicidio generalmente no es impulsiva. Aunque pueda llevarse a cabo en un impulso y a los otros pueda parecerle caprichosa, el suicidio generalmente es una decisión que se ha considerado largamente. Por tanto, no es imposible detectar un suicidio potencial si se sabe qué es lo que se está buscando.

Casi las tres cuartas partes de los que se suicidan visitan a un médico cuatro meses como máximo, antes de matarse. Cuando una persona es un suicida en potencia, un estado de la mente que aparece y desaparece, no existe un solo rasgo que pueda caracterizar a todos ellos. Pero todos ellos se hallan alterados y muy a menudo deprimidos. Se sienten desesperanzados sobre qué dirección han de tomar sus vidas e incapaces de hacer nada al respecto. Por lo general, reflejan sus actitudes por medio de diversos indicios verbales o conductuales. Resultan mucho más obvias las afirmaciones de los que amenazan: “voy a matarme”. Por lo general quieren decir lo que dicen, al menos de forma inconsciente, lo que sucede es que todavía no han decidido ni cómo ni cuándo

llevarlo a cabo. Si las condiciones de la vida del posible suicida no cambian, pronto determinaran el momento y elegirá el modo para matarse. Todas las indicaciones verbales de suicidio debieran ser consideradas con cierta seriedad. Afirmaciones abatidas y enfadadas del tipo de “quiero morir. Esto es el límite...mi familia se las arreglará mejor sin mí... No estaré mucho tiempo por aquí para que me aguantéis”, son todos verdaderos indicios de suicidio, pero rara vez son consideradas como tales.<sup>57</sup>

Una vez que la persona ha decidido matarse empieza a actuar de forma diferente. Pueden retraerse y volverse casi un monje o un ermitaño. Pueden reducir drásticamente el comer, retirarse de las conversaciones o ignorar los impulsos sexuales normales. Puede que duerma mucho más profundamente o que padezca insomnio. Shneidman y Mandelkorn (1967) no hallaron que el insomnio se correlacionara de forma especial con el suicidio (aunque está relacionado con la depresión).

Parece que existen indicios de suicidios en el curso de la vida; la aparición de ciertos indicios a los 29 años se halla correlacionada con el suicidio a los 55 años (Shneidman). Estos factores relacionados con los hombres inteligentes incluyen varios hechos sutiles: 1) evidencia precoz de inestabilidad en la escuela primaria, adolescencia o juventud, incluyendo la falta de honradez; 2) rechazo precoz del padre; 3) múltiples matrimonios; 4) alcoholismo; 5) historia ocupacional inestable; 6) altas y bajas en los ingresos; 7) incapacidad física especialmente que implique disnea; 8) decepción en la utilización del potencial propio; 9) una esposa absorbente o competitiva.<sup>43</sup>

## **Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes**

Los factores individuales, familiares y sociales han sido identificados, y podrían contribuir con la ocurrencia de la conducta suicida.

### **Factores individuales:**

**Edad:** En la etapa prepuberal son excepcionales el intento suicida como el suicidio consumado; aumentan en la adolescencia, sobretodo en los que presentan trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias psicoactivas. En la adolescencia tardía los porcentajes de suicidio consumado aumentan sustancialmente y continúan hasta alrededor de los 20 años, mientras que en las mujeres jóvenes se incrementa entre los 16 a 18 años y posteriormente disminuye. Después de la pubertad, a edades desde los 14 años hasta de adulto joven, el riesgo de conducta suicida es la mayor en comparación al riesgo de la población general, con una incidencia de 12 a 14/100,000 habitantes.<sup>58</sup>

**Sexo:** Existen patrones de suicidio diferentes en los diversos países. En general es más común en el sexo masculino, pero las mujeres realizan el intento más frecuentemente. La prevalencia del suicidio fue reportada como predominante en varones que en mujeres en 88 de 128 estudios evaluados en una revisión sistemática, en comparación de 11 estudios en que fue más frecuente en mujeres.<sup>59</sup>

**Etnicidad:** En Canadá, los jóvenes aborígenes se suicidan de 5 a 6 veces más que los jóvenes no aborígenes. En EE. UU., el mayor porcentaje de suicidios

en jóvenes es mayor en los nativos americanos, seguido por blancos y afroamericanos y en menor grado en los de la etnia asiático pacífico.

**Factores biológicos y genéticos:** La desregulación serotoninérgica es un rasgo biológico determinante en un individuo con enfermedad mental y es más proclive a una conducta impulsiva o agresiva frente a un estresor.

Los sujetos con intentos suicidas que tienen niveles bajos de 5-HIAA en líquido cefalorraquídeo son mucho más proclives a intentar suicidarse o a cometer suicidio. Investigadores estudiaron 211 adolescentes y relacionaron los niveles de serotonina en el plasma con medidas psicométricas y concluyeron que la determinación de la concentración en sangre de serotonina, en combinación con algunas medidas psicométricas, podría servir como un marcador seguro de psicopatología y podría diferenciar adolescentes suicidas de los no suicidas.<sup>60</sup>

Algunos estudios sugieren que la anomalía es presináptica y conduciría a una sobrerregulación compensatoria de receptores serotoninérgicos tipo 2 (5-HT<sub>2</sub>) en el córtex prefrontal ventral y ventrolateral del cerebro que es en larga medida responsable de la inhibición conductual. Se han relacionado con la conducta suicida la presencia de polimorfismos en el gen del triptófano hidroxilasa, en el metabolismo de la serotonina y disminución de ácido homovalínico (precursor de la dopamina) en el líquido cefalorraquídeo.<sup>61</sup>

**Trastornos mentales:** Más del 90% de los adolescentes que logran cometer el suicidio padecen de un desorden psiquiátrico en el momento de su muerte y

más del 50% tenían un desorden psiquiátrico en los últimos dos años. Cuanto mayor es el número de conflictos mentales comórbidos, más aumenta el riesgo de suicidio. En dos estudios de análisis multivariados, reportaron una relación directa para ambos sexos entre problemas de salud mental y suicidio. Los trastornos depresivos ocurren en 49 a 64% de adolescentes que consuman el suicidio, siendo esta la condición más prevalente. La depresión mayor y el intento suicida previo son los factores de riesgo más importantes. En contraste, un intento suicida anterior es el predictor más importante en adolescentes varones, seguido por depresión, abuso de sustancias y conducta disruptiva. Si la desesperanza es uno de los síntomas, la depresión mayor incrementa el riesgo de suicidio hasta 12 veces.

En cuanto a las depresiones, no es exagerado afirmar que toda persona verdaderamente deprimida es un suicida en potencia. Diferentes investigaciones han demostrado que, aproximadamente el 90% de los deprimidos, tienen ideas y fantasías suicidas, el 80% amenazan con suicidarse y el 70% cometen actos suicidas leves o graves. Uno de cada seis deprimidos endógenos comete suicidio en un periodo de 10 a 15 años y la mitad de los casos de suicidio son protagonizados por sujetos con depresiones severas.<sup>62</sup>

En las depresiones neuróticas, los actos suicidas son de menor gravedad que en las psicóticas; sin embargo, la letalidad tiene mucha relación con la intensidad de la depresión, aun siendo esta de tipo reactivo. Es importante destacar la alta vulnerabilidad que presentan los deprimidos endógenos agitados.

Desde luego hay que recalcar los períodos críticos de la depresión, en los cuales existe un mayor peligro de suicidio; estos son al inicio de la enfermedad, cuando el paciente comienza a experimentar los síntomas (tristeza, ansiedad, culpa, rabia) y en la etapa de recuperación, cuando mejora su voluntad y se somete a autoevaluaciones, en ocasiones cargadas de vergüenza o culpa.<sup>63</sup>

La distimia se asocia con intentos suicidas en mujeres adolescentes, pero no en varones, mientras que no hay una asociación clara entre suicidio consumado y trastorno bipolar. Generalmente los jóvenes con trastornos psiquiátricos, sobre todo los del ánimo, son subtratados, lo que puede influir en la conducta suicida. Los síntomas de ansiedad en ningún estudio parecen haber tenido una importancia significativa adicional en los intentos suicidas. Los pacientes con esquizofrenia tienen tasas de suicidio más altas que la población general, la esquizofrenia no es común en los jóvenes que se suicidan.

Estos adolescentes tienen una historia de aislamiento y disfunción social, paranoia y conducta extraña. Presentan problemas de escolaridad y familia. Como sucede con los adultos, el adolescente tiene problemas de autocuidado y un olor desagradable. Cuando ocurre la agitación, se relaciona agudamente con paranoia y alucinaciones. Estos adolescentes son observados hablando solos y pueden mostrarse en posturas catatónicas.

El tratamiento con antipsicóticos como el haloperidol en combinación con difenhidramina puede ayudar. En ocasiones el Lorazepan es agregado al

régimen para calmar la ansiedad severa y agitación. Preparaciones con antipsicóticos como risperidona u olanzapina puede utilizarse.<sup>64</sup>

**Consumo de sustancias psicoactivas:** En estudios realizados se encuentra asociación significativa en análisis bivariados, pero no cuando se realizó el análisis multivariado en relación al consumo de sustancias psicoactivas e intento de suicidio, similar asociación se encontró al estudiarse la ideación suicida.

En siete de ocho estudios evaluados en una revisión sistemática en relación al consumo de nicotina, se encontró una fuerte asociación con intentos suicidas. Se realizaron análisis multivariados en dos de tres investigaciones y se encontró una asociación directa entre intentos suicidas y abuso de nicotina, asimismo en otras pesquisas, tras una revisión sistemática, indican una asociación entre consumo de alcohol e intento suicida, sobre todo con el consumo de bebidas con alto contenido de alcohol. Hay también una asociación significativa entre ideación suicida y consumo de alcohol.

Estimulantes como fenciclidina puede causar nistagmos, elevación de los signos vitales y síntomas adrenérgicos y paranoia. El uso de antipsicóticos y benzodiacepinas es muy frecuente, los antipsicóticos pueden causar rigidez muscular.<sup>65</sup>

Los niveles de alcohol en sangre deben ser determinados si hay aliento alcohólico, niveles superiores a 400 mgrs. /dl pueden ser mortales y requieren monitoreo en cuidados intensivos con soporte respiratorio.

