

ARTÍCULOS ORIGINALES

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN INTENTOS DE SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Identification of risk factors in child and adolescent suicide attempts

MÓNICA E. BELLA¹, RUTH A. FERNÁNDEZ², JOSÉ M. WILLINGTON³

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: el suicidio es la tercera causa de muerte en la adolescencia y se estima que por cada adolescente que se suicida se producen entre 15 y 20 intentos no mortales. OBJETIVO: identificar los factores de riesgo de suicidio presentes en niños y adolescentes que se hospitalizan por intento de suicidio y evaluar como factores de riesgo las variables trastornos psicopatológicos y familiares (estructura y funcionamiento familiar). MÉTODO: estudio prospectivo, basado en entrevistas clínicas y tests a pacientes hospitalizados por intento de suicidio (n=41) en el Hospital de Niños de Córdoba y a sus padres, y comparado con grupo control. El análisis de los datos fue efectuado por análisis bivariado, multivariado y regresión logística múltiple. RESULTADOS: el 56,1% de los intentos de suicidio fue de sexo femenino y el 43,9% de sexo masculino, con una media de edad menor en varones ($p<0,001$). Los factores de riesgo psicopatológicos asociados al grupo con intento de suicidio fueron: intentos de suicidio previos y trastornos de conducta en los niños ($p<0,0006$), y los factores familiares: conducta suicida y trastornos de conducta, familia monoparental y relaciones de alto riesgo con el padre y madre ($p<0,0001$). Se detectaron factores protectores asociados al grupo control: ausencia de trastornos psicopatológicos en los niños, estructura familiar biparental y una buena comunicación con los padres ($p<0,0001$) (OR=15,00; IC: 4,47 – 50,30). CONCLUSIONES: los antecedentes de intentos de suicidio previos, trastornos de conducta y los cambios en la estructura y funcionamiento familiar de alto riesgo son factores de riesgo del suicidio infantojuvenil.

ABSTRACT. INTRODUCTION: suicide is the third cause of death in the adolescence. It was estimated that for each adolescent that commits suicide there are between fifteen and twenty non fatal attempts. OBJECTIVES: to identify risk factors present in children and adolescents hospitalized due to suicide attempt and to evaluate psychopathology disorder and family (family structure and functioning) as risk factors. METHOD: prospective study based on clinical interviews and test to 41 children and adolescents hospitalized in the Hospital de Niños de Cordoba due to suicide attempt and their parents, compared to a control group. Data were processed with bivariated and multivariated analysis and multiple logistic regression. RESULTS: 56.1% of suicide attempts were female sex and the 43.9% male sex. The average age was lower for males ($p<0.001$). Psychopathological risk factors associated to suicide attempt were: previous suicide attempt, conduct disorder ($p<0,0006$), and family factors: suicidal conduct, conduct disorder in relatives, mono-parental family and high risk relationship with father and mother ($p<0,0001$). Protective factors associated with the control group were: absence of psychopathological disorder, biparental structure family and good communication with parents ($p<0.0001$) (OR=15,00; IC: 4,47 – 50,30). CONCLUSIONS: the background of previous suicide attempt, conduct disorder and change in family structure and functioning are risk factors of suicide attempt.

PALABRAS CLAVE: Intentos de suicidio - Factores de riesgo - Trastornos psicopatológicos - Factores familiares - Jóvenes

KEY WORDS: Suicide attempt - Risk factors - Psychopathology disorder - Family factors - Youth

¹ Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba. Escuela de Salud Pública. Universidad Nacional de Córdoba (UNC).

² Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. UNC.

³ Facultad de Ciencias Médicas. UNC.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO:

Beca "Carrillo-Oñativia". Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.

FECHA DE RECEPCIÓN: 28 de diciembre de 2009

FECHA DE ACEPTACIÓN: 1 de abril de 2010

CORRESPONDENCIA A:

Mónica Bella

Correo electrónico: bellamonica@hotmail.com

Rev Argent Salud Pública, 1(3):24-29.

