


Artículo original
Cuando el intento de suicidio es cosa de niños

Rafael Vásquez-Rojas^{a,*} y Margarita Quijano-Serrano^b
^a Psiquiatra de niños y adolescentes, profesor titular del Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

^b Residente de tercer año de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO
Historia del artículo:

Recibido el 2 de noviembre de 2013

Aceptado el 28 de noviembre de 2013

On-line el 2 de abril de 2014

Palabras clave:

Intento de suicidio

Niños

Adolescentes

R E S U M E N

Introducción: El intento de suicidio en niños es un tema preocupante y doloroso para los pacientes, sus familias y tratantes. La literatura médica provee poca información acerca de los pacientes menores de edad que intentan suicidarse, posiblemente debido a que existe un subregistro de esta condición como diagnóstico; o a que en ocasiones se considera que el intento de suicidio es una manera del menor de llamar la atención.

Objetivo: Mostrar la experiencia del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional en el Hospital de la Misericordia, desde el 2003 hasta el 2013.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional, con la revisión de 213 casos de menores de edad atendidos por intento de suicidio en el Hospital Infantil de la Misericordia desde el 1 de enero de 2003 al 31 de octubre de 2013, que recibieron atención intrahospitalaria o por consulta externa en el servicio de Psiquiatría Infantil.

Resultados: Se realizó una revisión de los diagnósticos, el número de intentos de suicidio, los meses de mayor consulta por este motivo y los métodos; así como una descripción detallada del grupo de pacientes menores de 12 años y de aquellos a los que se logró hacer seguimiento por consulta externa.

Conclusión: El paciente promedio es una adolescente que se intoxica con medicamentos. Lo más frecuente es que los pacientes no regresen a seguimiento por consulta externa. Los que se han seguido tienen psicopatologías múltiples y un nivel de sufrimiento alto. Los métodos usuales, aparte de la intoxicación medicamentosa, son el ahorcamiento y el lanzamiento desde alturas. Los pacientes menores de 12 años generalmente presentan el primer intento y el método es la intoxicación medicamentosa. Hay un predominio de trastorno de ansiedad y depresión, con una fuerte asociación con disfunción cognitiva como factor de vulnerabilidad.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ravasquezr@unal.edu.co (R. Vásquez-Rojas).

When a Suicide Attempt is Kid's Stuff

A B S T R A C T

Keywords:

Attempted suicide
Child
Adolescents

Introduction: Attempted suicide in children and adolescents is a disturbing and painful issue for patients, their families and physicians. Current medical literature provides little information about minors who attempt suicide, possibly because there is under-reporting of this condition as a diagnosis, or maybe because it is sometimes considered as a way for the child to draw attention.

Objective: To present the experience of the Department of Psychiatry (Universidad Nacional de Colombia) at the Hospital Infantil de La Misericordia, from 2003 to 2013.

Methods: An observational retrospective study was conducted by reviewing 213 cases of children and adolescents treated for attempted suicide at the Hospital Infantil de La Misericordia from January 1, 2003 to October 31, 2013, and who received hospital or outpatient care in Child Psychiatry.

Results: A review was performed of the diagnosis, the number of suicide attempts, the peak months of consultation for this reason, and the methods selected, as well as a detailed description of the group of patients under 12 years old, and those managed with outpatient follow-up.

Conclusion: The average patient is a female teenager who becomes intoxicated with drugs. Most often, patients do not return to outpatient follow-up. Those with follow-up have multiple psychopathologies and a high level of suffering. The most common methods, other than poisoning by drugs, are hanging and jumping from heights. Patients under 12 years old generally have their first attempt by drug poisoning. There is a predominance of anxiety disorder and depression, with a strong association with cognitive dysfunction, as a vulnerability factor.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El intento de suicidio en niños es un tema preocupante y doloroso para el paciente, la familia y los médicos, pues constituye una transgresión a la concepción generalizada de la infancia como una etapa libre de preocupaciones, responsabilidades y dificultades graves¹.

La literatura médica provee poca información acerca de los pacientes menores de edad que intentan suicidarse, posiblemente debido a que existe un subregistro de esta condición como diagnóstico^{2,3}; o a que en ocasiones se considera que el intento de suicidio es una manera del menor de llamar la atención, desconociendo y menospreciando la situación de que en realidad es un síntoma de la sumatoria de múltiples conflictos subyacentes⁴⁻⁶. Dentro de los datos disponibles, se describe un prototipo de una niña adolescente que comete su primer intento de suicidio intoxicándose con medicamentos^{7,8}.