Los resultados de diversos estudios en relación al consumo de sustancias psicoactivas ilegales, indican una asociación con intentos suicidas, las más fuertes fueron el consumo de drogas duras (por ejemplo, cocaína), mientras que la ideación suicida y el consumo de drogas ilícitas también tiene una fuerte asociación.<sup>66</sup>

**Trastornos de la alimentación:** Se investigó los resultados de diversos estudios entre trastornos alimentarios y fenómenos suicidas, se encontró una asociación significativa entre estos intentos y trastornos alimentarios en adolescentes mujeres. Por otro lado, síntomas o conductas alimentarias específicas, como la anorexia y la bulimia fueron investigados en 7 estudios, se halló una asociación significativa entre alteraciones de la conducta alimentaria e ideación e intentos suicidas en adolescentes. Mayores asociaciones significativas fueron encontradas en mujeres cuando los análisis compararon ambos sexos.<sup>67</sup>

**Intento de suicidio previo:** En muchos de los estudios han concluido que fundamentalmente los varones que intentan suicidarse lo han hecho anteriormente por lo menos una vez. Otros estudios han concluido que por lo menos el 50% de los adolescentes que lo han pretendido, han tenido al menos un intento previo.<sup>68</sup>



**Enfermedad física o problemas físicos generales:** La salud física fue investigada en 14 estudios, se encontró una asociación significativa en 12 de ellos en relación a la enfermedad física e intento suicida. Análisis multivariados se realizaron en 7 de ellos, se halló en cuatro que una pobre salud física se relacionaba con un intento suicida. En investigaciones, en solo dos estudios, entre la asociación de discapacidad física e intentos suicidas se encontró una relación positiva. Al realizar análisis multivariados se hallaron resultados contradictorios.<sup>69</sup>

### **Factores familiares**

**Conductas suicidas en miembros de la familia:** La historia de fenómeno suicida en la familia se ha relacionado frecuentemente con el intento de suicidio en adolescentes. Muchos estudios, en una revisión de metaanálisis, encontraron relación entre intentos suicidas en adolescentes y suicidio en miembros de la familia. Una historia familiar de suicidios consumados podría estar directamente asociado.<sup>70</sup>

**Estructura familiar:** La asociación entre vivir con los padres e intentos suicidas se ha investigado en diversos estudios, pero los resultados parecen ser inconclusos; los de análisis multivariados indican que sí hay una asociación significativa. En algunos estudios la ausencia de la madre o el padre fue investigada, pero resultados inciertos fueron reportados. Vivir apartado de ambos padres se ha asociado con un aumento del número de intentos de

suicidio, pero no se encontró asociación con la ausencia de uno o ambos padres.

La asociación entre intento de suicidio y número de hermanos y el orden de nacimiento fue investigada en 6 estudios, no se encontró asociación en análisis bivariados en cinco, pero se encontró asociación en mujeres americanas que fueron terceras o las menores en relación a las primeras o segundas en el orden de nacimiento. Cuando fue investigada la posición/número de nacimiento entre hermanos con análisis multivariados, no se encontró asociación.<sup>71</sup>

**Rendimiento escolar:** En 10 estudios, la asociación con el rendimiento escolar fue investigada, se encontró una asociación significativa pero indirecta entre pobre rendimiento escolar e intentos suicidas. La inasistencia escolar estuvo relacionada con la ideación e intento suicida. El no cumplir con el trabajo escolar se asoció con un aumento de la prevalencia del fenómeno suicida. La conducta antisocial en la escuela se asoció con el aumento de la ideación e intento suicida, pero los resultados de los análisis multivariados fueron contradictorios.<sup>38</sup>

**Relaciones con pares (iguales):** Se encontró fuerte asociación entre malas relaciones con pares e ideación suicida. En cuanto a intentos suicidas, hay una relación con problemas en relaciones con pares. Los resultados de análisis multivariados, indicaron un patrón similar.

Se encontró una asociación entre la mala relación con los compañeros de la escuela, pero la buena relación no necesariamente tiene un efecto protector. El *bullying* o acoso por parte de los compañeros se ha relacionado con altos niveles de estrés y un aumento del riesgo de ideación suicida. La pérdida de la relación con una pareja sentimental, la humillación reciente y los conflictos con los compañeros han sido relacionados con el intento suicida en adolescentes.

### **Teorías del fenómeno suicida**

Se han desarrollado elaboraciones teóricas para explicar, comprender o interpretar el fenómeno suicida en su complejidad, las teorías sociológicas, las psicológicas y las biológicas, son las teorías más utilizadas para explicar el complejo fenómeno. Muchos autores, escuelas y corrientes han realizado algún tipo de esfuerzo explicativo,

**Teoría neurobiológica del suicidio:** Desde la década de los años 50 del siglo XX se inició a investigar la influencia de factores genéticos, de trastornos en los neurotransmisores, de alteraciones diversas del eje neurohipofisis suprarrenal, y otros aspectos neurobiológicos. Se realizaron Investigaciones en el líquido cefalorraquídeo en cerebros de cadáveres que murieron por suicidio y, en la orina de pacientes que han realizado intento de suicidio, muestran los siguientes resultados: La disminución en la acción de la serotonina 5 HT (5MT) está implicada en conductas depresivas, agresivas y los trastornos del control de los impulsos, asociados a los suicidios violentos o agresivos.

Al mismo tiempo, se encontraron niveles bajos de serotonina (5-HT) y su metabolito principal, ácido 5- hidroxindolacético (5-HIAA) en cerebros postmortem. Una disminución de los niveles de 5-HIAA en LCR se correlacionó con el diagnóstico psiquiátrico y la letalidad del intento. Trackman *et al.*, en un estudio de 119 pacientes, en quienes se realizaron mediciones de 5HIAA en LCR, señala que 7 cometieron suicidio completo, estos tenían bajos niveles de 5HIAA y 6 de los cuales tenían historia pasada de intentos previos. Muchas investigaciones sugieren una relación entre alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y suicidio.<sup>72</sup>

Buney y Fawcett en 1965 observaron una elevada excreción urinaria de 17-hidroxicorticosteroides en pacientes con intentos de suicidio y suicidios completos, pero Levy y Hansen no lograron encontrar los mismos resultados. En sujetos con intento suicida, se encontraron elevaciones de cortisol en sangre, valores arriba de 20 mg/dl podrían relacionarse como un marcador biológico de elevado riesgo de suicidio.

En un estudio controlado sobre factores de riesgo perinatales realizado en víctimas de suicidio (menores de 20 años) y sujetos controles, se encontró distrés respiratorio significativo durante el parto, la falta de atención obstétrica antes de las 20 semanas de gestación y la enfermedad materna crónica durante el embarazo. Algunos estudios indican una elevada tasa de concordancia de suicidio en gemelos idénticos.

En un estudio de casos y controles realizado en Dinamarca sobre gemelos monocigóticos se observó que en 20% de ellos, ambos cometieron suicidio. Estudios sobre adopción (Dinamarca) combinaron 57 víctimas de suicidio que eran hijos adoptivos con controles adoptivos. El 12% (32 de 269) de los familiares de los suicidas cometió suicidio frente al 0,7% (2 de 269) de los controles.<sup>73</sup>

**Teorías psicológicas:** En la teoría Psicoanalítica se ha tratado de explicar el intento suicida relacionándolo al instinto de muerte y a la ideación suicida. Los primeros estudios pertenecen a Freud quien en su artículo de 1917, Duelo y melancolía señala que el suicidio es “la agresión dirigida hacia adentro, contra un objeto de amor introyectado que suscita ambivalencia”. Para este autor, en este artículo, el “acto autodestructivo encuentra su explicación por el funcionamiento de un Superyó sádico que ataca a un Yo débil y masoquista”.

El suicidio se ha relacionado a una alteración importante de la función yoica, en relación a la orientación en el mundo externo y el control de los impulsos peligrosos. Comúnmente el sentimiento de desesperanza es tan severo que anula las otras funciones del Yo, lo que hace que aparezcan actitudes superyoicas; como la imposibilidad de aceptar ayuda por motivo de orgullo.

Muchas de las fantasías inconscientes que impulsan a la realización del acto suicida, se pueden mencionar las siguientes: un deseo de escapar o de dormir; un sentimiento de culpa que desencadena una necesidad de autocastigo; un deseo hostil de venganza y de ejercer el control más allá de la muerte; un

deseo erótico de sometimiento masoquista apasionado que puede llegar a un estado de éxtasis, como una forma de reunión con la persona amada muerta; un deseo esperanzado de renacimiento, rehabilitación, una forma de empezar a vivir de nuevo.<sup>74</sup>

**Teoría sociológica:** Los problemas sentimentales y conyugales referidos a separaciones, desengaños o conflictos entre parejas son señalados en estudios como factores desencadenantes. En un estudio se apreció un 10,2% de pacientes que intentaron suicidarse por causas psicopatológicas, que se caracterizaban por síntomas alucinatorios con conductas auto agresivas.

Diagnósticos psiquiátricos y fenómenos suicidas: Los individuos con trastornos psiquiátricos mayores tienen un riesgo incrementado de intento de suicidio y suicidio consumado. Algunos estudios indican cifras que oscilan entre 75% a 90% de personas que se suicidan que padecían un trastorno psiquiátrico.

Trastornos afectivos: La gran mayoría de adultos(90%) que han consumado el suicidio y que tenían un trastorno psiquiátrico, en el 60 a 80% se trataba de una enfermedad afectiva mayor. La ideación e intento de suicidio son frecuentemente síntomas de depresión mayor y el tratamiento de la enfermedad debe producir la remisión de la ideación suicida. Goldney opina que se encuentra depresión en el 35 a 80% de pacientes que intentan suicidarse.<sup>75</sup>

Cabe señalar que no hay diferencia en el grado de depresión en aquellos intentos suicidas que comprometen seriamente la vida con los que casi no la comprometen. Se llevó a cabo un estudio realizado en un hospital general, la prevalencia de depresión mayor en pacientes con intento suicida fue de 41,9% asociada mayormente con el sexo femenino, edad superior a 35 años y enfermedad psiquiátrica. Pacientes con trastorno bipolar en un 25 a 50%, hacen durante su vida, al menos un intento de suicidio.

**Consumo de alcohol:** Goodwin, en una revisión de 6 estudios, halló una tasa del 13 al 50% de alcoholismo entre aquellos que intentaban suicidarse.

En otro estudio sobre el suicidio en adolescentes, el 70% de las víctimas sufría problemas como alcoholismo o abuso de drogas. Cuando los enfermos sufren de alcoholismo crónico, el suicidio suele sobrevenir 20 años después y, en general, se relaciona con el rechazo o alguna pérdida interpersonal. Cuando se producen trastornos afectivos, el suicidio ocurre de manera más temprana durante la evolución de la enfermedad. Los pacientes esquizofrénicos tienen una incidencia elevada de suicidio. Se cree que un 15% muere por suicidio; el riesgo está aumentado en los que tienen desesperanza, los que ya han intentado suicidarse y los que no responden bien al tratamiento. La mayoría de los esquizofrénicos suicidas son varones jóvenes, solteros y desempleados, 2/3 de ellos presentan síntomas depresión.<sup>76</sup>

Trastornos de la personalidad: Estudios realizados refieren que los rasgos y las alteraciones de la personalidad contribuyen al suicidio durante el período de vida del individuo.

Estudios clínicos afirman que personas con personalidad limítrofe y antisocial son los que intentan suicidarse con mayor frecuencia. La mayor parte de pacientes con trastorno de personalidad limítrofe suelen tener una conducta autodestructiva sin intento de suicidio, pero un 5 a 10% terminan por suicidarse. La suma de trastorno afectivo y abuso de sustancias, incrementa el riesgo de suicidio.

### **Comportamiento del suicida**

El comportamiento del suicida incluye el deseo de morir, la representación, la idea, la amenaza, el gesto, el intento, el suicidio frustrado, el accidental y el consumado.

Un individuo con episodio depresivo mayor presenta por lo menos cinco de los síntomas que a continuación se presentan:

1. Estado anímico deprimido.
2. Disminución del interés por las actividades cotidianas.
3. Aumento o pérdida de peso (5% en un período de un mes) o cambios en el apetito.
4. Insomnio o hipersomnia casi a diario.
5. Agitación psicomotora o hipoactividad.
6. Cansancio o pérdida de energía.
7. Sentimientos inadecuados de culpa o inutilidad.



Los trastornos del estado de ánimo, consistente en un estado de depresión o irritabilidad, de dos de los siguientes síntomas:

1. Descenso o aumento del apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Fatiga o pérdida de energía
4. Disminución de la autoestima
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

Las enfermedades mentales relacionadas con intento de suicidio, se mencionan las psiquiátricas graves (trastornos del humor, esquizofrenia), los trastornos conductuales, los adaptativos y de ansiedad, el retraso mental y los de la personalidad. Es decir, la enfermedad mental en el niño es un rasgo importante que se debe tener en cuenta en un menor con otros factores de riesgo suicida.