INTRODUCCIÓN

El suicidio ha existido siempre en la sociedad aunque la comprensión de este acto y de las variables que influyen en él ha cambiado con el tiempo, generando nuevas actitudes en los profesionales. Durkheim¹ realizó una importante contribución al señalar que el suicidio puede comprenderse en términos de la fuerza o debilidad de una sociedad para contener el comportamiento individual de las personas. Hasta 1970, los suicidios en niños y adolescentes menores eran considerados como hechos poco frecuentes y muchas veces quedaban catalogados como accidentes, intoxicaciones con medicamentos u otros diagnósticos.²

En la actualidad, el suicidio es la tercera causa de muerte en la adolescencia en Argentina y una de las causas de muertes violentas de mayor incremento. En el grupo etario de 10 a 24 años, se ha registrado un aumento de la tasa de suicidio

desde el 1,5 por 100.000 habitantes en 1991 hasta 6,1 en 2000, constituyéndose así en un grave problema de salud pública.^{3, 4, 5, 6} Las investigaciones muestran que la decisión de quitarse la vida podría evitarse si se detectasen los grupos de riesgo y se realizasen intervenciones de asistencia y contención oportunas, ya que muchas de las personas que se suicidan presentan trastornos mentales y no reciben tratamientos.^{7, 8, 9} Se reconoce que el suicidio es un fenómeno multicausal en el que se interrelacionan distintos factores biológicos, psicológicos y sociales, con diferente grado de correlación entre ellos. Dentro de los trastornos psicopatológicos reconocidos, se mencionan los trastornos del humor, de personalidad y de conducta, acordando que el factor de riesgo más importante para predecir nuevas conductas suicidas es la presencia de intentos de suicidio previos.^{8, 10, 11, 12} Por otra parte, con respecto a los factores de riesgo familiares y sociales identificados, se describe la presencia de enfermedades mentales y comportamientos suicidas en los familiares, así como violencia, abuso y negligencia, hogares monoparentales y disfunciones familiares graves.^{13, 14, 15, 16, 17}

Al ser el suicidio una causa de muerte violenta susceptible de prevención –se conoce que por cada persona que se suicida existen entre 15 y 20 intentos no mortales– es relevante identificar los factores de riesgo que determinan esta conducta. La mayor parte de las publicaciones acerca de la temática de intentos de suicidios infantojuveniles se refiere al grupo etario de los 15 a los 30 años, y se cuenta con pocos estudios en el área que hayan investigado al grupo menor de 16 años. En función de lo expuesto, el objetivo del presente trabajo fue: identificar los factores de riesgo de suicidio presentes en la población de niños y adolescentes que se hospitaliza por intento de suicidio en el Hospital de Niños de Córdoba y evaluar como factores de riesgo a las variables trastornos psicopatológicos categorizados por la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) y a las variables familiares estructura y funcionamiento familiar. El mencionado hospital es el centro provincial de mayor complejidad para derivación en pediatría y psiquiatría infantil.

MÉTODO

El estudio fue observacional, analítico y prospectivo. Se efectuó en base a entrevistas clínicas semiestructuradas, registros clínicos y a la realización del *test* denominado *Cómo es tu-su familia* a los niños y adolescentes hospitalizados por intento de suicidio en el hospital y a un grupo control durante el período 2006-2007. La recolección de datos fue efectuada por dos médicos especialistas en Psiquiatría acreditados por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), que siguieron los criterios de la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁸ Los resultados obtenidos se registraron en una ficha clínica diseñada especialmente para esta investigación, en la que se consideraron las siguientes variables: caracterización sociodemográfica, antecedentes psicopatológicos individuales y familiares, trastorno mental y del comportamiento en curso, según CIE-10.

La participación en el estudio de los niños y adolescentes y de sus padres o tutores fue voluntaria y se les explicó verbalmente el motivo de la investigación y la metodología a utilizar. En todos los casos la conformidad de participación en la investigación fue certificada mediante la firma del consentimiento informado.

El grupo con intento de suicidio estuvo conformado por 41 niños y adolescentes hospitalizados por esta causa. Las entrevistas clínicas se realizaron en el 100% de los casos y el *test* se administró al 85% de los pacientes. En seis niños no se pudo realizar por fuga del hospital o por negativa de los padres.

El grupo control estuvo conformado por 41 niños y adolescentes que consultaron en el servicio de Medicina del Deporte del hospital durante el período 2006-2007 y que cumplían con los criterios de inclusión establecidos. Dichos criterios fueron: edad comprendida entre los 8 y 17 años y no estar hospitalizado al momento de realización del estudio.

La caracterización sociodemográfica, de la estructura y del funcionamiento familiar se realizaron con el *test Cómo es tu-su familia*, un instrumento validado en Argentina.²¹ El mismo permitió evaluar los siguientes aspectos: situaciones difíciles, funcionamiento familiar, comunicación y grado de conexión con el padre, madre y la familia extensa. Las preguntas se reagruparon en dos factores, el Factor Uno, sobre comunicación con el padre, y el Factor Dos, referido a la comunicación con la madre y la familia extensa. Ambos tienen una puntuación preestablecida cuya suma permite obtener los niveles de riesgo de los factores y clasificarlos en tres categorías: Alto Riesgo (AR), Riesgo (R) y No Riesgo (NR).