El objetivo de este artículo es mostrar la experiencia del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional en el Hospital de la Misericordia, desde el 2003 hasta el 2013. Las preguntas que se responden en esta revisión son: ¿cuál es el prototipo de paciente que consulta? ¿Qué sucede después del intento? ¿Qué trastornos psiquiátricos padecen los pacientes que se pueden atender en la consulta externa? ¿Cuáles son algunas características de los pacientes que intentan el suicidio con métodos distintos de la intoxicación por medicamento? ¿Los pacientes menores de 12 años tienen algunas particularidades?

Metodología

Se realizó un estudio retrospectivo observacional, al revisar 213 casos de menores de edad atendidos por intento de suicidio en el Hospital Infantil de la Misericordia desde el 1 de enero de 2003 al 31 de octubre de 2013, que recibieron atención intrahospitalaria o por consulta externa en el servicio de Psiquiatría Infantil. La información fue obtenida de la historia clínica del hospital y el registro del servicio de Psiquiatría Infantil.

Resultados

En los 10 años que se analizaron, se atendió un total de 213 pacientes, de los cuales el 74% (n = 158) eran mujeres y el 26% (n = 55) eran hombres. El rango de edad variaba de los 6 a los 18 años, con una media de edad de 13 años.

Diagnósticos

Se observaron 93 casos con diagnóstico de trastorno de ansiedad, 89 tenían diagnóstico de trastorno depresivo, 37 con déficit cognitivo, 16 casos de trastorno obsesivo compulsivo, 16 con diagnóstico de trastorno oposicional desafiante, 14 de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 10 casos de fobia social, 4 con trastorno del vínculo, 5 presentaban alguna condición médica grave o crónica asociada (hemofilia,

Tabla 1 – Impresión diagnóstica de urgencias y número anual de pacientes atendidos por intento de suicidio de los pacientes que consultaron al HOMI entre el 2003 y el 2013

Impresión diagnóstica	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	Total
Trastorno de ansiedad	11	8	20	8	4	8	18	7	3	3	3	93
Trastorno depresivo	5	5	11	3	3	2	22	12	13	7	6	89
Déficit cognitivo	7	7	12	2	3	2			1	2	1	37
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	3	4	1		2	2	4	1				17
Trastorno obsesivo compulsivo	4	2	5			1	1		1		2	16
Trastorno oposicional desafiante	2	1		1	3	2	7					16
Fobia social		3	6				1					10
Abuso de sustancias psicoactivas			3	1				3				7
Condición médica			1	1		1	1			1		5
Trastorno del vínculo	2							2				4
Trastorno de la conducta alimentaria								1	1			2
Antecedente de abuso sexual								1			1	2
Trastorno afectivo bipolar										1		1
Trastorno de estrés postraumático					1							1

epilepsia, lupus eritematoso sistémico, vitiligo, anemia falciforme) y 7 presentaron consumo de sustancias psicoactivas. Se registró antecedente de abuso sexual en 2 casos (tabla 1).

Casos según el trastorno:

- Ansiedad: se presentaron 93 casos de trastornos de ansiedad no especificada, de los cuales 14 eran niños, con un promedio de edad de 13 años, y 79 eran niñas, con un promedio de edad de 14 años. De los tipos de trastornos de ansiedad, el *trastorno obsesivo compulsivo* fue diagnosticado en 16 pacientes: 13 niñas, con un promedio de edad de 14 años, y 3 niños, con un promedio de edad de 11 años; mientras que el diagnóstico de *fobia social* se realizó en 10 pacientes: 9 niñas, con un promedio de edad de 14 años, y un niño, de 12 años.
- Depresión: hubo 89 pacientes con este diagnóstico, entre los cuales había 25 niños, con una edad promedio de 13 años, y 64 niñas, con una edad promedio de 14 años.
- Déficit cognitivo: 37 pacientes con sospecha de coeficiente intelectual por debajo del promedio fueron evaluados, de los cuales 11 niños tenían un promedio de edad de 13 años y 26 niñas tenían un promedio de edad de 14 años.
- Déficit de atención e hiperactividad: hubo 17 casos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que presentaron intento de suicidio, de los cuales 11 eran niños con un promedio de edad de 13 años, y 6 niñas, con un promedio de edad de 13 años.
- Oposicional desafiante: se evaluaron 16 pacientes con este diagnóstico, de los cuales 7 eran niños con un promedio de edad de 13 años, y 9 niñas, con edad promedio de 13 años.
- Consumo de sustancias psicoactivas: se confirmó esta condición en 7 pacientes, de los cuales 5 eran niños, con un promedio de edad de 14 años, y 2 niñas, con un promedio de edad de 15 años. Entre las sustancias informadas se encuentran el alcohol, la marihuana y el pegante.