La esquizofrenia, una enfermedad con elevado riesgo suicida, necesita de síntomas psicóticos para su diagnóstico, cuya duración debe ser de por lo menos un mes. Dichos síntomas son los siguientes:

1. Pensamiento delirante
2. Pensamiento disociativo
3. Alucinaciones

4. Afectividad plana o anhedonia
5. Alteración del Yo.
6. Dificultad para realizar las actividades habituales.<sup>77</sup>

### **Presentación clínica**

El adolescente se presenta con una depresión clínica, psicosis o agitación, relacionada con una situación de crisis. Las causas comunes de intento de suicidio son la depresión, abuso de sustancias o trastornos de adaptación. La marcha de uno de los padres, la muerte, el divorcio, etc. aumentan el sentimiento de abandono y menoscaban la autoestima. El rompimiento con la pareja sentimental es asumido como un hecho terrible.

Cuando sucede el ataque psicótico, deja al adolescente desconcertado, perplejo y cuestiona su existencia en este mundo. Durante este período de ansiedad y desorganización, el riesgo suicida aumenta.

### **Examen físico**

Un acompañante debe estar presente al momento del examen. Es importante notar alguna alteración del estatus mental y alguna marca de injuria en brazos, torso o piernas como cortes o marcas en el cuello hay que observar. En pacientes con intento de ahorcamiento, estudios radiológicos para observar algún daño en la columna vertebral. Se deben realizar fotografías o videos para documentar el daño.

## **Evaluación del paciente suicida**

Los pacientes que hay que valorar son los supervivientes de un intento autolítico, los que acuden a consulta por ideas suicidas y los que potencialmente pueden presentarlas.

La entrevista debe reunir unas características. La privacidad y la empatía deben tenerse en cuenta más que nunca. Los objetivos son evaluar el estado mental, la ideación suicida y el riesgo de suicidio. La evaluación de un intento suicida incluye varios aspectos que se muestran en la tabla.

### **Aspectos en la evaluación del paciente con potencial suicida**

- Si ha habido un intento de suicidio:
  - ¿Era peligroso el método?
  - ¿Creía el paciente que iba a funcionar?
  - ¿Se sintió aliviado al ser salvado?
  - ¿Intentaba transmitir un mensaje o quería morir?
  - ¿Fue impulsivo o planeado?
  - ¿Han cambiado las circunstancias psicológicas y vitales que determinaron el intento?
- Evaluar los factores sociodemográficas que implican riesgo de suicidio: edad avanzada, no casado, sexo varón, vive solo.
- Comprobar los síndromes clínicos (depresión, alcoholismo y otros abusos de sustancias, psicosis aguda...) y síntomas específicas (alucinaciones imperativas, desesperanza...) que pueda haber.
- Antecedentes familiares.

- Antecedentes de intentos previos.
- Respuestas a tratamientos y de qué forma se han resuelto los intentos previos.

En primer lugar, deben valorarse las características del intento autolítico en sí mismo (peligrosidad...) en caso de haberlo habido, y lo que esa conducta representa para el paciente. Siempre hay que realizar una evaluación de los factores sociodemográficos de riesgo suicida y valorar los factores clínicos con una exploración psiquiátrica, fundamentalmente la presencia de depresión, alcoholismo u otro trastorno por abuso de sustancias. Por último, hay que evaluar cómo se han manejado situaciones previas similares y las vías de tratamiento de que disponemos.<sup>78</sup>

### **Estudios de laboratorio**

Los exámenes básicos incluyen un examen toxicológico en orina y sangre; un hemograma y bioquímica. Sobredosis de acetaminofén, aspirina, opiáceos y otras medicinas son comúnmente observadas, por lo que un electrocardiograma podría realizarse.

Un test de embarazo debe realizarse en mujeres en edad fértil. En pacientes con medicación anticonvulsivante, un dosaje de su nivel en sangre debe realizarse.

### **Tratamiento**

En principio, lo fundamental es la supervisión y el evitar nuevos métodos suicidas, además del cuidado de las lesiones resultantes del intento autolítico

(si lo ha habido). La conducta a seguir dependerá del riesgo, planificación, deseo de morir, psicopatología y apoyos externos.

Se recomienda su remisión para la valoración de un especialista y/o ingreso a aquellos pacientes intoxicados (alcohol, otros tóxicos) o con lesiones (secundarias a un intento autolítico) que precisen de más cuidados, en pacientes “psiquiátricos” (depresión, psicosis...) y en pacientes que insisten en sus amenazas autolíticas (pese a que puedan parecer “manipulativas”). En estos pacientes habrá que informar e involucrar a familiares u otros acompañantes. En pacientes con alto riesgo (psicóticos graves, estados confusionales...) además habrá que valorar su contención física y vigilancia constante, incluso durante un eventual traslado.

En principio pueden ser manejados en la urgencia de atención primaria los que no tienen complicaciones físicas o trastornos mentales (sobre todo psicóticos), en los que la situación causante se ha resuelto (conflicto familiar...), no hay ideación autolítica actual y en los que se dispone de buenos apoyos sociofamiliares. En los que se cumplen estas condiciones, si se ha decidido el alta tras los cuidados médicos y la “intervención en crisis” si procede, se debe implicar a los familiares en que se ocupen del cumplimiento de lo pactado con el paciente (tomas de medicación, acudir a consultas.) y dificultar, en lo posible, la accesibilidad de medios de autolisis (como armas de fuego). Si se considera que está indicado un tratamiento antidepresivo, se optará siempre por los de baja letalidad en caso de sobredosis (inhibidores selectivos de recaptación de

serotonina y nuevos antidepresivos similares). De forma sintomática, las benzodiazepinas pueden proporcionar alivio como ansiolítico e hipnótico.<sup>79</sup>

El adolescente con alto riesgo de suicidio, como como aquellos con una historia de intentos anteriores, una situación familiar inestable, abuso familiar, síntomas psicóticos o acceso a armas de fuego u otras letales deben ser hospitalizados. Para agitación y ansiedad, medicación con benzodiazepinas pueden usarse. Una evaluación médica debe realizarse antes de su hospitalización.

Existe alguna evidencia que los antidepresivos pueden ayudar en niños con síntomas depresivos severos; sin embargo, en las dos primeras semanas de tratamiento antidepresivo, la ideación suicida puede incrementarse; sobre todo con los medicamentos inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina.

### **Factores de protección**

A fin de evitar el suicidio, entre los principales factores cabe señalar una alta autoestima y unas relaciones sociales ricas, sobre todo en el ámbito familiar y amical, el apoyo de la sociedad, las relaciones de pareja adecuadas y las creencias religiosas o espirituales. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de las enfermedades mentales son una importante estrategia preventiva. Existen informes que demuestran que la capacitación de las personas encargadas de atención primaria con el fin de identificar y brindar el tratamiento a las personas con alteraciones del estado anímico para lograr disminuir los intentos suicidas entre los grupos de riesgo, políticas adoptadas en países como Finlandia e Inglaterra. Hay intervenciones realizadas en países

desarrollados por el desarrollo de las telecomunicaciones, como las líneas de ayuda y los programas de control telefónico de las personas de edad, los cuales han tenido resultados positivos.

El mejor manejo del suicidio es su prevención. Un prerequisite consiste en mejorar el grado de información pública acerca del fenómeno desde todos los puntos de vista, para lo cual se requieren estudios interdisciplinarios. La comprensión más profunda permitirá reacciones razonables y mejoría en los futuros tratamientos.<sup>80</sup>

El abordaje puede efectuarse en tres momentos: a) previo al acto suicida, mediante la pesquisa, detección y asistencia de quienes presentan un alto riesgo suicida; b) la asistencia a los que tienen activa ideación suicida, historia de intentos previos o inmediatamente después del intento; c) la intervención para levantar la "autopsia psicológica" de los que lo cometieron, a través de los familiares, de las señales y avisos previos. A nivel comunitario, cumplen una función primaria los centros de prevención del suicidio, especialmente los que poseen un equipo de asistencia telefónica. Estos centros efectúan una promoción básica de salud mental, apoyada en una técnica de soporte. La prevención secundaria o asistencial por lo común cae en manos del internista. Tan pronto como sale de la urgencia, debe intervenir el psicoterapeuta. También la familia puede recibir asistencia psicoterapéutica familiar.

Es importante la detección del "suicida potencial", no solo a nivel de la consulta médica, sino familiar, escolar, laboral y de la comunidad. Existen indicadores

que nos pueden orientar en tal sentido, a saber: las ideas y fantasías persistentes, las amenazas suicidas, los intentos previos, la soledad y el aislamiento social, los conflictos sentimentales y familiares, los antecedentes suicidas en la familia, sobre todo si fueron ejecutados por personas de significación para el paciente, la ausencia de padres por muerte, separación, divorcio, abandono, en la infancia y adolescencia, la existencia de cuadros depresivos donde destaquen la ansiedad y agitación, los sentimientos de culpa y desvalorización, las ideas delirantes depresivas. La hipocondría severa, el insomnio pertinaz, la dependencia del alcohol u otras drogas, el desempleo y las pérdidas materiales.

Después del alta hospitalaria, contactos telefónicos y consultas de psicoterapia son necesarios. La psicoterapia familiar también es ineludible. Aproximadamente un 1% de pacientes hospitalizados pueden atentar contra su vida y lograr el suicidio.<sup>81</sup>

### **Los suicidios en el Perú**

Alrededor de 650 personas se suicidan en el Perú cada año. En el 80% de estos es la depresión el problema de fondo, según el Instituto Gestalt de Lima (IGL).

Para el psicólogo y psicoterapeuta Alberto Isaac Sánchez Garavito, director de dicha institución especializada, el suicidio ocupa el cuarto lugar como causa de muerte violenta, siendo los motivos más frecuentes los conflictos conyugales (29,6%), familiares (27,6%) sentimentales (22,1%), problemas mentales (17,6%) laborales y económicos (2,2%), enfermedad física (0,8%).



El 90 por ciento de las personas que se suicidan tienen problemas mentales no diagnosticados ni tratados adecuadamente y en forma oportuna. El suicidio es un problema de salud pública importante.

Respecto al perfil de un suicida, el mencionado especialista indica que por lo general este es demasiado sensible ante el fracaso, se siente inferior a los demás, ya que ve el futuro con temor y vergüenza e, incluso, se deprime con mayor facilidad, poseen más factores de riesgo aquellos que provienen de hogares donde ha habido situaciones de violencia como abandono de uno de los padres, maltrato físico o psicológico, entre otros problemas.

Saravia señala que por cada intento de suicidio que concluye en muerte se calcula que se dan casi veinte intentos fallidos, con la existencia de dolor emocional, infelicidad o enfermedad mental.

En muchos de los casos, los intentos de suicidios suponen fracasos, también, sobre la familia y los amigos, debido a las emociones que suponen y el temor que se despierta a que puedan repetirse dichos intentos.

Se sugiere identificar de forma precoz y brindar el tratamiento adecuado a las personas con trastornos mentales, como estrategia preventiva. El doctor Saravia afirma que se debe prestar atención a las personas con trastorno de estado de ánimo para poder ayudarlos.<sup>82</sup>

## **Suicidio en adolescentes**

Para entender mejor lo referente al suicidio, se deben comprender las siguientes definiciones:

Suicidio: Etimológicamente suicidio significa “muerte de sí mismo”, es la acción de terminar en forma voluntaria y con intención de su propia vida. La característica predominante es la “fatalidad y la premeditación”.

