



SECCIÓN ARTÍCULOS ORIGINALES
REVISTA CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD
Año 8 Vol 1 No.10 (Pags. 18 - 31)

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.

Jimena Eraso Osejo¹ Dalila Chaves Camayo² Paula Alexandra Gámez Patiño³

Fecha de recepción: Nov 13 - 07

Aceptado: Abril 15 - 08

RESUMEN

Con el fin de caracterizar los casos de intento de suicidio atendidos en el Hospital Infantil Los Ángeles de la ciudad de Pasto, se realizó un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo y retrospectivo. La población estuvo conformada por todos los pacientes atendidos por intento de suicidio en el hospital Infantil, durante los meses de enero a diciembre de 2007. Para ello, se revisaron las fichas epidemiológicas de los eventos y las historias clínicas e igualmente se realizó una entrevista semiestructurada a los acudientes de los adolescentes después del egreso hospitalario. Se identificó que la mayoría de los casos se presentaron en adolescentes del sexo femenino entre 14 y 15 años del sector urbano; la totalidad fueron intoxicaciones, especialmente con plaguicidas y medicamentos. Los factores desencadenantes estaban relacionados especialmente con conflictos familiares y personales y además, un alto porcentaje (57% y 76%) fue diagnosticado desde los servicios de psicología y psiquiatría, con trastornos del estado de ánimo como depresión. Los hallazgos permiten concluir la importancia que tienen las intervenciones psicosociales sobre la población adolescente, en áreas como: las relaciones sociales e intrafamiliares, la detección temprana y la atención en salud mental, tanto psicológica como psiquiátrica.

Palabras clave: Intento de suicidio, adolescentes, hospital.

-
- 1 Investigadora principal, Especialista en Epidemiología, candidata a doctor en aspectos psicológicos y biomédicos de la salud y la enfermedad, Psicóloga del Hospital Infantil los Ángeles de Pasto. xeo12@correo.hotmail.com
 - 2 Coinvestigadora, psicóloga de Futuro Vital dalila190@gmail.com
 - 3 Coinvestigadora, psicóloga de Futuro Vital paulex0@hotmail.com

ABSTRACT

An epidemiological, observational, descriptive, retrospective study was carried out in the Children's Hospital Los Angeles at Pasto with the aim of characterizing the suicide attempt cases received by this hospital from January to December, 2007. The epidemiological charts of the events and the medical records were analyzed. Additionally, a semi structured interview was applied to the guardians of the teenagers after they were discharged from the hospital. It was identified that the most of suicide cases one presents in female teenagers between 14 - 15 years old and lived in urban areas. In every case the chosen method was intoxication with insecticides and medication. The triggering factors were related to family and personal conflicts. Also, situations like depression were diagnosed by psychology and psychiatry services in a high percentage of the population (57% and 76%). The results lead to conclude the importance of psychosocial interventions on teenage populations in areas like family and social relationships, and the relevance of early detection and attention to mental health from a psychological and psychiatric viewpoint.

Keywords: suicidal attempt, teenagers, hospital

INTRODUCCIÓN

La conceptualización del suicidio es muy compleja y enmarca una serie de aspectos tales como su variación, desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, pasando por la elaboración de un plan, obtener los medios necesarios para hacerlo e intentar suicidarse. ⁽¹⁾ La presente investigación se centra en aquellas acciones suicidas que no provocan la muerte, las cuales se han llamado más comúnmente “intentos de suicidio”, “parasuicidio” o “daño autoinfligido deliberado”. ⁽²⁾

La Organización Mundial de la Salud define el intento de suicidio como “un acto de resultado no fatal, en el cual un individuo inicia deliberadamente un comportamiento no habitual que, sin la intervención de los demás, le causa daño, o deliberadamente ingiere una

sustancia en exceso de lo prescrito o reconocido generalmente de la dosis terapéutica, lo cual está dirigido a conseguir cambios deseados por el sujeto por medio de las consecuencias reales o esperadas”. ⁽³⁾

En Colombia el suicidio y todo el espectro de comportamientos asociados, incluyendo el intento de suicidio, se ha convertido en un problema de salud pública, pues sus consecuencias repercuten no solo a la persona que lo hace, sino también a su familia y comunidad; la atención en salud que generalmente requieren estos casos representa un alto costo, asumido en la mayoría de las veces, por el estado.

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental ⁽⁴⁾ en Colombia, el espectro suicida se presenta de la siguiente forma: el 12,3% de los colombianos ha tenido ideas suicidas, el 4,1% ha realizado planes suicidas y 4,9% ha hecho intentos suicidas.