Número de intentos de suicidio

En 180 casos era el primer intento de suicidio, mientras que en 20 era el segundo intento. En este grupo había 16 niñas y 4 niños, con un promedio de edad de 13 años. Los métodos utilizados para el segundo intento fueron intoxicación con medicamentos en 11 pacientes, intoxicación con veneno en 4 casos, 2 intentos de ahorcamiento, un intento lanzándose de las alturas y uno con cortadas (tabla 2).

Meses de mayor consulta por intento de suicidio

Durante el 2013 se observó un aumento de los intentos de suicidio durante julio y octubre; en 2012 se presentó un mayor número de intentos durante el trimestre de junio, julio y agosto, y también durante enero; en 2011 este pico de intentos de suicidio ocurrió durante agosto y el trimestre de octubre, noviembre y diciembre; en 2009 hubo un mayor número durante junio; en 2008, la mayoría de los intentos de suicidio ocurrió durante el trimestre de agosto, septiembre y octubre; durante el 2007 se presentó un mayor número de intentos durante el trimestre de octubre, noviembre y diciembre; en el 2006 se presentó un aumento de los intentos de suicidio en septiembre y octubre; en 2005 hubo mayor número de intentos durante abril y julio y, en 2004, la mayoría de los intentos de suicidio ocurrió durante noviembre.

Método del intento de suicidio

Lo más frecuente es la intoxicación con medicamentos. Respecto a la intoxicación con sustancias, se hizo la diferenciación dependiendo del elemento letal. Se presentó intoxicación con medicamentos en 59 casos, con venenos

Tabla 2 – Características de pacientes con más de 2 intentos de suicidio de los pacientes que consultaron al HOMI por intento de suicidio entre el 2003 y el 2013

Número de intentos	Edad	Género	Diagnóstico	Método
3	6	M	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo	Ahorcamiento
3	8	F	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno depresivo	Intoxicación medicamentosa
3	13	F	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo	Ingesta de soda cáustica
3	14	F	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo + déficit cognitivo	Intoxicación medicamentosa
3	14	F	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo + trastorno oposicional desafiante	Intoxicación medicamentosa
3	16	M	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Intoxicación con veneno
4	11	M	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno obsesivo compulsivo + depresión doble	Intoxicación con veneno
4	12	F	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + depresión doble + trastorno de estrés postraumático	Ahorcamiento
4	14	F	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo	Intoxicación medicamentosa
4	15	F	Trastorno de ansiedad	Intoxicación medicamentosa
5	14	F	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo	Intoxicación medicamentosa

hubo 39 intentos, con otros elementos en 13 pacientes e ingesta de soda cáustica en 4 pacientes (tabla 3).

Características sociales

En 7 casos quedó registrada la acentuada desventaja social, 4 pacientes vivían en la indigencia y 3 se encontraban bajo la custodia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). El prototipo de los consultantes más frecuentes en el Hospital de la Misericordia (HOMI) es estrato 2 y 3, sobre 6.

Menores de 12 años: un caso especial

La mayoría de los pacientes que intentan suicidarse son mujeres adolescentes. Sin embargo, hay un grupo de población que tiene menos de 12 años (tabla 4).

Como se puede ver en la tabla 4, la gama de edad, el método y la psicopatología en este grupo son muy variados.

Seguimiento por consulta externa

Se realizó seguimiento por consulta externa en 40 pacientes de los 213 (18%), de los cuales 27 eran mujeres y 13 eran hombres, con un promedio de edad de 13 años. Dentro de los diagnósticos, el más frecuente fue trastorno de ansiedad, seguido de trastorno depresivo, déficit cognitivo y trastorno oposicional desafiante. El seguimiento por consulta externa permitió, en la mayoría de los casos, precisar el diagnóstico (tabla 5).

Se mantiene una coincidencia entre el diagnóstico de urgencias y el de seguimiento. Se ponen en evidencia en casi todos los casos múltiples diagnósticos y situaciones asociadas.