Intento de suicidio: Conductas o acciones que una persona realiza con el fin de producirse daño para lograr morir, sin lograr su consumación.

Ideación suicida: Pensamientos sobre la voluntad de autoeliminarse expresada en ideas y fantasías de “no querer vivir”. En estos pensamientos puede estar la planificación del suicidio y se refiere a cómo, cuándo y dónde cometer el acto del suicidio.<sup>83</sup>

### **Clasificación de ideaciones suicidas**

- Leve: Solo ganas de quitarse la vida.
- Moderada: Ganas de no vivir con ideas de planificación.
- Grave: Decisión de morir, con planificación detallada de su ejecución.

El aumento alarmante en el índice de suicidios en adolescentes, que se observó entre los decenios de 1960 y 1980 (un aumento de 150%), parece haberse nivelado de manera considerable entre 1980 y 1990 (incremento de

6,45%). Sin embargo, el suicidio continúa siendo la tercera causa más común de muerte entre personas de 15 a 24 años de edad. Más alarmante es el hecho de que el índice de suicidios en el grupo de edad de 5 a 14 años se duplicó entre 1979 y 1990. Los estudios han indicado que el aumento en el índice de suicidios puede ser el resultado parcial de los cambios en nuestra sociedad, incluyendo las prácticas de crianza de los hijos y la pérdida de estabilidad en el hogar. El incremento en el índice de suicidios es estrechamente comparable al aumento en el índice de divorcios. La relación entre el suicidio y el divorcio entre los padres es estadísticamente significativa.

Otros factores relacionados con el suicidio de los adolescentes incluyen la conducta antisocial y el abuso de sustancias.

Los adolescentes tienen por general a ser más impulsivos que los adultos y el adolescente suicida es menos propenso a sufrir de depresión que un adulto. A pesar de que los cambios conductuales suelen preceder al intento de suicidio, es menos probable que sean los signos neurovegetativos clásicos de la depresión. Síntomas como el aislamiento social, la preocupación por ideas extravagantes o el deterioro en la actividad académica pueden preceder a un intento de suicidio en un adolescente que sufra los síntomas iniciales de la esquizofrenia.<sup>84</sup>

En las últimas 4 décadas las tasas de suicidio en adolescentes de 15 a 19 años han aumentado 4 veces. En Chile en los últimos 10 años representa la cuarta causa de muerte en adolescentes entre 10 y 16 años y la tercera entre los 16 y 25 años.

En un período corto de tiempo se puede repetir el intento suicida en los adolescentes. En un lapso de 10 años después del primer intento, cerca al 10% se suicida, y solo un 25 % acude a la consulta médica, porque piensan no necesitar ayuda.

Los métodos escogidos para cometer el suicidio, dependerán de las diferentes realidades. A continuación se mencionan algunos:

- El ahorcamiento es el más usado en Chile, alrededor del 70%.
- Armas de fuego, en un 10%.<sup>85</sup>

En el trabajo, Características del intento de los adolescentes atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital Padre Hurtado, de la Dra. Loreto *et al.* En el año 2005, se encontraron los siguientes datos:

- Existe un aumento gradual de intentos suicidas que han sido hospitalizados: 1999: 0,55% a 2005:1,78%.
- La edad media fue de 12,89 años, más baja que la hallada en otros estudios.
- Predominio del sexo femenino y el método más utilizado fue la ingesta medicamentosa.
- El medicamento más utilizado fue los antidepresivos, utilizados muy frecuentemente en el hogar (88,2%).
- Ingesta de sustancias tóxicas en el 8% a 9% .<sup>86</sup>

Es muy importante que el adolescente, que está en proceso de formación de su personalidad, desarrolle conocimientos que le ayuden a evitar el

comportamiento suicida, así menciona el psiquiatra Carlos Gómez: Se le debe educar con amor a la patria, la historia de su país, sus héroes y mártires, el autocontrol, el amor al estudio, al trabajo, a los futuros hijos, a la familia y saber ser amigo; la generosidad, los buenos modales, la caballerosidad, el respeto a su semejante en su persona, costumbres y opiniones; tolerar frustraciones, aceptarse tal y cual es; pensar positivamente, no con sobrevaloración ni subvaloración; confiar en sí mismo y en los demás, así como desarrollar una sana desconfianza e incertidumbre frente a lo no conocido aún.<sup>87</sup>

### 1.3 Definición de términos básicos

- **Suicidio:** Acto por el cual una persona acaba con su vida.<sup>88</sup>
- **Intento de suicidio:** Acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal<sup>8,9</sup>.
- **Ideación suicida:** Pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida expresada en ideas tales como “no querer seguir viviendo”, pueden o no contener la planificación del suicidio, que se refiere a cómo, cuándo y dónde llevar a cabo la conducta de autodestrucción.<sup>90</sup>
- **Depresión:** Trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.<sup>91</sup>
- **Distimia:** Es una forma leve, pero crónica, de depresión. Los síntomas suelen durar al menos dos años, y muchas veces durante mucho más tiempo que eso, es causa frecuente de malestar personal y familiar. Las personas con esta alteración suelen estar irritadas, agresivas, con

facilidad para entrar en discusiones y con una baja tolerancia a las frustraciones.<sup>92</sup>

- **Familia monoparental:** Se entiende aquella familia nuclear que está compuesta por un solo progenitor (varón o mujer) y uno o varios hijos.<sup>93</sup>
- **Conflicto familiar:** Problemática recurrente entre un grupo familiar que genera disfuncionalidad.<sup>94</sup>
- **Carbamatos:** Son compuestos orgánicos derivados del ácido carbámico. La principal fuente de carbamatos es su uso como insecticidas y herbicidas. La mayoría de los carbamatos tienen una toxicidad baja a moderada, por la reversibilidad de su reacción con la acetilcolinesterasa y su rápida degradación.<sup>95</sup>
- **Benzodiacepinas:** Son medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el sistema nervioso central, con efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorelajantes. La sobredosis de benzodiacepinas, en particular cuando se combinan con licor u opio, puede llevar a un estado de coma.<sup>96</sup>

## CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 2.1 Formulación de la hipótesis

Los factores de riesgo asociados al intento de suicidio son el sexo, la edad, el grado de instrucción, la estructura familiar, conflictos familiares, el intento de suicidio previo, la enfermedad mental de los padres, consulta psiquiátrica previa, los problemas académicos y el uso de alcohol y drogas,

### 2.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición operacional	Indicadores	Por su naturaleza	Escala de medición	Fuente de información
<b>Intento de suicidio</b>	Acto por el cual una persona acaba con su vida	1. Presente 2. Ausente	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
<b>Factores de riesgo</b>					
<b>1. Familiares</b>					
• <b>Estructura familiar</b>	Manera como se organiza una familia. Reglas de convivencia.	1. Nuclear (padre y madre) 2. Mono-parental	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
• <b>Intento de suicidio de un familiar</b>	Acto intencionado de quitarse la vida sin lograrlo de un familiar	1. Presente 2. Ausente	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
• <b>Conflictos familiares</b>	Problemática recurrente entre un grupo familiar que genera disfuncionalidad.	1. Presente 2. Ausente	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
<b>2. Clínicos</b>					
• <b>Intento previo de suicidio</b>	Intentos anteriores al actual	1. Ausente 2. 1 vez 3. 2 veces 4. 3 o más veces	Cuantitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos

• <b>Enfermedad mental de los padres</b>	Antecedentes de trastornos psiquiátricos en los padres.	1.Presente 2.Ausente	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
• <b>Consulta psiquiátrica previa</b>	Antecedente de consulta médica psiquiátrica	1.Presente 2.Ausente	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
• <b>Problema académicos</b>	Problemas en el rendimiento escolar	1. Presente 2.Ausente.	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
<b>3. Conductas de riesgo</b>					
• <b>Uso de alcohol y/o drogas</b>	Uso problemático de alcohol o drogas	1.Presente 2.Ausente	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
• <b>Métodos de intento</b>	Formas que la persona intenta cometer el suicidio	1.Carbamatos 2.Benzodiazepinas 3.Cocaína 4.Medicamentos antipsicóticos 5. Lejía 6.Bencina	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
<b>3.Intervinientes</b>					
• <b>Sexo</b>	Características fenotípicas relacionadas a caracteres sexuales secundarios del paciente	1.Masculino 2.Femenino	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
• <b>Edad</b>	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la entrevista	Número de años	Cuantitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos
• <b>Grado de instrucción</b>	Grado más elevado de estudios realizados o en curso	1.Primaria 2.Secundaria 3.Superior	Cuantitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos



## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

### 3.1 Tipo y diseño de la investigación

Investigación observacional, analítica, transversal, prospectiva.

Diseño no experimental

### 3.2 Diseño muestral

#### **Población**

Adolescente entre 12 y 17 años de edad que fueron hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, por intento de suicidio, entre enero 2009–diciembre 2015.

#### **Muestra**

##### **Casos**

La investigación trabajó con todos los pacientes, con intento suicida, que cumplieron los criterios de selección para el periodo de estudio. Se tuvo 94 pacientes, pero solo 70 cumplieron los criterios.

##### **Controles**

Población del mismo perfil sociodemográfico (edad–sexo) de los casos captados en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, hospitalizados por causas que no incluyen intento suicida. Se incluyó 70 controles.

##### **Criterios de selección**

##### **Criterios de inclusión**

- Pacientes de ambos sexos
- Paciente adolescente (12 a 17 años)

### **Criterios de exclusión**

- Historias clínicas con datos incompletos o ilegibles
- Pacientes (controles) que no deseen participar voluntariamente.

### **3.3 Procedimientos de recolección de datos**

#### **Instrumento**

El instrumento de recolección de datos es una ficha de datos elaborada para la investigación. La ficha permitió obtener los datos de las historias clínicas de los casos y controles.

Esta ficha está dividida en 5 secciones: factores sociodemográficos, clínicos, desencadenantes, historia familiar y estilo de vida.

#### **3.4 Procesamiento y análisis de la información**

Los datos se tabularon mediante el programa Excel 2013 y se procesaron mediante el software estadístico SPSS versión 23.0.

Para el análisis de significancia estadística, se realizó la prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson, se obtuvo el Odds Ratio, el intervalo de confianza (en las variables dicotómicas) y para la significancia estadística el valor de  $p < 0.05$ . Se utilizó el método de regresión múltiple, incluyendo las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado.

#### **3.5 Aspectos éticos**

La investigación por su diseño y tipo de estudio no contraviene aspectos bioéticos.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### I. Factores demográficos

Tabla 1. Edad de la población en estudio Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009-2015

Años	CASOS	CONTROLES
Edad media	15,05	15,30
Menor edad	12,00	12,00
Mayor edad	17,00	17,00

La edad media de los casos fue de 15,05 años (casos) y 15,30 años (controles); la edad mínima fue de 12 años y la máxima de 17 s para ambos grupos.

Tabla 2. Distribución de la población según sexo Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009-2015

SEXO	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	N.º	%
Masculino	10	14%	11	16%
Femenino	60	86%	59	84%

El sexo femenino predominó en los pacientes en un 86% y el masculino en un 14% (casos). Se presentaron 6 mujeres por cada hombre que intentó suicidarse.