El procesamiento estadístico de los datos obtenidos a partir de la ficha clínica y de la aplicación del *test* se efectuó como análisis bivariado y multivariado. El procedimiento utilizado para analizar la frecuencia de las variables nominales fue de datos categóricos, obteniéndose la razón de riesgo y los intervalos de confianza (IC), y para el análisis de las variables mensurables se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA). En todos los casos se estableció un nivel de significación de $p < 0,05$.

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC y por el Comité Institucional de Ética de Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

RESULTADOS

El 56,1% de los niños y adolescentes con intento de suicidio pertenecían al sexo femenino y el 43,9% al masculino. El rango de edad fue de 8 a 17 años, observándose una diferencia significativa entre las media de edad de los varones ($\bar{x}=12,11 \pm 0,53$ años) y la de las mujeres ($\bar{x}=13,57 \pm 0,33$ años) ($p < 0,001$). El grupo control estaba constituido en un 56% por el sexo femenino y en un 44% por el masculino y sus medias de edad fueron similares.

El 100% del grupo con intento de suicidio presentó antecedentes psicopatológicos, a diferencia del 17% del grupo control. Los antecedentes más prevalentes en el grupo con intento de suicidio fueron: 49% trastornos de conducta (código

CIE-10 F91), 32% intentos de suicidio previos (X61) ($p < 0,0001$), 22% adicciones, las más frecuentes consumo de alcohol y marihuana (F10) ($p < 0,001$), y el 10% trastornos del aprendizaje (F81) ($p < 0,05$). Otros antecedentes detectados fueron: 20% violencia intrafamiliar (T74), 12% trastornos del humor (F32), 7% abuso sexual (T74.2), 5% trastornos de la alimentación (F50) y 2% psicosis (F20). En el grupo control no se observaron antecedentes de intentos de suicidio, trastornos de conducta, adicciones, trastornos psicóticos y abuso sexual, pero si un 7% de trastornos de ansiedad (F41).

A partir del análisis se observó que respecto a los antecedentes psicopatológicos individuales, el grupo con intento de suicidio presentó las siguientes variables predictoras de riesgo de repetir esta conducta: intentos de suicidio previos, trastornos de conducta ($p < 0,0001$), consumo de sustancias ($p < 0,001$) y trastornos del aprendizaje (F81) asociados con trastornos de conducta ($p < 0,05$) (ver Gráfico 1). Cuando se analizó al grupo de riesgo con antecedentes de intentos de suicidio, se encontró que el 69,23% de los casos no estaba en tratamiento.

En el grupo con intento de suicidio la presencia de trastornos psicopatológicos en los familiares mostró los siguientes resultados: 64% antecedentes y/o intentos de suicidios ($p < 0,0001$), 51% depresión ($p < 0,006$), 44% violencia intrafamiliar ($p < 0,05$) y 13% trastornos de conducta ($p < 0,006$), expresándose estos antecedentes familiares como significativos. Otros de menor prevalencia fueron: adicciones, abuso sexual y trastornos de ansiedad. En los familiares del grupo control los antecedentes psicopatológicos mostraron: 19,51% suicidio y/o intento de suicidio; 21,95% depresión; 29,27% adicciones; 19,51% violencia intrafamiliar; 19,51% trastornos de ansiedad, 9,76% abuso sexual y 4,88% trastornos psicóticos.

Además, a partir de los análisis realizados se observaron que los trastornos de conducta (F91) en los niños y adolescentes ($p < 0,0006$) y la presencia en los familiares de antecedentes de intentos de suicidio y suicidio (FFX61) ($p < 0,004$) y de trastornos de conducta (FF91) ($p < 0,01$) se expresaron como