Discusión

El grupo de pacientes referido se asemeja a las descripciones nacionales e internacionales: el prototipo de paciente es una adolescente que tiene su primer intento de suicidio con intoxicación medicamentosa. En la mayoría de los casos, este tipo de intento ocurre con medicamentos que se encuentran a su alcance y disponibles en el hogar.

El diagnóstico principal al cual se asocian otros diagnósticos es el trastorno de ansiedad. La angustia es el padecimiento que lleva al paciente a tomar la decisión de morir y el que le produce un mayor malestar, por lo que su tratamiento se convierte en una prioridad.

El segundo diagnóstico es la depresión, la más común es la depresión mayor, seguida de la distimia y la depresión doble. El tercer diagnóstico es la disfunción cognitiva, por lo que se deben tener en cuenta las dificultades que estos pacientes tienen para alcanzar metas de desarrollo y los innumerables fracasos que deben superar en el camino. Factores que se convierten en puntos vulnerables para padecer de ansiedad y depresión que, cuando no logran ser superados, se convierten en condiciones de riesgo para un intento de suicidio.

El otro diagnóstico frecuente es el trastorno oposicional desafiante, que se encuentra fuertemente asociado con el déficit atencional y la ansiedad, e incluso es una evidencia de la complicación de los 2 anteriores. Este punto empieza a poner en evidencia que un intento de suicidio en niños y adolescentes es el resultado de una complicación de trastornos y una evidencia del fracaso en resolverlos.

Igualmente, es numeroso el grupo de pacientes con fobia social. Ellos, sin duda, tienen las mayores dificultades para

Tabla 3 – Otros métodos, distintos de la intoxicación con medicamentos, para el intento de suicidio de los pacientes que consultaron al HOMI entre el 2003 y el 2013

Método	Año	Edad	Género	Número de intento	Impresión diagnóstica	Observaciones
Lanzamiento de alturas	2013	11	M	1	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo	Objeto de burlas por cojera, tuvo corrección de una displasia de cadera a los 3 años
Lanzamiento de alturas	2013	11	M	1	Trastorno de ansiedad	Bajo rendimiento académico
Lanzamiento de alturas	2012	13	M	1	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno oposicional desafiante + déficit cognitivo límite	Crisis de divorcio reciente
Lanzamiento de alturas	2011	15	F	1	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo	Hipoacusia bilateral, pobres habilidades sociales
Lanzamiento de alturas	2010	13	F	2	Trastorno de ansiedad + distimia	Pobres habilidades sociales
Cortadas en la piel	2013	17	M	1	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo	Vive en condiciones de pobreza extrema
Cortadas en la piel	2010	15	F	1	Trastorno de ansiedad + fobia social + trastorno del vínculo en estudio	Conflictos intrafamiliares graves, bajo protección del ICBF
Cortadas en la piel	2009	14	F	2	Trastorno oposicional desafiante + fobia social + déficit cognitivo	Conflictos intrafamiliares graves
Ahorcamiento	2012	14	M	1	Trastorno de ansiedad	Protegido por ICBF
Ahorcamiento	2009	6	M	6	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo	Conflictos intrafamiliares graves
Ahorcamiento	2009	12	F	4	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno obsesivo compulsivo + depresión doble + trastorno de estrés postraumático	Vive en condiciones de pobreza extrema
Ahorcamiento	2007	10	F	2	Trastorno de ansiedad + trastorno obsesivo compulsivo + depresión doble + trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Vive en condiciones de pobreza extrema
Ahorcamiento	2006	11	M	1	Trastorno de ansiedad	Vive en condiciones de pobreza extrema

regular su ansiedad y apoyarse en las personas de su edad, hecho que aumenta su malestar y puede llevar a un intento suicida.

Son 20 pacientes los que han sufrido 2 o más intentos de suicidio. Llamamos la atención, porque esta repetición es poco frecuente y porque asumimos que más de un

intento suicida aumenta la letalidad de este. La mayoría son adolescentes que se intoxicaron con medicamentos. Casi todos tienen múltiples psicopatologías y existe una gran asociación con pobreza. Lo más probable es que hayan tratado de mejorarse sin tratamiento y con un curso crónico de malestar, por lo cual los hallazgos a la hora de evaluar los casos son

Tabla 4 – Características de los pacientes menores de 12 años que consultaron al HOMI por intento de suicidio entre el 2003 y el 2013