**Tabla 3. Distribución de la población según grado de instrucción  
Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009-2015**

Grado de instrucción	CASOS		CONTROLES	
	N.º	%	N.º	%
Secundaria	66	94%	68	97%
Superior	4	6%	2	3%

El 94% de los adolescentes que intentaron suicidarse eran escolares, solo 4% había concluido la escuela y estaban iniciando estudios superiores.

#### **Objetivo específico N.º 1**

Describir los factores clínicos asociados al intento suicida (consulta psiquiátrica previa, intentos previos de suicidio, historia de depresión.)

**Tabla 4. Distribución de la población según consulta psiquiátrica previa  
Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009-2015**

Consulta psiquiátrica previa	CASOS	
	N.º	%
Sí	12	17%
No	58	83%

Los casos presentaron consulta psiquiátrica previa en el 17% de los pacientes.

**Tabla 5. Distribución de la población según intento suicida previo  
Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009-2015**

Intentos de suicidio previo	CASOS	
	N.º	%
Ninguno	58	83%
1 vez	8	11%
2 veces	3	4%
3 o más veces	1	2%

Los adolescentes que habían intentado suicidarse (casos), lo hicieron previamente 1 vez en el 11%, 2 en el 4% y 3 o más en el 2%.

**Tabla 6. Distribución de la población según diagnóstico de depresión  
Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009-2015**

Diagnóstico de depresión	CASOS	
	N.º	%
<b>SÍ</b>	40	57%
<b>No</b>	30	43%

El 57% de los pacientes tuvieron diagnóstico de depresión al ser evaluados por psiquiatría.

**Objetivo específico N.º 2:**

Describir los factores familiares asociados al intento de suicidio (estructura familiar, conflictos familiares, enfermedad mental de los padres).

**Tabla 7. Distribución de la población según estructura familiar  
Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009-2015**

Estructura familiar	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	N.º	%
Nuclear (padre + madre)	34	49%	56	80%
Monoparental	36	51%	14	20%

La estructura familiar de los adolescentes fue nuclear en el 49% y monoparental en el 51% de los casos; en comparación con el 80% nuclear de los controles y 20% monoparental.

**Tabla 8. Distribución de la población según conflictos familiares  
Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009-2015**

Conflictos familiares	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	N.º	%
No	39	54%	56	80%
Sí	31	46%	14	20%

Los conflictos familiares se presentaron en el 46% de los casos y en el 20% de los controles.

**Tabla 9. Distribución de la población según enfermedad mental de los padres. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009-2015**

Enfermedad mental de los padres	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	N.º	%
No	66	94%	69	98%
Sí	4	6%	1	2%

El antecedente de enfermedad mental en los padres de los adolescentes se presenta en el 6% de los casos y en el 2% de los controles.

**Objetivo específico N.º 3:**

Describir conductas de riesgo asociadas al intento de suicidio (abuso de alcohol o drogas.)

**Tabla 10. Distribución de la población según uso de alcohol/drogas. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009-2015**

Uso de alcohol /drogas	CASOS		CONTROLES	
	N.º	%	N.º	%
No	63	90%	67	96%
Sí	7	10%	3	4%

El uso perjudicial del alcohol/drogas fue de 10% en los casos y el 4% de los controles.

#### Objetivo específico N.º 4:

Describir factores desencadenantes asociados al intento suicida (problemas académicos, motivo del intento, método utilizado.)

**Tabla 11. Distribución de la población según problemas académicos Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009-2015**

Problemas académicos	CASOS		CONTROLES	
	N.º	%	N.º	%
No	46	66%	61	87%
Sí	24	34%	9	13%

Los problemas académicos se presentaron en el 44% de los casos y solo en el 13% de los controles.

**Tabla 12. Distribución de la población según motivos de intento de suicidio. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009-2015**

Motivos del intento	CASOS	
	N.º	%
Depresión	40	57%
Impulsividad	17	23%
Problemas familiares	6	9%
Ideación suicida	2	3%
Agresión	2	3%
Violación sexual	2	3%
Bulimia	1	2%

La depresión fue el motivo principal de intento de suicidio con un 57%, seguido de impulsividad con 23%, problemas familiares con 9%, ideación suicida, agresión y violación sexual en 3% cada uno; y por último 1 caso de bulimia que representa el 2%.



**Tabla 13. Distribución de la población según método utilizado. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009-2015**

Método de intento de suicidio	CASOS	
	N.º	%
Carbamatos	38	54%
Benzodiacepinas	18	25%
Lejía	4	6%
Cocaína	4	6%
Medicamentos antipsicóticos	4	6%
Bencina	2	3%

El método de suicidio más utilizado fue el de ingesta de veneno de tipo carbamatos en el 54% de los pacientes, seguido de benzodiacepinas en el 25%, medicamentos antipsicóticos, cocaína y álcali en el 6% cada uno. Por último 2 pacientes que ingirieron bencina.

**Tabla 14. Factores de riesgo de intento de suicidio en adolescentes (análisis bivariado) Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009-2015**

Variables	CASOS		CONTROLES		Chi <sup>2</sup>	OR	IC 95%	*p valor
	N.º	%	N.º	%				
<b>1. Sexo</b>								
Masculino	10	14%	11	16%	0.056	1.119	0.442 - 2.832	0.813
Femenino	60	86%	59	84%				
<b>2. Estructura familiar</b>								
Nuclear (padre + madre)	34	49%	56	80%	15.836	8.243	5.732-21.018	0.03
Monoparental	36	51%	14	20%				
<b>3. Conflicto familiar</b>								
Sí	39	54%	56	80%	15.967	6.773	2.968-10.009	0.043
No	31	46%	14	20%				
<b>4. Problemas académicos</b>								
Sí	46	66%	61	87%	12.246	5.174	3.016-9.112	0.016
No	24	34%	9	13%				
<b>5. Consulta psiquiátrica previa</b>								
Sí	12	17%	4	6%	4.516	3.414	1.043-11.169	0.034
No	58	83%	66	94%				
<b>6. Uso de alcohol y/o drogas</b>								
No	63	90%	67	96%	2.029	0.493	0.416 - 0.584	0.154

Sí	7	10%	3	4%				
<b>7. Enfermedad mental de los padres</b>								
No	66	94%	69	98%	2.400	0.792	0.437 - 0.931	0.301
Sí	2	3%	0	0%				
<b>8. Número intentos previos</b>								
Ninguno	58	83%	66	94%	6.070	___	___	0.38
1 vez	8	11%	2	3%				
2 veces	3	4%	0	0%				
3 o más veces	1	2%	2	3%				

Las variables como factor de riesgo identificado son Estructura familiar monoparental (OR 8.2), conflicto familiar (OR 6.773), problemas académicos (OR 5.174), consulta psiquiátrica previa (OR 3.414).

**Tabla 15. Variables asociadas al intento de suicidio en adolescentes (Regresión logística) Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2009-2015**

VARIABLES	P
<b>Sexo</b>	0,813
<b>Estructura familiar</b>	<b>0,01</b>
<b>Problemas académicos</b>	<b>0,016</b>
<b>Conflicto familiar</b>	<b>0,043</b>
<b>Uso de alcohol y drogas</b>	0,154
<b>Enfermedad mental de los padres</b>	0,277
<b>Consulta psiquiátrica previa</b>	<b>0,034</b>
<b>Número de intentos previos</b>	0,628

En el Análisis Multivariado se encontró asociación entre la estructura familiar ( $p=0.01$ ), conflicto familiar ( $p=0.043$ ), problemas académicos escolares ( $p=0.016$ ) y haber tenido consulta psiquiátrica previa ( $p=0.034$ ) con el intento de suicidio.

## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En la tabla 1, respecto a la edad de los pacientes, la edad mínima fue de 12 y la máxima de 17 con un promedio de 15,05 similares resultados obtenidos en el estudio realizado por Gómez C. (2014), el promedio fue 15,3 (10-19), destacando que 53,1% de la muestra se concentró en mujeres de 14 a 16 años.<sup>48</sup>

Los estudios nacionales realizados por Vásquez F, Anticona C, Nizama M y Vílchez H, reportan un predominio de intento en las edades de 16 a 30, 18 a 35, 12 a 19 y 16 a 27 años, respectivamente.<sup>49</sup>

David Shaffer *et al.* (2013), profesor de Psiquiatría y Pediatría de la Universidad de Columbia en Nueva York, durante el 8.º Curso Internacional de Actualización en Psiquiatría Infanto-Juvenil, señala que es la tercera causa de muerte entre los niños entre 11 a 18 años en EE. UU.<sup>50</sup>

Esto puede explicarse debido a que a estas edades existe una tendencia más acentuada a dañarse a sí mismos, presumiblemente atribuible a la mal llamada “crisis de la adolescencia”, que suele acompañarse de conflictos y trastornos emocionales.

En la tabla 2, respecto al sexo, fueron 60 mujeres las que intentaron suicidarse respecto a 10 varones, lo que representa una relación de 6 a 1. En el estudio realizado por Gómez C., predominaba ampliamente la presencia de intentos no severos (87,8%) en el sexo femenino.<sup>51</sup>

Destaca el estudio de Vásquez F, con una relación mujer/hombre de 3,4/1, Mosquera A. de 2/1, Muñoz J. con 3,8/1 y Anticona C. de 2/1, siempre hay predominio femenino. En un estudio realizado en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, se encontró un predominio del intento de suicidio en el sexo femenino en un 63,7 %.<sup>52</sup>

Según Truco M. (2015), Tendencias del suicidio en Chile, las cantidades de suicidios varían entre niños y niñas. Las niñas piensan e intentan suicidarse dos veces más que los niños y tienden a intentar suicidarse por medio de una sobredosis de drogas o cortándose. En cambio, los niños fallecen por suicidio cuatro veces más que las niñas, tal vez porque tienden a usar métodos más letales, como armas, colgándose o saltando desde alturas.<sup>53</sup>

En hombres, el afrontamiento agresivo se asocia con un riesgo mayor de suicidio consumado, mientras en las mujeres predomina la depresión son más los intentos frustrados.

En la tabla 3 se muestra el nivel educativo de los pacientes, el nivel secundaria fue el 94% y superior un 6% .Según Chávez-Hernández, 2008, la relación entre el nivel secundaria y el intento suicida, es muy alto ya que el adolescente está en un desenvolvimiento estresante de alta competitividad para ser aceptado por lo que también está altamente expuesto a conductas autodestructivas .El ambiente escolar se ha observado como factor provocador del acto suicida por la mala relación con maestros, pérdidas de años escolares, bajas calificaciones, la deserción escolar, haber trabajado mientras eran

estudiantes, la manera de relacionarse con sus compañeros y el rechazo que estos podrían proporcionarle al adolescente.<sup>54</sup>

En la tabla 4 se presentan resultados sobre el haber acudido a consulta psiquiátrica, previa al intento de suicidio, en los casos el 17% había acudido versus el 6% de los controles, resultado significativo con un  $P=0.034$ .

En un estudio realizado por Mullen D.*et al* en adolescentes que consuman el suicidio, más del 90% sufren de un trastorno psiquiátrico asociado en el momento de su muerte y más del 50% tenían un trastorno psiquiátrico en los últimos 2 años. Es frecuente encontrar varios trastornos mentales comórbidos y cuanto mayor es el número de estos, más aumenta el riesgo de suicidio. Resultados de análisis multivariados reportaron en dos estudios una relación directa para ambos géneros entre problemas de salud mental y fenómenos suicidas. Los trastornos depresivos ocurren en 49 a 64% de adolescentes que consuman el suicidio, esta es la condición más prevalente.<sup>64</sup>

Referente a las enfermedades mentales que pueden tener riesgo suicida, se encuentran las psiquiátricas graves (trastornos del humor, esquizofrenia), los de conducta, los de la adaptación y de ansiedad, el retraso mental y los trastornos incipientes de la personalidad. Por tanto, la enfermedad mental en el niño es un rasgo importante que se debe tener presente al evaluarlo con otros factores de riesgo suicida, según el estudio realizado por Pérez Barrero S.