Al diferenciar los datos por grupos de edad, se observó que la mayor prevalencia de conductas suicidas durante toda la vida se encuentran entre el grupo de 30-44 años, pero si se tiene en cuenta sólo el último año, la prevalencia es mayor en los jóvenes de 18-29 años de edad. Villalobos-Galvis, ⁽⁵⁾ en un estudio de tipo descriptivo, realizado en 2007, con estudiantes de colegios y universidades, en edades comprendidas entre 9 y 30 años, encontró que cerca de un 30% de los estudiantes encuestados ha tenido alguna conducta suicida durante su vida, destacándose un 18% con ideas suicidas y un 8% con intentos de suicidio.

Los análisis de contingencia demostraron que la conducta suicida se plantea de manera distinta de acuerdo con el género y con el nivel educativo (secundaria o superior). Este tipo de resultados ha generado en los últimos años una serie de acciones intersectoriales para minimizar la ocurrencia de intentos de suicidio, que van desde la investigación diagnóstica, hasta la implementación de programas y políticas de prevención del mismo.

No obstante lo anterior, son muy pocos los datos que se conocen con respecto a la presencia de la conducta suicida en niños, pues típicamente el interés se ha centrado en los adolescentes, al ser el grupo más prevalente y por ende, de mayor riesgo. En este sentido, el Hospital Infantil Los Ángeles (HILA) de la ciudad de Pasto, es un hospital de referencia para la atención de menores de 18 años, tanto del departamento de Nariño como del Putumayo, razón por la cual la información que se ha obtenido de esta institución puede convertirse en fundamento para los esfuerzos políticos y académicos que se hagan en torno al manejo de esta compleja

problemática de salud pública. Entonces, se buscó hacer la descripción epidemiológica de los casos de intento de suicidio atendidos por el HILA, durante el periodo comprendido entre los meses de enero y diciembre del año 2007.

La descripción de aspectos sociodemográficos relevantes, características del evento, datos psicosociales y uso de los servicios de psicología y psiquiatría, pueden favorecer la planeación y puesta en marcha de acciones de mejoramiento en el proceso de atención a este evento específico en el área de psicología en el HILA, además de enriquecer la información a nivel general, para medidas de promoción de la salud mental y prevención del suicidio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo y retrospectivo, en el cual participaron todos los casos de pacientes atendidos en el Hospital Infantil Los Ángeles – HILA - de la ciudad de Pasto, por intento de suicidio durante los meses de enero a diciembre de 2007, quienes en su totalidad ingresan por el servicio de urgencias, donde se diligencia la ficha epidemiológica del evento. Además, durante la estancia del menor en el hospital, se consignan en la historia clínica todas las intervenciones realizadas por los diferentes profesionales de la salud, incluyendo psicología.

Porello, y para seleccionar la población de estudio, se revisaron todas las fichas epidemiológicas de casos notificados como “intento suicida” e “intoxicación” ubicando inicialmente 62 casos probables; posteriormente, se revisó la historia clínica para confirmar el evento y obtener la

información necesaria, confirmando 42 casos de intento de suicidio, los cuales conforman la población del presente estudio. Además, posterior al alta de dichos casos, 3 meses después (tiempo determinado por criterio de las autoras, basadas en los controles de psicología programados), se estableció comunicación telefónica con los padres o acudientes del paciente y se realizó una entrevista semiestructurada, para evaluar el seguimiento del tratamiento en psicología y psiquiatría.

En el HILA se ofrece el servicio de atención psicológica, mientras que para la atención psiquiátrica se solicita el servicio a un hospital mental de la ciudad de Pasto, trasladando al menor a esa institución durante su hospitalización. Para definir el diagnóstico desde el servicio de psicología se tienen en cuenta los criterios del manual de clasificación de trastornos mentales CIE 10 - criterios de la Organización Mundial de la Salud; y para el diagnóstico psiquiátrico se toma el dato por el profesional que atiende la remisión y consignado en el informe de la misma.

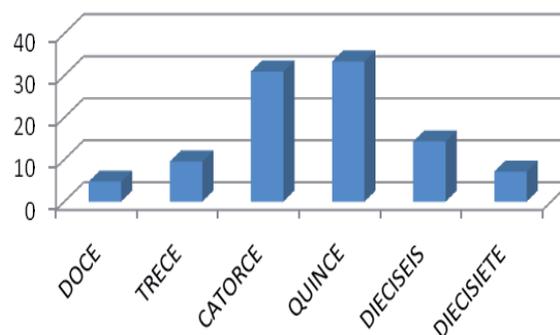
RESULTADOS

En relación con aspectos sociodemográficos, el 93% de la población atendida por intento de suicidio en el HILA, es de sexo femenino, confirmando que la población femenina tiene mayor riesgo para intento suicida.