Número de intento	Edad	Género	Método	Impresión diagnóstica	Observaciones
1	7	F	Intoxicación medicamentosa	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno depresivo	Conflictos intrafamiliares graves
1	8	M	Intoxicación con veneno	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Conflictos intrafamiliares graves
1	8	F	Intoxicación medicamentosa	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo	Dijo que eran para el dolor de cabeza
1	9	F	Intoxicación medicamentosa	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo	Vive en condiciones de pobreza extrema
1	9	M	Intoxicación con veneno	Trastorno depresivo	Crisis de divorcio reciente
1	10	F	Intoxicación con veneno	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo	Vive en condiciones de pobreza extrema
1	10	F	Ingesta de sustancia desengrasante	Déficit cognitivo + trastorno oposicional desafiante	Vive en condiciones de pobreza extrema
1	10	F	Intoxicación medicamentosa	Trastorno depresivo + trastorno oposicional desafiante	Disfunción ejecutiva de la madre
1	10	F	Intoxicación medicamentosa	Trastorno de ansiedad	Epilepsia
1	10	F	Intoxicación medicamentosa	Trastorno de ansiedad	Epilepsia + vive en condiciones de miseria
1	10	F	Intoxicación medicamentosa	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo	Conflictos intrafamiliares graves
1	10	F	Intoxicación con veneno	Trastorno de ansiedad + fobia social	Pseudocrisis
1	10	M	Intoxicación medicamentosa	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo + trastorno depresivo	Conflictos intrafamiliares graves
1	10	M	Intoxicación medicamentosa	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo	Conflictos intrafamiliares graves
1	11	F	Intoxicación con veneno	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno de ansiedad + depresión doble + trastorno de estrés postraumático	Disfunción ejecutiva de la madre + conflictos intrafamiliares graves
1	11	F	Intoxicación medicamentosa	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo	Vive en condiciones de pobreza extrema
1	11	F	Intoxicación medicamentosa	Trastorno de ansiedad + depresión doble	Vive en condiciones de pobreza extrema
1	11	M	Lanzamiento de alturas	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo	Objeto de burlas por cojera, tuvo corrección de una displasia de cadera a los 3 años
1	11	M	Lanzamiento de alturas	Trastorno de ansiedad	Vive en condiciones de pobreza extrema + conflictos intrafamiliares graves

Tabla 4 – (continuación)

Número de intento	Edad	Género	Método	Impresión diagnóstica	Observaciones
1	11	M	Ingesta de soda cáustica	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno oposicional desafiante + trastorno depresivo	Disfunción ejecutiva de la madre
1	11	M	Ahorcamiento	Trastorno de ansiedad	Disfunción ejecutiva de la madre
1	11	M	Intoxicación medicamentosa	Trastorno depresivo	Conflictos intrafamiliares graves
2	8	M	Intoxicación medicamentosa	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo	Vive en condiciones de pobreza extrema
2	10	F	Ahorcamiento	Trastorno de ansiedad + trastorno obsesivo compulsivo + depresión doble	Vive en condiciones de pobreza extrema
2	10	F	Ahorcamiento	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo	Crisis de divorcio reciente
3	6	M	Ahorcamiento	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo	Vive en condiciones de pobreza extrema
3	8	F	Intoxicación medicamentosa	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno de ansiedad + trastorno depresivo	Conflictos intrafamiliares graves
4	11	M	Intoxicación con veneno	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno obsesivo compulsivo + depresión doble	Disfunción ejecutiva de la madre

cuadros de diagnósticos comórbidos, de complicación. En el caso del déficit atencional con hiperactividad comórbido con ansiedad, existen muchos síntomas desadaptativos que generan un malestar creciente e intenso, y es muy probable que en un momento de intensificación de esta situación el paciente intente suicidarse.

Aunque estos diagnósticos y asociaciones no se han hecho explícitos en la literatura médica disponible, son bastante evidentes en la práctica de la psiquiatría infantil. De hecho, en la medida en que los sospechamos, afinamos la pesquisa. La cronicidad ocurre, en la mayoría de los casos, por medio de la siguiente secuencia: las familias posponen el tratamiento, con la esperanza de que el desarrollo normalice de manera natural la vida de estos jóvenes, cosa que generalmente no sucede; con el paso del tiempo, sin solución ni ayuda, el joven evidencia complicaciones que pueden ser letales, por la gran ansiedad y tristeza que se le asocia. También, es usual y a la vez preocupante que existan numerosos casos en los que el intento de suicidio se interpreta como una manipulación o dramatización del niño, lo que ocasiona elementos adicionales a su sufrimiento y malestar. Estos datos confirman que la reiteración del intento es una señal de trastorno emocional complicado en deterioro. Los 2 niños menores de 12 años con más de un intento cometieron intentos letales, ambos en medio de un sufrimiento emocional prolongado que evidencia

que se puede padecer una condición de mucho sufrimiento desde una edad temprana.