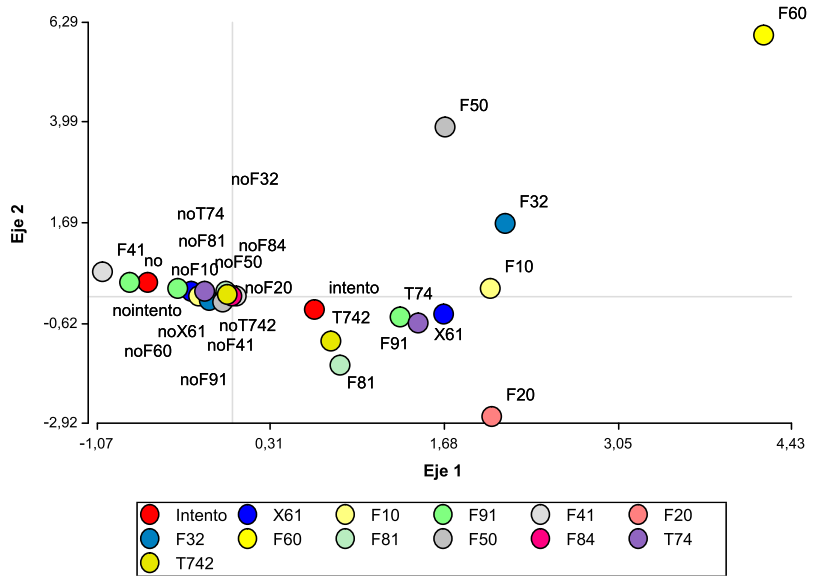


GRÁFICO 1. Análisis Multivariado de antecedentes psicopatológicos individuales en el GIS y GC en el Hospital de Niños de Córdoba. Intento: intento de suicidio, nointento: no intento de suicidio; X61: intento de suicidio previo; F32: depresión; F10: consumo de sust. adictivas; F91: T. de conducta disocial; F41: T. de ansiedad; F20: psicosis; F60: T. de peronalidad; F 81: T de aprendizaje; F50: T. alimentación; F84: T del aprendizaje; T74: violencia intrafamiliar; T74.2: abuso sexual.

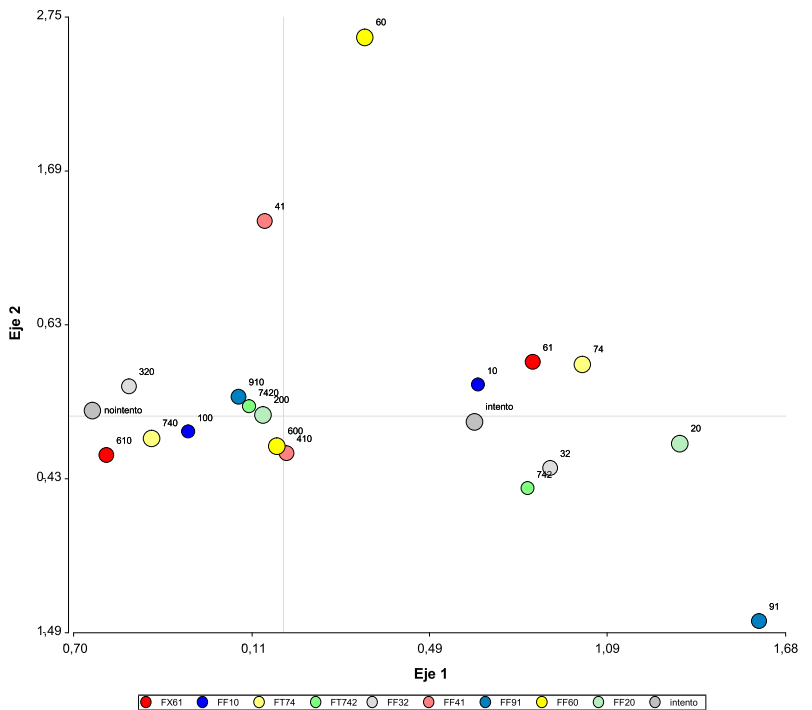


GRÁFICO 2. Análisis Multivariado respecto a la presencia de antecedentes psicopatológicos individuales y familiares en el grupo con intento de suicidio y en el grupo control registrados en el Hospital de Niños de Córdoba. Intento: intento de suicidio; nointento: no intento de suicidio; X61: I. de suicidio; F91: T. de conducta ($p < 0,0006$), FX61: intento de suicidio familia ($p < 0,004$) y F91: T. de conducta familia (0,01).

factores asociados a repetir la conducta suicida en los niños y adolescentes (ver Gráfico 2).

También se encontró que los trastornos mentales diagnosticados a los niños o adolescentes asociados al intento de suicidio actual fueron los siguientes: trastornos del humor (36,59%) (con mayor frecuencia: depresión 29,27% y trastorno bipolar 7,32%), trastornos de conducta disocial (21,95%), trastornos de la personalidad –límite e histérico– (17,07%), psicosis (4,88%) y trastornos de la crianza del niño (disfunción familiar) 20,14% (ver Tabla 1).