En el gráfico 1 se presenta la edad de la población de estudio. El mayor porcentaje se encuentra entre los 14 y 15 años de edad con 31% y 33% respectivamente y el menor porcentaje se

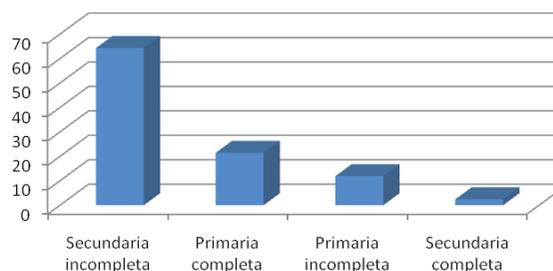
encuentra en las edades de 12 y 17 años con 5% y 7% respectivamente, lo cual ubica a la población estudiada en la etapa de la adolescencia, por tanto se hará referencia a la población como los adolescentes.

Gráfico 1. Edad de los adolescentes con intento de suicidio del Hospital Infantil los Ángeles – año 2007



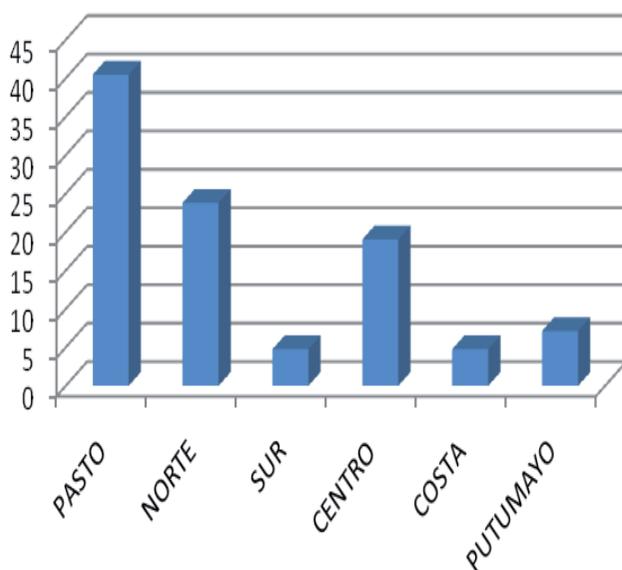
En cuanto a escolaridad, 65% tiene secundaria incompleta, 33% primaria completa e incompleta y tan solo un caso ha cursado secundaria completa. En el momento del evento tan solo 36% asistía a alguna institución educativa. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Escolaridad de los adolescentes con intento de suicidio



93% procede del departamento de Nariño y 7% del Departamento del Putumayo, destacándose que 40% es del municipio de Pasto (zona urbana y rural) y 53% pertenece a otras zonas del departamento de Nariño (Zona Norte y Centro principalmente). (Gráfico 3). 67% procede del sector urbano y 33% del sector rural.

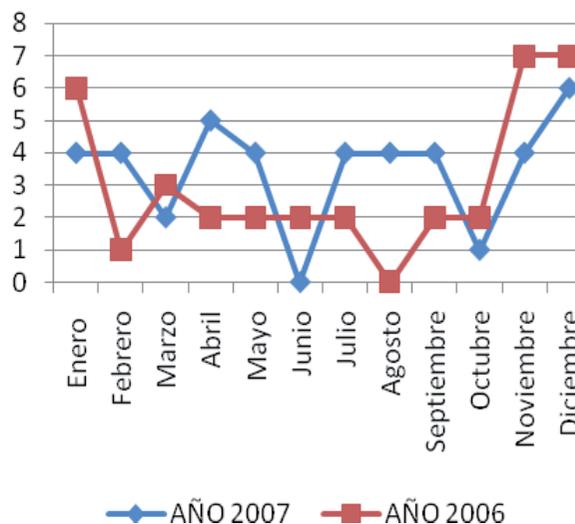
Gráfico 3. Lugar de procedencia los adolescentes con intento de suicidio



Características de los eventos

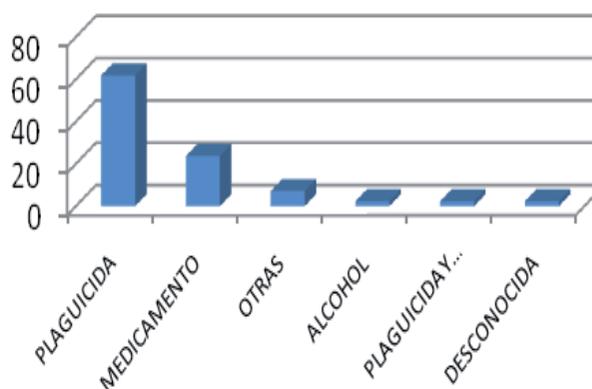
Durante el año 2007 se presentaron 42 casos, para un promedio de 3,5 eventos por mes. Los meses en los cuales se presentó el mayor número de eventos fueron diciembre (14%, 6 casos) y abril (12%, 5 casos) y comparado con el año 2006, según informe epidemiológico del HILA, se presentaron 36 casos en total y los meses de mayor frecuencia fueron noviembre (7%), diciembre (7%) y enero (6%). (Gráfico 4).