Los pacientes con déficit cognitivo que se atendieron por varios intentos de suicidio son enfermos crónicos, con periodos de recaídas y periodos de alivio de los síntomas, sin que los factores que inducen la ansiedad se resuelvan; al contrario, se agravan. El intento de suicidio se convierte para ellos en una fórmula anómala para aliviar su sufrimiento. En síntesis, todos estos pacientes tienen factores de comorbilidad que producen un malestar intenso, permanente y creciente que explica el intento de suicidio.

Describimos con detalle el grupo de los menores de 12 años, por varias razones. La primera es que hay que buscar activamente el intento de suicidio en niños menores, porque sí se presenta. Como el prototipo son las adolescentes, estos niños se quedan sin atención, ya que en muchas ocasiones su manera de relatar lo sucedido es lenta e imprecisa. La segunda es mostrar que el sufrimiento es una ocurrencia esperada desde la infancia, y a veces es tan grave que termina en un intento de suicidio. El sufrimiento emocional no aparece con la pubertad, y la escogencia del suicidio es, como en los niños mayores de 12, una ruta de alivio anómala para su malestar. El grupo comienza desde los 6 años de edad, un dato dramático. La tercera es señalar que la ansiedad tiene una semiología distinta de la del adulto, que

Tabla 5 – Pacientes atendidos en consulta externa luego del intento de suicidio que consultaron al HOMI entre el 2003 y el 2013

Año	Edad	Género	Impresión diagnóstica	Diagnóstico eje I	Observaciones
2003	16	F	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo + déficit cognitivo	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo + déficit cognitivo	Conflictos intrafamiliares graves
2003	16	F	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo + déficit cognitivo	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo + déficit cognitivo	Conflictos intrafamiliares graves
2003	14	F	Trastorno depresivo	Trastorno obsesivo compulsivo + trastorno depresivo	Sufre de rinitis
2004	7	F	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno de ansiedad	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno de ansiedad	Conflictos intrafamiliares graves
2005	11	M	Trastorno depresivo + duelo	Trastorno depresivo	Proceso de duelo
2005	12	F	Trastorno depresivo	Depresión doble + fobia social	Conflictos intrafamiliares graves
2005	15	F	Sin diagnóstico	Trastorno de ansiedad	Sufre de rinitis
2005	16	F	Disfunción familiar	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo	Conflictos intrafamiliares graves
2006	11	M	Trastorno de ansiedad	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo	Disfunción ejecutiva de la madre
2006	13	F	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo	Conflictos intrafamiliares graves
2006	13	F	Depresión doble	Depresión doble	Conflictos intrafamiliares graves
2006	14	M	Sin diagnóstico	Trastorno depresivo	Sufre de atopia
2006	14	M	Distimia + abuso de sustancias psicoactivas	Trastorno de ansiedad + abuso de sustancias psicoactivas + distimia + déficit cognitivo	Conflictos intrafamiliares graves
2006	14	M	Abuso de sustancias psicoactivas	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo + déficit cognitivo + trastorno oposicional desafiante	Conflictos intrafamiliares graves
2007	10	F	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo	Crisis de divorcio reciente
2007	11	F	Depresión doble + trastorno de ansiedad	Trastorno de ansiedad + depresión doble	Disfunción ejecutiva de la madre + conflictos intrafamiliares graves
2007	11	M	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno obsesivo compulsivo + depresión doble	Conflictos intrafamiliares graves
2007	11	F	Déficit cognitivo	Trastorno de ansiedad + déficit cognitivo	Vive en condiciones de pobreza extrema
2007	12	F	Trastorno de ansiedad + trastorno oposicional desafiante	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno de ansiedad + trastorno oposicional desafiante	Conflictos intrafamiliares graves
2007	16	M	Trastorno depresivo	Trastorno depresivo	Vive en condiciones de pobreza extrema
2008	8	F	Trastorno de ansiedad	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno de ansiedad + trastorno depresivo	Conflictos intrafamiliares graves

Tabla 5 – (continuación)