En la tabla 5 se evaluó los intentos previos de suicidio, los cuales fueron realizados en el 17% de los adolescentes. Estos 12 adolescentes tuvieron más de un intento de suicidio previo al actual, datos que coinciden con el estudio realizado en un hospital en Chosica, Perú, donde los intentos de suicidio reiterativos (mayor de un intento), fueron del orden del 13,4 %.

Vásquez F. En un estudio prospectivo de pacientes que intentaron el suicidio y fueron atendidos en el periodo 1996-1998" en el Servicio de Emergencia del INSM H. Delgado-I. Noguchi encontró intento previo de suicidio en el 44 %, cifras mucho mayores que lo encontrado por nosotros.<sup>14</sup>

Diversos estudios hacen notar que existe relación entre los factores de riesgo personales como los deseos de hacerse daño, sentimientos de desesperanza y elaboración de planes anteriores para cometer intento de suicidio, con intentos futuros.

En la tabla 6 se muestra como factor de riesgo a la depresión, fue diagnosticada en la evaluación psiquiátrica de los pacientes que ingresaron al servicio de Pediatría, en los controles no se evaluó la depresión, ya que ingresaron por otra enfermedad diferente al intento de suicidio. Los pacientes con depresión fueron 40, lo que correspondió al 57%.

Es un estudio prospectivo de pacientes que intentaron el suicidio y fueron atendidos en el periodo 1996-1998" en el Servicio de Emergencia del INSM H. Delgado -H. Noguchi- publicado en los Anales de Salud Mental (1998) XIV: 65-

76...Freddy Vásquez se consideraron una serie de variables sociodemográficas y clínicas, destacando los siguientes hallazgos: conflictos conyugales (29,6%), conflictos familiares (27,6%), conflictos sentimentales (22,1 %) y problemas psicopatológicos (17,6%). Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron trastorno depresivo mayor (39,4%); trastorno reactivo con síntomas depresivos (35,5%); distimia (11,2%); trastornos psicóticos (11,4%) y otros (2,4%).

En los Arch. Argent. Pediatr. v.108 n.2 Buenos Aires mar. /abr. 2010, la Dra. Mónica E. Bella, en relación con el episodio de intento de suicidio actual el trastorno mental y del comportamiento que se presentó con mayor frecuencia fue el del humor (36,59%); de los cuales, el 29,27% correspondía a depresión y el 7,32% a bipolar.

Por lo tanto, la depresión es una constante en muchos de los estudios realizados, por lo que se sienten desesperanzados, inseguros, apáticos y rechazados.

En la tabla 7 se muestra el tipo de familia, fue nuclear en el 49% y monoparental en el 51% mientras que en los controles fue nuclear en 80%, diferencia significativa con un  $p=0.03$ .

En un estudio realizado en Lima por Muñoz J., Perales A. entre alumnos preuniversitarios en el año 2005 para averiguar si el intento de suicidio se relacionaba con la estructura familiar, se encontró que el 54% de estos, tenían familias monoparentales; se obtuvo un OR de 3,74.<sup>55</sup>

Peña-Galván, L. (2015), en Cuba, encuentra que un 48% de los pacientes pertenecían a una familia biparental, 45,6% a una monoparental y 6,4% vivía con otro familiar o tutor, datos similares a los obtenidos en nuestro trabajo.<sup>56</sup>

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

Algunos estudios han mostrado altas tasas de divorcio o separación parental entre adolescentes que han intentado suicidarse, comparados con grupos control de la comunidad no suicida. El divorcio puede tener efecto en aumentar el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como es la depresión.



En la tabla 8 observamos dentro de los conflictos familiares en nuestro estudio, que fueron del 44% en los casos predominando las discusiones verbales (27%), el divorcio de los padres (9%), maltrato infantil (2%), muerte de un familiar querido (2%), mientras que en los controles las cifras fueron muy diferentes, en donde hubo discusión familiar de importancia en alrededor del 20%(p=0.043), en comparación con un estudio realizado en Lima, por Vilchez H. se encontró que en el 40,9% de los casos fue por discusión familiar, seguido



de la discusión de pareja con 33,3% y 6,9% por perturbaciones emocionales, los demás motivos se encontraban por debajo de 5%.<sup>57</sup>

Anticona C. en su estudio Epidemiología del intento de suicidio: Servicio de emergencia del Hospital "Víctor Larco Herrera", 1999 encontró los conflictos familiares en (36,1%) y conflictos de pareja (29.8%).<sup>58</sup>

Muñoz, J., Pinto V. (2009) en su publicación Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años halló que en el 66% el gatillante asociado fue el conflicto con padres; el conflicto de pareja como el de pares se presentó en 14,9% de los casos. Entre los conflictos que pueden producirse durante la crianza del niño, las agresiones frecuentes y el maltrato físico por parte de sus tutores, con el consecuente efecto de miedo y sentimiento contradictorio, son factores potencialmente psicopatógenos, capaces de desencadenar ideación e intento suicida, debido a la impulsividad de los afectados.<sup>59</sup>

En la edad adolescente, es muy común los conflictos con las personas mayores, sobre todo los padres, que intentan aplicar normas de conducta y a veces prohibiciones a sus hijos, no son aceptadas en la mayoría de oportunidades, causal del intento de suicidio en muchos de los adolescentes. Las agresiones constantes entre los progenitores, observadas desde que sus hijos eran pequeños, pueden hacer que ellos actúen con agresividad e impulsividad y tomen una decisión desafortunada.

En la tabla 9, que evalúa los antecedentes de enfermedad mental en los padres, podemos encontrar el antecedente en el 6% de los casos y en el 2% de los controles con un  $p=0.277$ , no fue significativo. En un estudio realizado por Valadez I. *et al* 2004, encontraron que los suicidios de antecedentes se presentaron en 6,12%, en familiares y amigos principalmente. En el mismo sentido la presencia de un enfermo mental en la familia en 11,37% se manifestó en la figura del tío. En estudios realizados por Evans E.*et al*, la historia familiar de suicidio se ha asociado frecuentemente con la conducta suicida en adolescentes. Treinta estudios evaluados en una revisión sistemática indican una asociación entre fenómenos suicidas en adolescentes y suicidio en miembros de la familia. Además, en análisis multivariados, una historia familiar de intentos suicidas podría tener una contribución independiente significativa en la variación del fenómeno suicida en adolescentes. Una historia familiar de suicidios consumados no estaría directamente asociado.<sup>63</sup>

Antecedentes de conducta suicida en la familia de los pacientes ha sido observada; pudiera deberse a un aprendizaje por imitación de familias, vecinos allegados o amigos, pues con frecuencia se encuentran familiares que han intentado o consumado el suicidio. El impacto de tal conducta hace que los adolescentes tengan una inadecuada movilidad de sus impulsos y una ambivalencia emocional y conductual.

En la tabla 10 se encontró que el uso problemático del alcohol o drogas fue muy reducido en los casos y controles, con cifras del 10% para los casos y 4 % para los controles, resultados no significativos.

Según Vargas H, Saavedra J. los resultados de diversas investigaciones, indican una asociación entre consumo de alcohol e intento suicida, particularmente con el alto consumo de alcohol y con el consumo de bebidas con alto contenido de licor. Hay también una asociación significativa entre ideación suicida y consumo de licor. En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas ilegales, los resultados de diversos estudios de la revisión sistemática, indican una asociación con intentos suicidas, siendo la asociación más fuertes con el consumo de “drogas duras” (por ejemplo cocaína). La asociación entre ideación suicida y el consumo de drogas ilícitas también parece tener una fuerte asociación. Sobre la base de análisis multivariados, el balance de la evidencia indica una asociación directa.<sup>61</sup>

Se detecta un bajo consumo y abuso de sustancias en la muestra estudiada. Esto no concuerda con la asociación reportada en otras investigaciones, así como tampoco da cuenta de la alta prevalencia de policonsumo reportada en adolescentes por el último estudio Conace en Chile.<sup>62</sup>

El alcohol y sustancias de abuso son predictores de suicidio en personas con riesgo, cerca del 50% de los suicidas están intoxicados al morir y 18 % de los alcohólicos muere por suicidio. En este trabajo, el abuso de alcohol es muy bajo, debido a que la gran mayoría de adolescentes son del sexo femenino y no consumen alcohol como los varones.

En la tabla 11 se observó un predominio de los problemas académicos en los casos sobre los controles, con valores de 24% y 9% respectivamente. Los problemas académicos fueron principalmente el bajo rendimiento escolar con un 17%, la intimidación en un 8%, el ausentismo escolar en un 6% y el repetir de año en un 3%, cifras que son menores en los controles con un 6%, 4%, 0% y 3% respectivamente, con un  $p = 0.016$  que es muy significativo.

Pérez S, Castro J. El suicidio infantojuvenil. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011, La asociación con el rendimiento escolar fue investigada en 10 estudios evaluados en una revisión sistemática. Parece haber una asociación significativa pero indirecta entre pobre rendimiento escolar e intentos suicida. La pobre asistencia escolar estuvo positivamente asociada con ideación e intento suicida. Análisis multivariados fueron reportados en tres estudios pero la relación no parece ser directa.<sup>60</sup>

En la tabla 12, respecto al motivo del intento de suicidio, fue la depresión la primera causa con 57%, seguida de problemas familiares con un 9% y en menor número la ideación suicida, haber sido agredida, el abuso sexual y la bulimia.

En diversos estudios realizados, fue la depresión una de las primeras causas, según menciona Anticona C. con un 28%, Pérez Olmos I con un 57% y Goldney, D. (2010) con un 75%.<sup>65,8,12</sup>

Los adolescentes atraviesan una etapa complicada en sus relaciones personales, familiares y escolares; sufren de mucha frustración por carencias afectivas y por una pobre autoestima. Es por estos motivos que la depresión ocupa el primer lugar como causa de intento de suicidio.

No se ha podido comparar los casos con los controles por no poder parear los métodos de diagnóstico de la depresión ya que se desconoce cómo fue diagnosticada por los psiquiatras que atendieron a estos adolescentes.

En la tabla 13 se presentan los métodos de intento utilizados en este estudio, predominó la ingesta de sustancias tóxicas en un 69%, el uso de carbamatos fue en un 54%; la ingesta de tranquilizantes tipo benzodiazepinas, en un 25%; cáusticos (lejía), en un 6%; cocaína, en 6%; medicamentos antipsicóticos, en 6% y solventes, en 3%.