Gráfico 4. Mes de ocurrencia de los eventos de intento de suicidio



En el 100% de los casos se presentó intoxicación exógena, es decir, ingesta de alguna sustancia toxica, raticidas y plaguicidas en el 63% (26 adolescentes) o medicamentos en 24% (10), el otro 13% (6 eventos), se relacionó con sustancias como productos de limpieza, alcohol, combinación de plaguicida con otra sustancia y desconocida (Gráfico 5).

Gráfico 5. Sustancia utilizada por los adolescentes con intento de suicidio



En términos de atención hospitalaria, 17% (7 casos) ingresó y requirió únicamente servicios ambulatorios como urgencias y observación y el resto, (83%), necesitó hospitalización, incluyendo estancia en unidad de cuidados intensivos pediátrica (UCIP), con una permanencia promedio de 7 días. (Gráfico 6).

El factor desencadenante del intento de suicidio en 60% (25 casos), se relacionó con

conflictos familiares (peleas con sus padres o cuidadores), en 19% (8) con conflictos de pareja y en los casos restantes, lo precipitante fueron conflictos personales y maltrato infantil, entre otros. (Gráfico 6) Sólo en 10% (4) se registró antecedentes personales de consumo de alcohol, alcoholismo, farmacodependencia o trastorno psiquiátrico.

Gráfico 6. Factor desencadenante del intento de suicidio



Uso del servicio de psicología y de psiquiatría

Del total de casos, únicamente 19% (8) y 10% (4) recibieron atención psicológica y psiquiátrica previa al intento de suicidio. Durante su estancia

en el hospital, 83% (35 casos) recibió atención psicológica y 67% (28) fue remitido y atendido por psiquiatría en algún hospital psiquiátrico de la ciudad de Pasto. (Gráficos 7 y 8).

Gráfico 7. Atención psicológica previa y posterior de los adolescentes con intento de suicidio

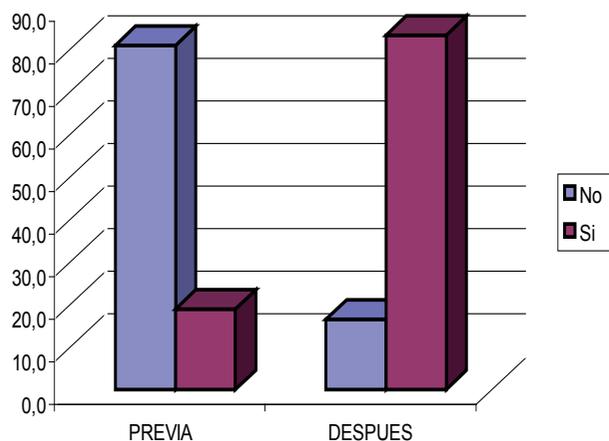
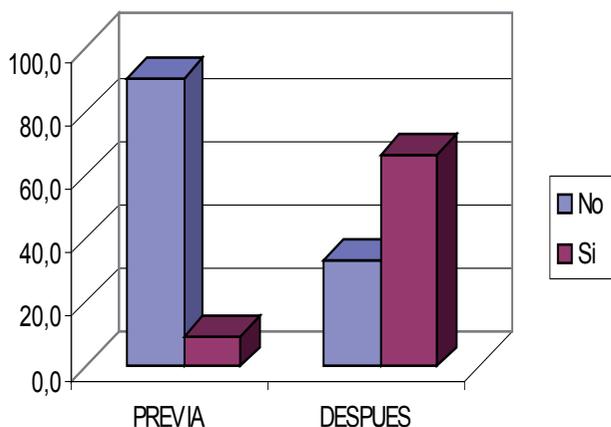


Gráfico 8. Atención psiquiátrica previa y posterior de los adolescentes con intento de suicidio



En la mayoría de casos, los diagnósticos identificados tanto desde la valoración psicológica como psiquiátrica, tienen que ver con trastornos del humor o afectivos según CIE 10 (en 57%) o trastornos del estado de ánimo según DSM IV (76%). (Tablas 1 y 2)

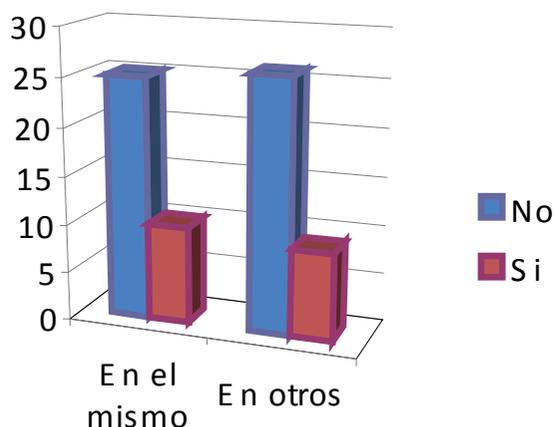
Tabla 1. Diagnóstico psiquiátrico de los adolescentes con intento de suicidio