Año	Edad	Género	Impresión diagnóstica	Diagnóstico eje I	Observaciones
2008	12	M	Trastorno de ansiedad	Trastorno de ansiedad + trastorno oposicional desafiante	Conflictos intrafamiliares graves
2008	14	M	Déficit cognitivo	Déficit cognitivo	Conflictos intrafamiliares graves
2008	14	F	Trastorno oposicional desafiante	Trastorno de ansiedad + trastorno oposicional desafiante + trastorno del vínculo	Conflictos intrafamiliares graves + bajo protección del ICBF
2008	14	F	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo + déficit cognitivo + trastorno oposicional desafiante	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo + déficit cognitivo + trastorno oposicional desafiante	Disfunción ejecutiva de la madre
2008	15	F	Depresión doble	Depresión doble	Conflictos intrafamiliares graves + crisis de divorcio reciente
2008	16	F	Trastorno de ansiedad	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo	Conflictos intrafamiliares graves
2009	11	F	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno de ansiedad	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno de ansiedad + depresión doble + trastorno de estrés postraumático	Disfunción ejecutiva de la madre + conflictos intrafamiliares graves
2010	13	F	Trastorno de ansiedad	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo + déficit cognitivo	Conflictos intrafamiliares graves
2010	14	F	Trastorno depresivo	Trastorno depresivo	Conflictos intrafamiliares graves
2011	8	M	Trastorno depresivo + déficit cognitivo	Trastorno depresivo + déficit cognitivo	Vive en condiciones de pobreza extrema
2011	13	F	Trastorno de ansiedad + depresión doble	Trastorno de ansiedad + depresión doble	Vive en condiciones de pobreza extrema
2011	14	F	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo	Conflictos intrafamiliares graves
2011	14	F	Trastorno depresivo + trastorno obsesivo compulsivo	Trastorno depresivo + trastorno obsesivo compulsivo	Vive en condiciones de pobreza extrema
2011	16	F	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo + déficit cognitivo	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo + déficit cognitivo	Conflictos intrafamiliares graves
2012	8	M	Déficit cognitivo	Trastorno depresivo + déficit cognitivo	Vive en condiciones de pobreza extrema
2012	16	F	Trastorno de ansiedad	Trastorno de ansiedad + fobia social	Sufre de rinitis
2012	16	F	Trastorno depresivo	Trastorno de ansiedad + trastorno depresivo + fobia social	Disfunción ejecutiva de la madre
2013	11	M	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno obsesivo compulsivo + depresión doble	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno obsesivo compulsivo + depresión doble	Conflictos intrafamiliares graves
2013	14	M	Trastorno de ansiedad	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad + trastorno de ansiedad	Disfunción ejecutiva de la madre

requiere entrenamiento especializado de los psiquiatras, no es un dato de entrevista, sino más bien una conclusión de la información familiar y del ambiente. Poner en evidencia la ansiedad es determinante para que el tratamiento llegue a feliz término y facilita el cuidado de la familia. De nuevo, la disfunción cognitiva aparece como un factor de vulnerabilidad para padecerla. La insistencia en este factor se debe a que la literatura médica disponible la describe escasamente, al punto que parece no interesar en la atención urgente de estos niños.

Nuestros datos no permiten determinar cuál es el mes del año con mayor número de consultas por intento de suicidio. El factor principal es que este servicio depende de los contratos con empresas aseguradoras de salud, que se inician y se suspenden en cualquier momento del año, por lo cual los pacientes son derivados a diferentes instituciones.

En general, los pacientes que se atienden en urgencias rara vez regresan para su cuidado por consulta externa. Así, se quedan sin aclarar las dificultades asociadas que tienen estos niños y, por ende, se frustra su tratamiento. La literatura médica ha insistido siempre en el alto riesgo de reiteración del intento suicida, y con la atención de estos pacientes lo confirmamos y entendemos el porqué. Alcanzamos un 18% de pacientes atendidos luego del intento y debido a este. Este número reducido se puede deber a múltiples factores, que van desde la remisión por parte de la entidad prestadora de salud a nuestra institución, hasta la decisión del paciente de no volver a la consulta. Sin embargo, establecer las causas de la inasistencia por consulta externa es bastante complejo.