Vásquez F. en su trabajo en el Servicio de Emergencia del INSM H. Delgado - H. Noguchi-, en el período 1996-1998, encontró como métodos de intento la sobredosis de Benzodiazepinas en el 48%, seguida de intoxicación por organofosforados y otras sustancias; inferirse cortes en el cuerpo (12,0%), intento de arrollamiento, autoestrangulación y lanzamiento al vacío (6,7%); y uso de arma de fuego (0,8%). datos diferentes a lo encontrado en el presente estudio.<sup>8</sup>

Vílchez H, en un estudio realizado en el Hospital Víctor Larco Herrera, de setiembre 1999 a enero 2000, sobre un total de 45 pacientes con intento de

suicidio señala que la forma más frecuente fue la ingesta de sustancias (88%), organofosforados (47%) y benzodiacepinas (26.4%).<sup>10</sup>

Anticona C. en su estudio en 1999, refiere que los métodos mas usados fueron la ingesta de fosfatos inorgánicos (46,8%) y de medicamentos (33%).<sup>8</sup>

En el estudio realizado en Córdoba, Argentina por los doctores Mónica E. Bella, Ruth A. Fernández y Dr. José M. Willington del Servicio de Psiquiatría Pediátrica, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, el método de autoagresión más utilizado fue la ingesta de psicofármacos ( $p < 0,0001$ ), método que varía con los resultados obtenidos en nuestro hospital.<sup>66</sup>

En otro estudio realizado por Berríos N. (2013) en adolescentes de Puerto Rico, la conducta suicida implica 100% de ingesta de fármacos, 80,9% utilizó psicofármacos (exclusivamente o acompañados de otros), destacaron 4 casos de intoxicación con paracetamol y uno con hipoglicemiantes orales.<sup>61</sup>

Como ya es conocido, las mujeres utilizan métodos de suicidio blandos, en comparación de los varones que utilizan métodos llamados duros, como ahorcamiento, armas de fuego, caída desde altura, etc., que normalmente culminan con un suicidio consumado.

Se puede observar que estos intentos son mayormente una llamada de atención a los padres y familiares cercanos, pero que no tienen una verdadera intención de quitarse la vida.

## CONCLUSIONES

1. Hubo un predominio del sexo femenino en una relación de 6:1 con respecto al masculino en los adolescentes que intentaron suicidarse.
2. La estructura familiar se relacionó positivamente con el intento de suicidio con un valor  $p=0.01$ .
3. Los conflictos familiares se relacionaron positivamente con el intento de suicidio con un valor  $p=0.043$ .
4. Los problemas académicos escolares se relacionaron significativamente con el intento de suicidio con un valor  $p=0.016$ .
5. La consulta psiquiátrica previa se relacionó significativamente con el intento de suicidio con un valor  $p=0.034$ .
6. La variable estructura familiar monoparental obtuvo un factor de riesgo (OR) de 8.2 y la consulta psiquiátrica previa con un factor de riesgo (OR) de 4.5.
7. No se encontró relación estadística con las otras variables estudiadas.

## RECOMENDACIONES

1. Utilización de instrumentos estandarizados al obtener los datos en los trabajos de investigación.
2. Es importante comparar los resultados de este trabajo con otros estudios multicéntricos.
3. Es importante que los padres conozcan las señales de advertencia de manera que los adolescentes con tendencias al suicidio puedan obtener la ayuda que necesitan por parte de la familia, la sociedad y el estado.
4. Vigilar la evolución de la depresión y de la ansiedad, evitando que esta aumente sin control.
5. No ignorar las amenazas de suicidio de un hijo, pensando que pueden ser solo para llamar la atención.
6. Animar a su hijo a que no se aíse ni de los amigos ni de la familia. El compartir momentos con otras personas es un excelente foco de distracción y de los pensamientos negativos reiterados.



## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Serfaty E. Suicidio en la adolescencia. *Adolesc. Latinoam* 1998, vol.1, no.2, p.105-110.
2. Kienhorst C, Wolters B, Diekstra R, Otte E. A study of the frequency of suicidal behavior in children aged 5 to 14. *J. Child. Psychol Psychiat.* (Holanda) 2012; 28, (1):153-65.
3. Pérez S. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2007; 15(2):196-217.
4. Vargas-Murga A. Prevalencias y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. Vol. XVIII, año 2002, números 1 y 2.
5. Ríos J. Funcionamiento familiar y riesgo suicida en estudiantes que acuden a clínica universitaria en la ciudad de Huancayo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ. 2014.
6. Mosquera A. Perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizán. *Acta médica peruana* 2000;34(7):23-26
7. Sánchez R. Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Revista del instituto nacional de salud.* 2002;28(7):23-29
8. Duarte CS, Bordini C, Hoven W. Conductas suicidas en adolescentes brasileños: análisis exploratorio de prevalencia y factores de riesgo. *Rev Psiquiatr y Salud Int.* 2010; 2(4):32-37.
9. Anticona C. Epidemiología del intento de suicidio: Servicio de emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera, *Archivos de Psiquiatría de salud mental* 1999, 3(1):11-22.
10. Vásquez F. El perfil de los intentadores de suicidio atendidos en el Instituto especializado de salud mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. *Acta médica peruana.* 2003 ;16(7):23-39
11. Castro P. Intento de suicidio en Lima metropolitana. *Rev. Perú. med. Exp. salud pública (Lima)* 2006; 23 (4):16-25.
12. Kruger H. Atención médica y prevención de depresión en un hospital nacional. *Diagnóstico.* 1998; 37 (3):168-172.

13. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo; Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2011.
14. Reyes G, Trujillo G. Un abordaje psicológico de la problemática del suicidio en la atención primaria de salud. Rev. Cub. MGI 2008; (4)317-325.
15. Pérez S .Manual de Prevención del Suicidio. Barcelona: s.e.; 2013.
16. Vílchez A. Intento de Suicidio en el Hospital Víctor Larco Herrera. Diagnóstico. 2004; 37 (3):168-172.
17. Cano P. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26(2): 175-81.
18. Muñoz M. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. [en línea]. 2006; 23(4): 239-246.
19. Vásquez F. Salud Mental en adolescentes. Anales de Salud Mental.1998 XIV: 65-76.
20. Pagán A, Cruz P. Comportamiento suicida en niños y adolescentes: intervención del médico de familia, Boletín Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico 2010; 74(10):284-88.
21. Mosquera A. Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el hospital Hermilio Valdizán. [Tesis para título de especialista en psiquiatría]. Lima: Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría, Programa de segunda especialización, Unidad de Postgrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
22. Calderón J, Aguilar R. Suicidio en niños. Rev. Ped (Mex) 2011; 55(1):51-52.
23. Dirección de Salud IV Lima Este. Análisis de situación de salud. Lima: DISA IV L-E; 2011.
24. Martina M .Adolescentes en Riesgo: Identificación y Orientación Psicológicas - 2011. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 26(2): 175-81.
25. Maris F. La depresión como principal causa de suicidio en adolescentes, Estados Unidos - 2007. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 21(1): 72-81.

26. Clark D. Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal. *Journal of Adolescent* 2009; 67(8):123-128.
27. Villardon L .El Pensamiento de Suicidio en la Adolescencia .Universidad de Deusto, España. *Journal of Adolescent* 2004; 48(6):23-31.
28. Thompson M, Kuruwita C, Foster E. Transitions in Suicide Risk in a Nationally Representative Sample of Adolescents. *Journal of Adolescent* 2009; 67(8):123-128.
29. Ulloa F. Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes, *Rev. Chil. Pediatr.*2014; 64 (4); 272-276.
30. Pérez S. El suicidio adolescente y juvenil en España. s. e 2008.
31. Larraguibel M. González P, Martínez V, Valenzuela R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes, *Rev. chil. pediatr.*2010; 71 (3):236-239.
32. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Estudio epidemiológico metropolitano de salud mental. Informe general. Lima: IESM HD-HN; 2010
33. Instituto Especializado en Salud Mental. H. Delgado - H. Noguchi. Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana, Ed. Especial de Anales de Salud Mental, Lima Perú 1988.
34. Pagán L, Cruz P, Sánchez A. Comportamiento suicida en niños, *Boletín Asociación Médica de Puerto Rico* 2006; 74(10)284-288.
35. Martínez P. Intento de suicidio en niños, un fenómeno psicosocial. *Salud Ment.* 2007; 8(2) 23-36.
36. *Pediatrika A.* Características de personalidad, medio familiar y rendimiento escolar en los intentos de suicidio en niños y adolescentes (*esp.*) 2012; 91 (12):5-10.
37. Mardomingo. *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes*, Ediciones Díaz de Santos, S.A., España, 2012.
38. *Pediatrika A.* Suicidio e intentos de suicidio en la infancia y la adolescencia: ¿Un problema en aumento?" (*Esp*) 2008; 12(3):118-121.
39. Barra F. Conducta suicida en niños y adolescentes. *Pediatr. (chile)* 2009; 5(3):152—157.
40. Pérez A. *El suicidio: Comportamiento y Prevención*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente, 2006: 5-10.

41. Blumenthal S. Ansiedad y depresión: Guía sobre los factores de riesgos, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clínica de Norteamérica 2010: 1000 – 26.
42. Chávez-Hernández A. Modelo Psicoeducativo para la Prevención del Suicidio en Jóvenes. Salud Mental 2012; 31 (3):197-203.
43. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleienman M, *et al.* Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide, durante el 8º Curso Internacional de Actualización en Psiquiatría Infanto-Juvenil, set.2013.
44. Vásquez F. Estudio de intento de suicidio en el servicio de emergencia del Instituto de Salud Mental Honorio delgado Hideyo Noguchi 1994 - 1996. An Salud Mental 1997; 13(1-2): 59-85.
45. Gómez C. El Distrito Federal, Colima y Baja California concentran el mayor número de casos.2014.
46. Castro P. Características del paciente adolescente con intento suicida en el Hospital José Agurto Tello de Chosica 1995-2007.
47. Truco M. Tendencias del suicidio en Chile, 2009-2015. Rev. Chil Neuropsiquiatría 2015; 1(31): 7-17.
48. Peña-Galván L. Comportamiento del intento suicida en un grupo de Adolescentes y jóvenes. Revista cubana de Medicina Militar 2015; 31(3): 182-187.
49. Martínez-Jáenz J. Factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes Atendidos en Hospital Roberto Calderón. Managua s.e.2011.
50. Valdez I, Amezcua R, Cerda L, González N. El adolescente y sus relaciones con la familia Educar .Revista de educación (México) 2014; 134(18):521-527.
51. Castro O, Paul R. El suicidio en el Perú: Rev. Perú. Med. Exp. salud publica 2002; 23 (4):45-49.
52. Krarup G, Nielsen B, Rask P. Childhood experiences and repeated suicidal behavior. Acta Psychiatr. Scand (Dinamarca) 2013; 83(7):16-19
53. Muñoz J, Pinto C. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública 2006.

54. Pérez I, Rodríguez E, Dussan M, Ayala P. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una clínica Infantil. *Revista Salud Pública*, 2003-2005; 9 (2): 230-240.
55. Goldney D. A novel integrated knowledge explanation of factors leading to Suicide. *New Ideas in Psychology* 2010; 21: 141-146.
56. Chávez-Hernández A. Modelo Psicoeducativo para la Prevención del Suicidio en Jóvenes. *Salud Mental* 2008; 31 (3):197-203.
57. Speckens A, Hawton K .Social problem solving in adolescents with Suicidal behavior: a systematic review. *Suicide and life-threatening behavior* 2015; 35(4): 365-387.
58. Bella M, Fernández R, Willington J. Análisis de la mortalidad por suicidio en niños, adolescentes y jóvenes. Argentina, 2005-2007.
59. Berríos N. Ideación Suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes Puertorriqueños. *Revista Interamericana de Psicología* 2013; 38 (2): 295-302.
60. Durkheim E. El suicidio. Buenos Aires, Argentina: Losada. El Norte. Proyecto Familia / Suicidio adolescente 2014.
61. Sepúlveda C, Roa S, Muñoz M. Estudio cuantitativo del consumo de drogas y factores sociodemográficos asociados en estudiantes de una universidad tradicional chilena. *Rev Med (Chile)* 2011; 139: 856-863.
62. Duarte CS, Bordin I, Paula C, Hoven W. Conductas suicidas en adolescentes brasileños: análisis exploratorio de prevalencia y factores de riesgo. *Rev Psiquiatr y Salud Int* 2002; 2(4):32-37.
63. Mann JJ, Arango V, Marzuk PM, Theccanat S, Reis DJ. Evidence for the 5-HT hypothesis of suicide. A review of post-mortem studies. *Br J Psychiatry*, 155 (1989), pp. 7-14.
64. Almonte C, García R: Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes. En: Almonte C, Montt ME, Correa A. *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2003.
65. Harrington R, Bredenkamp D, Groothues C, et al: Adult outcomes of child and adolescent depression III. Links with suicidal behaviors. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 1309-19.