En relación a la estructura y el funcionamiento familiar, el test mostró que la estructura familiar prevalente en el grupo con intento de suicidio fue la monoparental materna en el 54,29% de los casos ($p < 0,006$), seguida por la monoparental paterna (14,29%), la biparental (8,57%) y otras estructuras familiares. En cambio, en el grupo control, la familia biparental se expresó como la estructura más frecuente en el 70% de los casos ($p < 0,006$), el 12,50% familia monoparental materna y otras estructuras familiares (ver Gráfico 3).

El instrumento también permitió obtener información relacionada con el ejercicio de la autoridad en la familia. En el caso del grupo con intento de suicidio los resultados fueron: 49% autoridad monoparental materna ($p < 0,0001$), 15% autoridad biparental, 6% paterna, 12% otra persona (abuelos, hermanas), 9% la autoridad variaba entre miembros de la familia, 6% madre y otros familiares y 3% madre y pareja. Por su parte, el grupo control presentó las siguientes cifras: 73% biparental ($p < 0,0001$), 17% la madre y 10% otras modalidades. El análisis comparativo entre los dos grupos respecto a "quién manda en la familia" mostró que no tener a ambos padres como figura de autoridad genera 15 veces más riesgo de cometer intento de suicidio (OR=15,00; IC: 4,47 – 50,30) ($p < 0,0001$) en el grupo con intento de suicidio que en el grupo control.

Con respecto a la comunicación con el padre (Factor Uno), el grupo con intento de suicidio mostró que el 46% de los casos correspondía a una comunicación de alto riesgo (AR) ($p < 0,0001$), el

TABLA 1: Distribución por Trastorno Mental y del Comportamiento diagnosticado en los niños y adolescentes hospitalizados por intentos de suicidio (CIE-10)

| Trastornos mentales en curso durante intento de suicidio | Frecuencia de presentación | |
|--|----------------------------|----|
| | % | N |
| Psicosis | 4,88 | 2 |
| Trastorno Bipolar | 7,32 | 3 |
| Depresión | 29,27 | 12 |
| Trastorno de Conducta Disocial | 21,95 | 9 |
| Trastorno de la Personalidad | 17,07 | 7 |
| Trastornos relacionados con la crianza del niño | 20,14 | 8 |

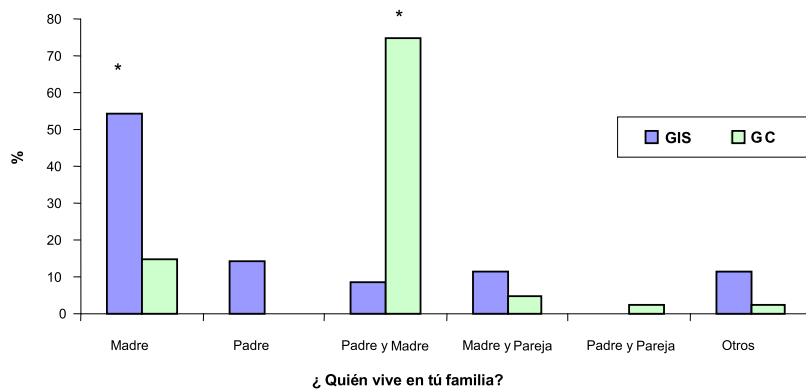


GRÁFICO 3. Nivel de frecuencias observadas de la pregunta "¿Quién vive en tu familia?", correspondiente a la implementación del test "Cómo es tu-su familia", en el GIS y GC del Hospital de Niños de Córdoba (* $p < 0,006$).