Diagnostico Psiquiátrico	Frecuencia	%
Episodio depresivo mayor sin síntomas sicóticos	13	31
Trastorno depresivo mayor	11	26
No diagnóstico	2	5
Otros	2	5
No valoración	14	33
Total	42	100

Tabla 2. Diagnóstico psicológico de los adolescentes con intento de suicidio

Ambiente Familiar	Frecuencia	%
Padres separados o divorciados	15	42,85
Ninguno	4	11,42
Conflicto familiar	11	31,42
La menor vive sola	1	2,85
Perdida de padres en la infancia	4	11,42
Total	35	100

En evaluación psicológica se pudo confirmar que el 29%, tuvo un intento de suicidio previo y en el 9% hubo intentos de suicidio en personas cercanas, principalmente amigos y familiares (primos). Al hacer el cruce entre estas dos variables, 7% (3 casos) tuvieron los dos eventos de manera simultánea (Gráfica 9).

Gráfico 9. Intentos de suicidio previos en los adolescentes con intento de suicidio

Cuando se indagó acerca del ambiente familiar, 43% (15 casos) tiene padres separados, 31% (11) conflicto familiar, en 11% (4) se dio la pérdida de los padres en la infancia y una adolescente manifiesta vivir sola. Por otro lado, tan sólo 20% (7) admitió consumo de alcohol previo al evento (Tabla 3).

Tabla 3. Ambiente familiar de los adolescentes con intento de suicidio

Diagnostico Psicológico	Frecuencia	%
Episodio depresivo grave sin síntomas sicóticos	22	52
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas sicóticos.	10	24
Otros	3	7
No valoración	7	17
Total	42	100

En el 100% de los casos atendidos por psicología, se recomendó psicoterapia de apoyo en el HILA o

en otro lugar. Después del alta hospitalaria, 14% (5) asistió a controles programados en HILA y según seguimiento telefónico, 33% (14) asistió a psicología en su lugar de residencia; 21% (9) informó no acudir a cita con psicología; en el resto no fue posible contactar a la familia y en un caso se dio el fallecimiento de la víctima. En cuanto al seguimiento por psiquiatría 38% (16) asistió a controles y 17% (7) no lo hicieron.

DISCUSIÓN

Este trabajo tenía como objetivo caracterizar la población de pacientes atendidos en el Hospital Infantil Los Ángeles – HILA – de la ciudad de Pasto, que presentaron intentos de suicidio, durante el año 2007.

Así pues, se encontró que los intentos de suicidio ocurrieron en su mayoría en niñas, lo cual concuerda con investigaciones similares, como la de Castro en 2006 y Villalobos en el 2008, ^(6,7) posiblemente debido a que en nuestra sociedad, la mujer es menos sancionada culturalmente hablando, frente a las demostraciones de sentimientos como la rabia o agresividad, incluyendo el suicidio, lo cual haría más aceptable la presencia de intentos de suicidio en ellas. Por otro lado, existe la tendencia de las adolescentes a utilizar métodos más pasivos y menos letales que los adolescentes, ⁽⁸⁾ lo cual las convierte en población de riesgo para intento pero no para suicidio consumado. Finalmente, la razón mujer: hombre es de 13:1, similar a lo que se ha encontrado en otros estudios, por ejemplo en la encontrada en un estudio similar de un hospital general. ⁽⁹⁾

La edad promedio fue 14 años y la mayor parte de la población está en el rango entre 14 y 15 años, es decir, en la etapa evolutiva de la adolescencia. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, en dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 15 años y la tardía de 16 a 19 años. Es sobre todo en la primera etapa, desde el punto de vista psicosocial, donde el adolescente se ve enfrentado a las relaciones conflictivas con los padres y la necesidad de independencia, desencadenantes principales de este tipo de intentos de suicidio. Así mismo, se comprueba cómo el intento de suicidio es poco frecuente en preadolescentes, es decir menores de 10 años. ⁽¹⁰⁾

Al contrario que otras investigaciones, en el presente estudio la mayoría de los casos atendidos tienen algún grado de escolaridad, ⁽¹¹⁾ pero la mayoría no asiste a instituciones educativas en el momento del evento, lo cual puede implicar que la desescolarización o la deserción estudiantil, es un factor de riesgo para el intento de suicidio.