66. Monge, J, Cubillas, M., Román, R., & Valdez, E. Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y salud* 2007; 17(1), 45-51
67. MsC. Josefina Noa, López y MsC. Margarita Miranda Vázquez Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. *MEDISAN* 2010; 14(3):353
68. Castellanos Luna T, Carrillo Alfonso T, Cuervo Socarrás N, Molinet Arozarena H. Intento suicida en el niño y en el adolescente. *Rev Hosp Psiqu La Habana* 2007; 4(3):1-2.
69. Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández SG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo *MEDISAN* 2009; 13(1).
70. Keilp J, Sackeim H, Brodsky B, Oquendo M, Malone K, Mann J. Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. *Am J Psychiatr* 2007; 158:735-741.
71. Pérez Olmos I, Rodríguez Sandoval E, Dussán Buitrago M. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil en el período 2003-2005 en Bogotá. *Rev Salud Pública* 2007; 9(2):230-40.
72. Marshall J. Suicidios hereditario. *Mente y Cerebro*. 2009 ;( 38):68-73
73. Angold, A. (2008). Childhood and adolescent depression. I. Epidemiological and aetiological aspects. *Br J Psychiatry*, 152, 601-617.
74. Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Dahl, R.E., Perel, J. y Nelson, B. (2016). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(11), 1.427-1.439.
75. Roberts, E. y Chen, Y.W. (2006). Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican origin and Anglo adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(1), 81-90.
76. Wichstrom, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*

77. McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson K, Addy C: Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 37: 612-9.
78. Kubie L, Perper JA, Moritz G: Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 32: 521-9.
79. Lolas F, Verdugo S, Castellón C: Relaciones entre hostilidad verbal, depresión y desesperanza en una muestra de pacientes con ideación suicida. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2000;26: 12-25.
80. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo a ocurrido en adolescentes. Alba Cortés Alfaro Juan Aguilar Valdés,<sup>II</sup> Ramón Suárez Medina,<sup>III</sup>Elayne Rodríguez Dávila,<sup>IV</sup> Jesús Salvador Durán Rivero. *Rev Cubana Med Gen Integr* v.27 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2011
- 81.- Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera-Villaruel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev Med Chile*. Feb 2009; 137(2).
82. Toro DC, Paniagua RE, Gonzáles CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo suicida. Medellín 2006. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009.
83. Pérez Olmo I. Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *Rev Salud Pública* 2008; 10(3).
84. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. Dra. Mónica E. Bella, Dra. Ruth A. Fernández y Dr. José M. Willington. *Arch. Argent. Pediatr*. v.108 n.2 Buenos Aires mar. /abr. 2010.
85. Bell C, Clark D. Suicidio en adolescentes. *Clínicas Pediátricas de Norte América*. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1998.2:341-357.
86. Pfeffer CR, Shaffer D. Parámetros prácticos para la evaluación de niños y adolescentes con comportamiento suicida. *Rev Psiquiatría Uruguay* 2001; 65(2):146-188.

87. Casullo M. Evaluación del riesgo suicida en adolescentes. En: Casullo M. Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación. Buenos Aires: Ed. Paidós. 2009.
88. Duarte CS, Bordin I, Paula C, Hoven W. Conductas suicidas en adolescentes brasileños: análisis exploratorio de prevalencia y factores de riesgo. Rev Psiquiatr y Salud Int 2002; 2(4):32-37.
89. Valdivia M, Ebner D, Fierro V, et al. Hospitalización por intento de suicido en población pediátrica: una revisión de cuatro años. Rev Chil Neuropsiquiatr 2001; 39(3):211-18.
90. Goldstein TR, Chiapetta L, Brimaher B, et al. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. Bipolar Disorder 2005; 7(6):525-535.
91. Miranda R, Scott M, Hicks R, et al. Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 2008; 47(1):32-40.
92. Leyva JR, Hernández JA, Nava JG, López GV. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Med Inst Mex SeguroSoc 2007; 45(3): 225-232
93. Mann JJ, Oquendo M, Uderwood MD, Arango V. The neurobiology Of suicide risk: a review for the clinician. J Clin Psychiatry2015; 60 (Supo 2): 7-11.
94. González FC, Berenzon GS, Tello GA, Facio FD, Medina MM .Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Rev Salud Pública de México 1998; 40 (5): 430-437.
95. Valdés M, Serrano T, Rodríguez J, Roizblatt A, Florenzano R, Labra J. Características del funcionamiento familiar que predicen conductas de riesgo en adolescentes y sus familias. Rev Cuadernos Medico Sociales 2002; 38(4): 14-21.
96. Goldney C, García R: Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes. En: Almonte C, Montt ME, Correa A. Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2003.



97. Sánchez R, Cáceres H, Gómez D. Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Rev Biomédica* 2004; 24(2):407-16.
98. Weismann D, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Apr; 42(4):386-405.
99. Bohórquez M, Espinosa J, López L, Pareja L, Sánchez A, González J, et al. Suicidio y niñez. Factores relacionados con el suicidio en mujeres menores de 18 años en Bogotá durante el año 2003. En: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis* 2004. Bogotá: Imprenta Nacional; p. 185-226.
100. Sánchez R, Guzmán Y, Cáceres H. Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005; 34(1): 12-25
101. Beautrais A, Joyces P, Mulder R. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 35:1174-82.
102. Menninger K A, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T. Suicidal and nonsuicidal Adolescents; different factors contribute to self-esteem. *Suicide Life Threat Behav*. 2005 Oct; 35(5):525-35.
103. Espinosa A, Anzures B. Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes. *Rev Med Hosp Gen (Mex)*. 1999; 62(3): 183-190.
104. Gastaminza X, Vacas R, Ros SM. La Conducta Suicida en la Infancia y en la adolescencia. En: Ros SM (Ed.) *La Conducta Suicida*. Madrid: Arán ediciones S.A. 2008. P 179-195.
105. Shneidman E , Apter A, Bertolete J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies a systematic review. *JAMA* 2005; 294 (816): 2064-74.
106. Oquendo M, Bongiovi-García M, Galfalvy H, Goldberg P, Grunebaum M, Burke A, et al. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (1): 134-41.



## Anexo 1: Ficha de recolección de datos

**Caso/Control** (1 caso/1control)

### SECCIÓN A: Factores sociodemográficos

1. Distrito de procedencia

.....

2. Edad .....

3. Sexo: 1 Femenino [ ]                      2 Masculino [ ]

4. Nivel de instrucción                      [ ]

- a. Analfabeto
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

5. Estado civil                                      [ ]

- a. Casado
- b. Soltero
- c. Conviviente
- d. Separado/divorciado

6. Situación Académica o Laboral

- a. Trabajo estable a tiempo completo
- b. Trabajo a medio tiempo
- c. Trabajo ocasionalmente
- d. Está buscando empleo
- e. No tiene trabajo
- f. Estudiante
- g. Ama de casa
- h. Otros (Especifique): .....

7. Estructura familiar                                      [ ]

- a. Papá, mamá y hermanos
- b. Papá, mamá y abuelos, hermanos y tíos
- c. Solo con mamá
- d. Solo con papá
- e. Con madrastra o padrastro o hijastro
- f. Vive solo
- g. Otros

### SECCIÓN B. Factores clínicos

8. Lugar donde se produjo el intento de suicidio (CASO)                      [ ]

- a. Casa
- b. Colegio
- c. Trabajo
- d. Calle

e. Otros (especificar) .....

9. Métodos utilizado (CASO) [ ]

- a. Arma de fuego
- b. Cortes múltiples
- c. Ahorcamiento
- d. Arrojar al vacío
- e. Asfixia por gases
- f. Sustancias químicas no medicamentosas:  
Kerosene [ ]; Lejía [ ]; Carbamatos [ ]; Organofosforados [ ]
- g. Medicamentos y psicofármacos
- h. Arrojar a un vehículo en marcha
- i. Otros

(especifique):

10. Intentos anteriores de suicidio

- [ ] SÍ [ ] NO  
Número de veces [ ] una  
[ ] Dos  
[ ] Tres o más  
Método

utilizado

11. Consulta psiquiátrica o psicológica en los últimos tres meses

- [ ] SÍ [ ] NO  
Motivo

12. Existencia de alguna enfermedad física

- [ ] SÍ [ ] NO

### SECCIÓN C. Factores Desencadenantes

13. Conflictos familiares

- a. Discusiones verbales
- b. Divorcio de los padres
- c. Maltrato físico entre los padres
- d. Muerte de un familiar cercano
- e. Formación de una nueva familia (Padrastra/Madrastra)
- f. Ninguno
- g. Otros.

Especificar.....

14. Pareja sentimental (si la respuesta es NO pasa a la pregunta 16).

- [ ] SÍ [ ] NO

15. Conflictos de pareja

- a. Separación
- b. Discusión verbal (peleas)
- c. Agresión física
- d. Infidelidad
- e. Ninguno
- f. Otros. Especificar.....

16. Problemas académicos
- Bajo rendimiento escolar
  - Ausentismo escolar (faltó a clases por lo menos dos veces por semana)
  - Intimidación (conflictos con profesores y compañeros, marginación)
  - Repitió de grado
  - No tuvo ninguna influencia
17. Motivo que le llevó a tomar esta decisión (Una sola respuesta) (CASO)
- Problemas en el trabajo
  - Problemas en el estudio preuniversitario
  - Problemas de pareja
  - Problemas económicos
  - Problemas de salud
  - Problemas con la ley (policía)
  - Por imitación
  - Por haber sufrido abuso sexual
  - Por llamar la atención
  - Acto impulsivo
  - Otros motivos (Especifique)

**SECCIÓN D: Historia Familiar**

18. ¿Cuál es la ocupación del padre y/o madre? [ ]
- Profesional
  - Técnico
  - Obrero
  - Otros
19. Intento de suicidio de un familiar cercano
- No
  - Sí                      ¿Quién? ..... ¿Cuándo? .....
  - No sabe
20. Antecedente de enfermedades mentales dentro de la familia
- No
  - Sí, Padre
  - No, Madre
  - Sí, ambos
  - No sabe
  - Otros (Especificar) .....

**SECCIÓN E: Factores relacionados con el estilo de vida**

21. Practica algún deporte  
 [ ] SÍ ¿cuál? ..... [ ] NO
22. Consumo de licor o alcohol hasta sentirse embriagado  
 [ ] SÍ                      [ ] NO  
 Coloque el número de veces por semana [ ]  
 Edad de inicio [ ]
23. Fuma cigarros  
 [ ] SÍ                      [ ] NO  
 Número de cigarros/día [ ]  
 Edad de inicio [ ]

24. Consumo de drogas (cocaína, marihuana, PBC, terokal, otros)

SÍ             NO

Coloque el número de veces /semana             [ ]

Edad de inicio     [ ]

25. Diagnóstico de depresión

Si             No