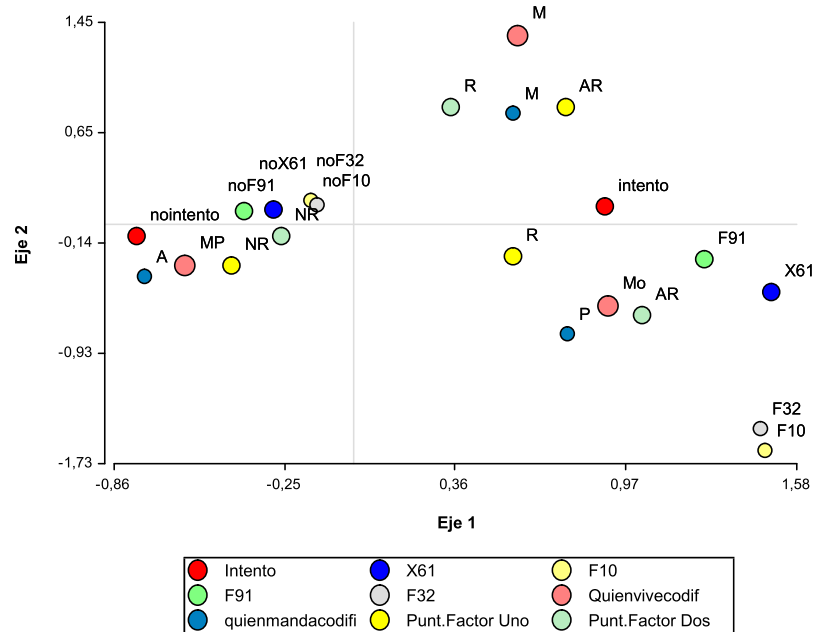


GRÁFICO 4. Análisis Multivariado de los antecedentes psicopatológicos individuales, familiares y del test "Como es tu-su familia", respecto a la presencia de intento o no intento de suicidio infantojuvenil. Intento: grupo con intento de suicidio, noIntento: grupo control; F 91: trastornos de conducta; X61: intentos de suicidio previos; F32: depresión; F10: consumo de sustancias; Quienvivecodif: estructura familiar; Quienmandacodif: ejercicio de autoridad en la familia; Factor Uno: comunicación con el padre; Factor Dos: comunicación con la madre.

14% de riesgo (R) y el 40 % de no riesgo (NR). En el grupo control se encontró: el 10% de AR, el 10 % de R y el 80% de NR. El análisis de la frecuencia del Factor Uno reflejó que el grupo con intento de suicidio presentó un AR superior al del grupo control ($p < 0,0001$).

La comunicación con la madre y la familia extensa (Factor Dos) expresó en el grupo con intento de suicidio un 17,14% de AR, 25,71% de R y 57,14% de NR. En el grupo control se encontró una comunicación con la madre de AR en el 7,32% de los casos, de R en el 9,76% y de NR en el 82,93%.

Para identificar las variables predictoras de riesgo de intentos de suicidio se combinaron todas las que presentaron valor de $p < 0,05$ y se analizaron con regresión logística y análisis multivariado. Los resultados indicaron que se asocian al grupo con intento de suicidio los antecedentes psicopatológicos de trastornos de conducta en los niños, la comunicación con el padre de AR y R, la comunicación con la madre de AR y el grupo de convivencia de la familia constituido por la madre y otros adultos (ver Gráfico 4).

Por otra parte, el grupo de variables que se expresaron como factores protectores asociados al grupo control, como la no presencia de antecedentes psicopatológicos de intentos de suicidio y trastornos de conducta en los niños y adolescentes, la estructura familiar biparental, la jerarquía y autoridad ejercida por ambos padres y la comunicación con el padre y con la madre de NR.

DISCUSIÓN

La realización de estudios en los niños y adolescentes que no alcanzan el grado de suicidio consumado permite conocer los factores de riesgo presentes en estos cuadros clínicos y desarrollar acciones preventivas para esta población.

Los resultados obtenidos en el presente estudio con respecto a la distribución por género reflejan valores aproximados entre los sexos, aunque muestran una mayor prevalencia en el sexo femenino, lo cual coincide con la bibliografía.^{3,4} Un resultado a señalar es la media de edad más baja encontrada para el sexo masculino, lo que hace necesario profundizar en las causas que lo generan.

Durante mucho tiempo, las conductas suicidas infantojuveniles fueron desestimadas y asociadas a malos comportamientos o expresiones reactivas frente a situaciones familiares conflictivas. Esta interpretación llevó a postergar la comprensión de los diferentes factores que intervienen en la salud mental de este grupo etario, entre ellos la influencia que tienen los trastornos mentales. Precisamente, uno de los hallazgos destacables es la elevada frecuencia de antecedentes psicopatológicos y trastornos mentales en curso en el grupo con intento de suicidio, entre los que se encontraron como más frecuentes los intentos de suicidio previos y los trastornos de conducta y del humor. Además, los cuadros psicopatológicos identificados como factores de riesgo para repetir nuevamente una conducta suicida coinciden con lo expresado en otros estudios.^{2, 13, 20, 21}