Aunque el HILA brinda sus servicios de salud al suroccidente colombiano y se atendieron casos provenientes de diferentes regiones del departamento de Nariño e incluso del departamento del Putumayo, el mayor porcentaje lo conforman los casos del municipio de Pasto, debido posiblemente a la facilidad de acceso y cercanía con el hospital. Le siguen los casos de municipios de la zona Norte del departamento de Nariño, actualmente caracterizada por la violencia social, hecho detectado en otros estudios similares a nivel de Colombia, donde se menciona que un gran porcentaje de casos de intento de suicidio se ha ubicado en lugares con altos índices de violencia, posiblemente debido a

la influencia social y a la cultura de “agresividad” de estas regiones. ⁽¹²⁾ Se destaca además, que la mayoría de los casos atendidos son procedentes de sectores urbanos, concordando con lo que sucede en Colombia, en donde el mayor número de suicidas vivía en áreas urbanas (66,01%), tendencia que es igual para hombres y mujeres. ⁽¹³⁾

En la totalidad de casos se trató de intoxicaciones exógenas, utilizando principalmente plaguicidas u órganos fosforados y medicamentos, lo cual concuerda con la literatura revisada, ⁽¹⁴⁾ especialmente en las mujeres. ⁽¹⁵⁾ En el HILA, durante el periodo de estudio, no se atendieron casos relacionados con el uso de armas cortopunzantes (cortes en muñecas o cuello por ejemplo) o métodos más letales (armas de fuego, lanzamientos o ahorcamientos).

La ausencia de casos en HILA por lesiones autoinfligidas por armas cortopunzantes puede explicarse debido a que son métodos menos letales, que pudieron ser atendidos en instituciones de primer nivel de atención, como centros de salud; respecto a los métodos más letales se puede pensar que su uso es poco frecuente en nuestro medio o las víctimas que los utilizaron, terminaron en un suicidio consumado, sin oportunidad de llegar a solicitar asistencia, situación que se ha presentado en investigaciones realizadas en otros hospitales. ⁽¹⁶⁾

Uno de los aspectos mayormente estudiados en investigaciones sobre el tema, es el factor desencadenante de los intentos de suicidio. Se corrobora lo encontrado en otras investigaciones, pues la mayoría son de tipo interaccional, es decir, las dificultades en las relaciones con la familia y con otros seres queridos como su pareja, ^(17,18) seguidos en prioridad por problemas personales

como las dificultades escolares y situaciones de maltrato infantil.⁽¹⁹⁾

Se encontró que predomina en el ambiente familiar, la desestructuración del tipo divorcio o separación de los padres⁽²⁰⁾ y el conflicto familiar tipo discusión verbal o agresión física.⁽²¹⁾ Esto permite plantear que la génesis del intento de suicidio radicaría en la interacción de factores psicológicos propios del menor, con su ambiente familiar, el cual actuaría como factor protector o como gatillo del intento de suicidio, sin dejar atrás la vivencia de eventos vitales negativos.⁽²²⁾

Los datos sobre el intento de suicidio previo en él mismo o en personas cercanas, demuestra cómo aunque esta conducta no se hereda genéticamente, es mucho más frecuente en familias en las cuales un miembro se ha suicidado (o por lo menos ha presentado alguna conducta suicida), lo que no solo aumenta el riesgo para los adolescentes, sino también para los otros miembros de la familia;⁽²³⁾ incluso el antecedente de intento de suicidio puede ser un factor de riesgo para futuros intentos o para el suicidio consumado.⁽²⁴⁾

Se ha reportado la presencia de alcohol en alrededor de un tercio de los suicidas y de abuso de sustancias psicoactivas en general (incluyendo el alcohol) hasta en la mitad de los casos.⁽²⁵⁾

Además, se ha evidenciado que el estar bajo el efecto del alcohol aumenta el riesgo de usar armas de fuego para cometer suicidios.⁽²⁶⁾ Igualmente se ha afirmado que el acceso al alcohol en adolescentes aumenta no solo la tasa de suicidios, sino también la tasa de muertes accidentales.⁽²⁷⁾ Contrario a esto, se encontró bajo uso de sustancias psicoactivas previas al

evento, lo cual implica al parecer, que es una decisión consciente, situación grave pues no se requiere el efecto de sustancias desinhibidoras del comportamiento para llevar a cabo la conducta autolítica e incluso permite inferir que la decisión está particularmente ligada a la “realidad” que en muchos casos se experimenta en la vida cotidiana.

Frente al uso de servicios de psicología o psiquiatría, los datos demuestran que un bajo número de adolescentes los utiliza cuando comienza la problemática y después de superada la emergencia del evento.⁽²⁸⁾

Al realizar entrevista semiestructurada como el seguimiento, de manera general se detectó que la escasa atención especializada se debe en parte a la resistencia del propio paciente a aceptar el problema por la presencia del estigma sobre “enfermedad mental”,⁽²⁹⁾ la falta de apoyo inmediato del grupo familiar, especialmente de padres o acudientes para seguir el tratamiento, e incluso, se puede pensar que los adultos responsables no logran comprender en toda su magnitud la gravedad del comportamiento suicida, bien sea por negación, sentimientos de culpa, temor a posibles repercusiones legales, etc.⁽³⁰⁾

Por otro lado, también puede presentarse esta baja utilización de servicios gracias a la falta de oferta de ellos en el medio hospitalario para el seguimiento del paciente con intento suicida. Finalmente está el desconocimiento que tienen los adolescentes y sus familias, sobre los servicios de salud a los cuales tienen derecho, así como de los trámites que exigen las Empresas Promotoras de Salud para autorizar servicios de salud mental.