La experiencia muestra que, una vez sucede el intento, las familias empiezan un proceso de asimilación para hacer desaparecer todas las huellas, llamar a lo sucedido como si se tratara de un accidente o de una veleidad caprichosa del adolescente. A pesar de tener esta información y de lo dolorosas que son las circunstancias alrededor del intento de suicidio, en la mayoría de los casos el paciente no regresa para precisar el diagnóstico y continuar su tratamiento. La experiencia nos muestra que las familias tienden a redefinirlo como un acto único, impulsivo, caprichoso, olvidable y muy incómodo. Este factor tiene repercusión en que los pacientes no reciban atención especializada. Igualmente, el sistema de salud basado en la contención de gastos también explica un factor más en la inatención de estos pacientes. Como lo muestran los datos, todos tienen numerosos diagnósticos en el eje I. Ellos explican por qué hay que realizar un diagnóstico detallado y ofrecerles tratamiento para prevenir desenlaces críticos.

Conclusiones

Al momento del egreso de la institución, tanto el paciente como su familia tienen información directa sobre la evaluación de la urgencia en comportamientos suicidas, así como la claridad de que el intento de suicidio se puede reiterar. En el transcurso de la apreciación de cada caso se hace énfasis en que el intento de suicidio es una evidencia de sufrimiento y un indicador de que el paciente ensayó todo antes del evento para tratar de sentirse mejor, siendo innegable que no lo logró.

A lo largo del artículo diferenciamos la impresión diagnóstica que se hace durante la atención de urgencias del diagnóstico que se hace cuando el paciente acude a control. Son pocos, pero se hace evidente que estos pacientes tienen varias enfermedades en el eje I, lo cual permite insistir en la necesidad e importancia de que los adolescentes y niños con intento de suicidio sean estudiados y tratados, con el fin de ofrecerles una atención médica que favorezca su desarrollo y bienestar. El intento de suicidio es una expresión de males que se complican hasta el punto más grave antes de la muerte, por lo que considerarlo una patalaya con el fin de manipular y obtener beneficios resulta bastante arriesgado y peligroso.

¿Cuál es el prototipo del paciente que consulta? El paciente promedio es una adolescente que se intoxica con medicamentos en su casa.

¿Qué sucede después del intento? Lo más frecuente es que no regrese a seguimiento por consulta externa. Los que se han seguido tienen psicopatologías múltiples y un nivel de sufrimiento alto.

¿Qué trastornos psiquiátricos padecen los pacientes que se pueden atender en la consulta externa? El diagnóstico más frecuente en todas las edades es el trastorno de ansiedad, seguido de la depresión y la disfunción cognitiva.

¿Cuáles son algunas características de los pacientes que intentan el suicidio con métodos distintos de la intoxicación por medicamento? En este grupo de pacientes el promedio de edad es el mismo, pero la relación entre hombres y mujeres se iguala. Los métodos más frecuentes son el ahorcamiento y el lanzamiento desde alturas, y todos tienen varios diagnósticos en el eje I. Se observan condiciones de pobreza.

¿Los pacientes menores de 12 años tienen algunas particularidades? Generalmente presentan el primer intento y el método es la intoxicación medicamentosa. Hay un predominio de trastorno de ansiedad y depresión, con una fuerte asociación con disfunción cognitiva como factor de vulnerabilidad.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vásquez R. Una urgencia singular: el intento de suicidio en niños y adolescentes. *Asoc Colomb Psiquiatría Biológica*. 2006;166-73.
2. Vásquez R. Intento de suicidio en adolescentes: tristeza y conflicto familiar. Bogotá: Actualizaciones Pediátricas Fundación Santafé de Bogotá, Editorial Presencia; 1991.
3. Beghi M, Rosebaum JF, Cerri C, et al. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: A literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:1725-36.
4. Miranda R, de Jaegere E, Restifo K, et al. Longitudinal follow-up study of adolescents who report a suicide attempt: Aspects of suicidal behavior that increase risk of a future attempt. *Depress Anxiety*. 2013;20:1296-305.
5. Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussán-Buitrago M, et al. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida

- atendido en una clínica infantil, 2003, 2005. Rev Salud Pública. 2007;9:230-40.
6. Alcaldía Mayor de Bogotá. En: Secretaría Distrital de Salud (SDS). Informe final de conducta suicida en la ciudad de Bogotá. Bogotá: SDS; 2011.
 7. Campo G, Roa JA, Pérez A, et al. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle. Cali Colombia Médica. 2003;34:9-16.
 8. Sánchez G. El suicidio y su prevención. Bogotá: Academia Nacional de Medicina; 2007.