Otros antecedentes psicopatológicos detectados, como el consumo de sustancias (alcohol y marihuana), la violencia intrafamiliar y el abuso sexual, también representan cuadros

clínicos de importancia. Los resultados obtenidos coinciden con las investigaciones que refieren una mayor gravedad en los cuadros clínicos que se asocian a las conductas suicidas infantojuveniles en las últimas décadas, y un aumento de la prevalencia de patologías como los trastornos del humor y el consumo de sustancias en edades más tempranas de la vida.^{12, 20, 21, 22, 23}

Con respecto a los trastornos mentales detectados, se debe destacar la baja proporción de tratamientos previos en psiquiatría o psicología que recibían los niños y adolescentes, aun cuando muchos de ellos tenían intentos previos de suicidio. Esta situación expone una problemática de la salud y de modo particular de la salud mental infantojuvenil, ya que refleja las dificultades que manifiestan las personas adultas en asumir la presencia de las enfermedades mentales en la infancia, lo que posterga la realización de consultas que permitan diagnósticos y tratamientos más oportunos. Entre las causas hipotéticas de la demora en la consulta por trastorno mental en la infancia estarían la estigmatización social de estas patologías y la postergación en las políticas de educación en salud que aún hoy presentan las enfermedades mentales de la infancia.^{9,20,24} También es probable que muchos de los síntomas clínicos en esta etapa de la vida (tales como irritabilidad o conducta oposicionista entre otros) sean considerados erróneamente por los padres, educadores y profesionales como simples malos comportamientos, minimizando la gravedad de la situación.

Por otra parte, con respecto a las variables familiares detectadas, se confirmó que la presencia de conductas suicidas y trastornos mentales, como los trastornos de conducta, se asocian más a los familiares del grupo con intento de suicidio.^{2,19,20,21}

El análisis permitió identificar como factores de riesgo de repetir nuevos intentos de suicidio al intento de suicidio previo y a los trastornos de conducta de los niños y adolescentes. Y como factores de riesgo dentro de las variables familiares, a las conductas suicidas y trastornos de conducta de los familiares, a la familia monoparental, a la autoridad ejercida por la madre y otros y a la comunicación con el padre y con la madre de alto riesgo.

Del mismo modo, es de señalar el grupo de factores detectados como protectores, que para los trastornos psicopatológicos individuales fueron ausencia de intento de suicidio, de consumo de sustancias y de trastornos de conducta en los niños y adolescentes, y para las variables familiares, la familia biparental y una buena comunicación familiar con el padre y con la madre. Por otra parte, el comportamiento descrito en el grupo con intento de suicidio respecto a las variables estructurales y funcionales de la familia, da cuenta de que los procesos de salud y enfermedad de las personas son dinámicos y muestra que muchos son los factores que intervienen en ella, por lo que queda nuevamente establecida y demostrada la estrecha interrelación que existe entre lo biológico y lo ambiental (familia) y la importancia que tiene identificar los factores de riesgo coincidiendo con lo descrito en la bibliografía.^{9, 10,14, 16, 17, 20}

El impacto emocional que provoca el suicidio es grande, más significativo es aún si la persona involucrada es un niño

o adolescente. De ello deriva la necesidad de identificar los factores de riesgo y los factores protectores de intentos de suicidio infantojuvenil con una mirada de la salud integral biopsicosocial, y de este modo planificar y desarrollar programas de intervención en las poblaciones vulnerables para promover conductas más saludables. A partir de los resultados obtenidos de la investigación, se confirma la importancia que tiene la presencia de los trastornos mentales en los niños y adolescentes y en sus familias, y de igual relevancia son los cambios en la estructura y funcionamiento familiar que se encuentran en las actuales familias.

La infancia y la adolescencia son etapas de grandes cambios y transformaciones en el desarrollo biológico, afectivo, cognitivo y social y, por lo tanto, de vulnerabilidad. Por esta razón requieren de especial atención y cuidado. Dado que son pocos los estudios epidemiológicos en la población infantojuvenil en Argentina es necesario promover nuevas líneas de investigación y acción para asegurar su salud mental y evitar consecuencias que comprometan su vida.