En la mayoría de los diagnósticos tanto desde la valoración psicológica como psiquiátrica, se corrobora lo que empíricamente se ha demostrado en otras investigaciones, donde se plantea a la depresión como una de las principales variables ligada a la conducta suicida, con su múltiple sintomatología asociada: estado de ánimo triste, anhedonia, desesperanza en el futuro entre otras.^(31, 32, 33) Así, la depresión y la ideación suicida son indicadores que incrementan el riesgo suicida en los adolescentes.⁽³⁴⁾

A manera de conclusión, la conducta suicida está apareciendo en edades cada vez más tempranas, lo cual demanda acciones de promoción de la salud y prevención más efectivas. A partir de estos hallazgos, se recomienda enfatizar en los desencadenantes de este tipo de eventos, particularmente las relaciones intrafamiliares y sociales de los adolescentes, dado que el entorno se puede convertir en factor de riesgo o protección para la conducta suicida, razón por la cual se deberían realizar intervenciones, incluyendo a la familia en cada caso de intento de suicidio, y trabajar más en la promoción de habilidades sociales, especialmente de comunicación asertiva y en técnicas de solución de problemas.⁽³⁵⁾

En esta última, la investigación proporciona apoyo para la eficacia de este tipo de psicoterapia para tratar, no solamente problemáticas intrafamiliares, sino la depresión. La terapia de solución de problemas para la depresión representa un enfoque lógico, sistemático y razonablemente fácil de aprender, que se puede usar para ayudar a un amplio rango de pacientes en contextos psiquiátricos y no psiquiátricos.⁽³⁶⁾

Por otro lado, hay que dar especial énfasis a la relación directa encontrada y comprobada con

los trastornos de ánimo como la depresión y por ello, es importante la aplicación de instrumentos de tamizaje para la detección temprana y oportuna de adolescentes en riesgo suicida y de malestar emocional (depresión e ideación suicida), al igual que se necesita implementar mejores servicios de salud mental para niños/as y adolescentes.⁽³⁷⁾ En algunos estudios, los resultados obtenidos destacan a la autoestima como correlato protector de depresión y/o ideación suicida,⁽³⁸⁾ por tanto y desde los sectores familiar, educativo y comunitario, se debería promover programas que lo fortalezcan.

De otra parte, el amplio uso de sustancias (plaguicidas o medicamentos) de libre y o fácil adquisición, permite vislumbrar la necesidad de una política pública de mayor control en su venta y uso. Igualmente en lo referente al uso y abuso de alcohol u otro tipo de sustancia psicoactiva, pues se ha demostrado que incrementa el riesgo de conductas suicidas, particularmente en adolescentes.

Uno de los principales hallazgos en este estudio es que los 42 casos atendidos en los diferentes servicios de salud del Hospital, representan un alto nivel de costos económicos, principalmente por el uso de la Unidad de Cuidados Intensivos y, teniendo en cuenta que la mayoría de estos gastos son cubiertos con recursos nacionales y departamentales, debería ser esta una justificación suficiente para incentivar al mismo estado colombiano y a los gobiernos departamentales y municipales, a invertir más presupuesto en la prevención de este tipo de eventos.

Se debe además, formular un protocolo de atención integral e interdisciplinaria para este tipo de casos, que contemple en la atención médica

y especializada, la atención en salud mental, para hacer seguimiento después del egreso hospitalario y asegurar mejores condiciones de bienestar integral para el paciente, como una forma de prevención terciaria de la problemática suicida, con base en la búsqueda de estrategias de aproximación más adecuadas, que logren establecer un vínculo terapéutico sólido y permita la adherencia al tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a la doctora Doris Sarasty Gerente General y al doctor Mauricio Tupaz de la Rosa Gerente Científico del Hospital Infantil Los Ángeles, quienes permitieron y apoyaron la realización de la presente investigación, así como a todo el personal médico - asistencial por su colaboración. Al Doctor Fredy Hernán Villalobos Galvis Docente del Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño, por sus valiosos aportes académicos y personales.