RELEVANCIA PARA LAS POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Es necesario investigar el incremento de las conductas suicidas en la población infantojuvenil, en tanto que

éstas constituyen un problema de salud pública para Argentina. La identificación de los grupos de riesgo, como los jóvenes con antecedentes de intentos de suicidio, y de los factores de riesgo que facilitan estas conductas suicidas, como los trastornos mentales y la estructura y funcionamiento familiar de riesgo detectados en este estudio, permitirá planificar intervenciones más oportunas y evitar consecuencias de mayor gravedad como la discapacidad o la muerte.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Es importante promover la formación en psiquiatría infantil entre profesionales de la salud y de la educación, ya que en la actualidad es escasa. Los resultados de este estudio muestran que, por una parte, es necesario capacitar a profesionales para detectar los trastornos mentales y del comportamiento, y por la otra, desarrollar programas de educación en la comunidad que permitan reconocer las características sintomáticas de las enfermedades mentales infantojuveniles para diagnosticarlas y tratarlas a tiempo. Detectar oportunamente las enfermedades mentales es una prioridad de salud pública, ya que constituyen una importante causa de discapacidad en edades tempranas de la vida.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Durkeheim E. *El suicidio*. Losada: Buenos Aires, 2004. pp:300-322.
- ² Pfeffer CR, Shaffer D. Parámetros prácticos para la evaluación de niños y adolescentes con comportamiento suicida. *Rev de Psiquiatría de Uruguay*. 2001. 65 (2):146-188.
- ³ Vuegen S. Salud de la población adolescente en la Argentina. *Rev Archivos Argentinos de Pediatría*. 2003; 101:491-494.
- ⁴ Serfaty E, Foglia L, Masáutis A, Negri G. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de 10-24 años. Argentina 1991-2000. *Vertex*, 2007, pp:40-48.
- ⁵ Duarte CS, Bordin I, Paula CS, Hoven CW. Conductas suicidas en adolescentes brasileños: análisis exploratorio de prevalencia y factores de riesgo. *Rev Psiquiatría y Salud Integral*. 2002; 2(4):32-37.
- ⁶ Casullo M. Ideaciones y comportamientos suicidas. En: Casullo M, Bonaldi PD, Fernández Liporace M. *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Editorial Lugar: Buenos Aires, 2006. pp:11-48
- ⁷ Shaffer D. The epidemiology of teen suicide: an examination of risk factors. *J Clin Psychol*. 1988; (49):36-41.
- ⁸ Groholt, Oivind E. Suicide among children and younger and older adolescent in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. 1998; 37(5):473-481.
- ⁹ Organización Mundial de la Salud 2001. *Informe de la salud en el mundo: salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, 2001. pp:33-40
- ¹⁰ Shaffer D, Gould M, Fisher P. Psychiatry diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; (53):339-348.
- ¹¹ Shaffer D, Gould M. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. 1998; 37(9):915-923.
- ¹² Spirito A, Valeri S, Boergers J, Donaldson D. Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2003; 32(2):284-289.
- ¹³ Bella ME, Fernández AR, Acevedo G, Willington JM. Análisis sociodemográfico y psicopatológico en intentos de suicidio infanto-juveniles. *Vertex*. 2008; (78):10-15.
- ¹⁴ Cerel J, Roberts TA. Suicidal behavior in the family and adolescent risk behavior. *J Adolesc Health*. 2005; 36(4):352-359.
- ¹⁵ Pfeffer CR, Normandin L, Kakuma T. Suicidal children grow up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. 1994; (33):1087-1097.
- ¹⁶ Prinstein MJ, Boergers J, Spirito A, Little TD, Grapentine WL. Peer functioning, family dysfunction and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent inpatients suicidal ideation severity. *J Clin Psychology*. 2000; 29(3):392-405.
- ¹⁷ Melhem N, Brent D, Ziegler M, Iyengar S. Familial pathways to early-onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 2007; (164):1364-1370.
- ¹⁸ Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10*. Ginebra.
- ¹⁹ Hidalgo C, Carrasco E. *Salud familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria*. Ed. Universidad Católica de Chile: Santiago, 1999. pp:45-85.
- ²⁰ Olsson M, Gamaroff M, Marcus S, Greenberg T, Shaffer D. National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *Am J Psychiatry*. 2005; (162):1328-1335.
- ²¹ Vairo C, Ruiz M, Blanco F, Matusевич D, Finkelsztein C. Adolescentes y comportamiento suicida. Factores de riesgo. *Vertex*. 1999; (14):179-189.
- ²² Bella ME, Fernández AR, Willington JM. La depresión y los trastornos de conducta son las patologías más frecuentes en los intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Arch Arg Ped*. 2010; 108(2):124-129.
- ²³ Miranda R, Scott M, Hicks HC, Harris M, Shaffer D. Suicide attempt characteristics, diagnoses and future attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47(1):32-40.
- ²⁴ Henderson C, Thornicroft G. Stigma and discrimination in mental illness: Time to change. *The Lancet*. 2009; June 6:373-375.