REFERENCIAS

1. Drug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003. p. 201.
2. Cannetto SS, Lester D. Women and suicidal behavior. New York, NY: Springer; 1995 p 100.
3. World Health Organization (1997-1999). World Health Statistic Annual. Disponible en: URL: www.who.int/whosis consultado el 2 de febrero de 2007.
4. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Fundación FES – Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, p 45
5. Villalobos-Galvis F. Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto. Manuscrito enviado para publicación. 2008
6. Castro P, Orbegoso O, Rosales P. Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima 1995-2004. Perú. Revista Medica Salud Pública 23(4), 2006 p. 293.
7. Villalobos-Galvis F. Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto. Manuscrito enviado para publicación. 2008
8. Picazo M. La tentativa de suicidio en la adolescencia. Comunicación Psiquiátrica.1980; p 21.
9. Coronado-Santos S, Díaz-Cervera I, Vargas-Ancona L, Rosado-Franco A, Zapata-Peraza A, Díaz-Talavera S. Prevalencia del intento de suicidio en el servicio de urgencias del hospital general “Dr. Agustín O’Horán”, de enero de 1998 a diciembre de 2003. Revista Biomédica 2004; 15(4): 207-13.
10. Ulloa F. Prevención del suicidio en niños y adolescentes. Revista Chilena de Pediatría 1994; 65: 178-183.
11. Observatorio para la equidad y la integración social en Medellín. Colombia y Antioquia enfrentan los objetivos del milenio. 2005; 14, p 4.
12. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Op. Cit.

13. Taborda, R y Téllez – Vargas, J. El Suicidio en cifras. *Neurología, factores de riesgo y prevención* 2006; 24 p 41.
14. Duran D, Mazzotti G, Vivar A. Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencia de un hospital general. *Revista Neuropsiquiatría* 1999; 62(3-4): 226-41.
15. Gracia-Marco R y Rodríguez-Pulido, L. Epidemiology of suicide. En A. Seva (Ed.), *The European Handbook of Psychiatry and Mental health*. Barcelona, 1991. p20.
16. Ulloa F. Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría* 1993; 64: 272-6.
17. Marcelli D, Braconnier A. Las tentativas de suicidio. En: Marcelli D, Braconnier A. *Manual de psicopatología del adolescente*, Barcelona, Editorial Masson, 1986; 99-114.
18. Rona E, Wettlin F. Tentativas de suicidio en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría* 1986; 57: 227-230.
19. Jiménez J, Barron E, Pérez de Heredia J, Sastre M: Intentos de suicidio en la infancia. *Revista Española Pediatría* 1991; 47: 405-409.
20. Roberts R, Chen Y. Depressive symptoms and suicidal ideation among mexican-origin and anglo adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 81-90.
21. Pfeffer C: Suicidal behavior in children and adolescent: causes and mangement: In: Lewis M, (Ed) *Child and Adolescent Psychiatry a comprehensive Textbook*. Williams and Wilkins, Baltimore, USA, 1996: 666- 673.
22. Valdivia M, Schaub C, Diaz M. Intento de suicidio en niños: algunos aspectos biodemográficos. *Revista Chilena de Pediatría*. 1998. 69 (2); 64-67, p.2
23. Brent B, Koiko D. Suicide and suicidal behaviour in children and adolescents. En: Garfinkel B, ed. *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*, Philadelphia, Editorial Saunders Company, 1990; 372-391.
24. Lewinsohn, P, Roberts R, Seeley, J.R. y Rohde, P. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *J Abnorm Psychol*, 103(2), 302-315.
25. Rich C, Dhossche D, Ghani S, Isacson G. Suicide Methods and presence of intoxicating abusable substances: Some clinical and public health implications. *Annals of Clinical Psychiatry* 1998; 10(4):169-175.
26. Kohlmeier R, McMahan C, DiMaio V. Suicide by firearms. A 15-year experience. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2001; 22(4):337-340.
27. Sánchez, R, Orejarena, S y Guzmán, Y. Características de los suicidas en Bogotá: 1985 – 2000. *Revista de Salud Pública* 2004; 6, 217 – 234.
28. Casorla R: Suicidio e adolescencia. L. Incidencia, histórica de factores suicidogenos. *Revista Psiquiatría y Psicología*. 1979; 25: 288-295.
29. Castro P, Orbegoso O, Rosales P. Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima 1995-2004. Perú. *Revista Medica Salud Pública* 23(4), 2006 p. 293.
30. Campo G, Arturo Roa J, Pérez A, Salazar O, Piragauta C, López L, et al. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle. Cali. *Colombia Médica* Vol. 34 N° 1, 2003.
31. Runeson B, Mental disorder in youth suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79:490- 497.

32. Cheng, A. Mental illness and suicide. A case- control study in East Taiwan. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 594-603.
33. Wichstrom, L, Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(5), 603-610.
34. Birmaher B, Ryan N.D, Williamson D.E, Brent D.A, Kaufman J, Dahl R.E, et al. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, (1996). 35(11), 1.427-1.439.
35. Valadez-Figueroa I, González-Gallegos N, Amescua- Fernández R. El papel de la familia en el intento de suicida del adolescente. *Salud Pública Mexico* 2005; 47(1): 1-2.
36. Vázquez F. La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema* 2002. Vol. 14, nº 3, pp. 516-522
37. Desjarlais R, Eisenberg L, Byron G y Kleinman A. *World Mental Health. Problems and priorities in low-income countries*. Oxford: Oxford University Press. (1995).
38. González Forteza C, Ramos L, Caballero M y Echeagarray W. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema* 2003. Vol. 15, nº 4, pp. 524-532