

## Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería

LAURA ELVIRA PIEDRAHITA, PSICOL, ENF<sup>1</sup>, MARÍA ANGÉLICA GARCÍA<sup>2</sup>,  
JOHANA SIRLEY MESA<sup>2</sup>, INGRID STIVALIS ROSERO<sup>2</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los factores relacionados con el intento de suicidio en un grupo de niños y adolescentes hospitalizados en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario del Valle «Evaristo García» y en su grupo familiar.

**Materiales y métodos:** Investigación de tipo descriptivo-exploratorio. Se utilizó la valoración según los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Se encuestaron 16 menores y 14 padres y/o representantes de los menores.

**Hallazgos:** Se identificaron factores protectores sobre todo en los patrones valores y creencias y rol-relaciones, y factores de riesgo en los patrones percepción-manejo de la salud y tolerancia-enfrentamiento al estrés. También se observaron modificaciones en los patrones: nutricional metabólico, actividad-ejercicio y sueño-descanso.

**Conclusión:** Los factores de riesgo identificados así como la presencia de un evento desencadenante y la disponibilidad del método suicida aumentan el riesgo de intento de suicidio en los menores y adolescentes. La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), facilitó la obtención de la información e identificación de los factores de riesgo relacionados con el intento de suicidio constituyéndose en una herramienta propia de la disciplina que contribuye a la sistematización e investigación en enfermería.

**Palabras claves:** Proceso de Atención de Enfermería; Cuidado de enfermería; Suicidio; Niño; Adolescente.

**Colomb Med. 2011; 42: 334-41**

*Identification of factors related to attempted suicide in children and adolescents from the application of the nursing care process*

### SUMMARY

**Objective:** To identify the factors related to attempted suicide in a group of children and adolescents hospitalized in the Mental Health Unit at the «Evaristo Garcia» Hospital Universitario del Valle and in their family groups.

**Materials and methods:** Exploratory-descriptive research. An assessment was used according to Marjory Gordon's functional health patterns. Sixteen minors and 14 of their parents or legal guardians were surveyed.

**Findings:** Protective factors were identified, especially in values and beliefs and role-relationship patterns, and risk factors in patterns of the health management perception and tolerance-confrontation to stress. In addition, changes in patterns were observed: metabolic nutritional, activity-exercise, and sleep-rest.

**Conclusion:** The risk factors identified, as well as the presence of a triggering event and the availability of a suicide method increase the risk suicide attempt in children and adolescents. The application of the nursing care process facilitated obtaining information and identifying risk factors related to attempted suicide becoming a tool of the discipline, which contributes to systematization and nursing research.

**Keywords:** Nursing process; Nursing care; Suicide; Children and adolescents.

**Colomb Med. 2011; 42: 334-41**

1. Profesora Asistente, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.  
e-mail: lauraeps1@hotmail.com
  2. Estudiante de Enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.  
e-mail: eudoro\_et@yahoo.es      josimeso@yahoo.es      instiro@yahoo.es
- Recibido para publicación julio 10, 2009      Aceptado para publicación abril 21, 2010

Las ideas o pensamientos suicidas, hacen parte del proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia, cuando el menor trata de responder a los problemas de su existencia. Pero estos pensamientos se vuelven anormales, cuando se constituyen en la única opción para resolver sus dificultades. Es aquí cuando existe un serio *riesgo de suicidio e intento de suicidio*<sup>1</sup>.

Al suicidio se le entiende actualmente como un trastorno multidimensional, más que como una reacción emocional frente a una situación vital, y es resultado de una compleja interacción de los factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales<sup>2</sup>. Se trata de un fenómeno complejo, hasta el punto que después de décadas de estudio no existe una nomenclatura unánimemente aceptada. La clasificación de Carrol<sup>3</sup>, parece ser la más completa y clarificadora porque distingue tres grandes grupos: la ideación suicida, las conductas relacionadas con el suicidio y el suicidio consumado, y dentro de cada grupo se debe tener en cuenta aspectos relacionados como la intencionalidad, el grado de certeza que tiene el paciente de su conducta y la existencia de lesiones. Pero aún persiste la dificultad en los hospitales generales en la atención de estos pacientes, en poder valorar el riesgo suicida y más aún, en algunos casos en realizar el diagnóstico acertado y no solamente limitarse en la atención de los aspectos somáticos haciendo una negación de la vida psíquica y de la relación interpersonal y familiar, como factores asociados con las ideas suicidas.

El suicidio es la primera causa de muerte violenta en el mundo. De acuerdo con Mosquera<sup>4</sup>, en el mundo cada 40 segundos un hombre muere por suicidio. La tasa de mortalidad por suicidios, registrada oficialmente por la OMS es de 14.5 por 100,000 habitantes al año. Se trata de la segunda causa de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 15 y 24 años. Y la décimo tercera causa de muerte en general. En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental<sup>5</sup>, mostró que 12.3% de los colombianos ha tenido ideas suicidas, 4.1% ha realizado planes suicidas y 4.9% ha hecho intentos suicidas, siendo mayor la prevalencia en la población de jóvenes entre 18 a 29 años de edad.

Actualmente, el suicidio entre los jóvenes menores de 15 años es poco frecuente. La mayoría de los suicidios entre jóvenes de hasta 14 años probablemente tiene lugar en la adolescencia temprana, mientras que el suicidio es aún más raro antes de los 12 años. Sin

embargo, en algunos países hay un crecimiento alarmante de los suicidios entre los jóvenes menores de 15 años, así como en la franja de 15 a 19 años de edad. En Estados Unidos la muerte de niños o adolescentes por suicidio constituye la sexta causa de muerte en el grupo entre 5 y 14 años y la tercera causa de muerte entre los jóvenes entre 15 y 24 años<sup>6</sup>. De acuerdo con las investigaciones de Gómez *et al.*<sup>7</sup>, en Colombia el grupo de mayor riesgo lo representan los jóvenes con edades entre 15 y 34 años. González<sup>8</sup> al analizar las necropsias realizadas por el Instituto de Medicina Legal encontró una tasa de 4.8x100.000 en el grupo entre 15 y 17 años, cifra mayor a la observada para todo Colombia en ese año (3.9x100.000).

Se considera que por cada suicidio se presentan de 10 a 25 intentos o tentativas de suicidio y que entre 10% y 15% de quienes han intentado suicidarse terminan logrando su objetivo<sup>9</sup>. Investigaciones han demostrado que el riesgo de muerte en quienes hacen intentos de suicidio es 100 veces superior a la población general y que 2% lo hacen en el año siguiente de su intento frustrado<sup>10</sup>. Un antecedente de intento de suicidio es una de las variables que tiene más relevancia clínica para predecir un eventual suicidio. Se ha calculado que la razón entre intentos de suicidio y suicidio consumado es de 6-25:1 en la población general<sup>7</sup>.

La OMS, ha declarado el suicidio como un problema de salud pública, considerándolo como uno de los indicadores más relevantes del bienestar de una comunidad. Según González<sup>11</sup>, en el 2006 se perdieron más de 55.000 años de vida potenciales (AVPP) en el grupo de edades entre 18- y 34 años, lo cual origina graves consecuencias socioeconómicas. Es así como la presencia de conductas suicidas representa un gran reto para el sistema de salud, por los efectos que deja en términos de salud mental, funcionamiento social y pérdidas económicas, tanto para el individuo, como para su grupo familiar.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y organizado que brinda herramientas para la aplicación de los conocimientos a la práctica a través del análisis y la resolución de problemas que buscan satisfacer las necesidades del individuo, la familia y la comunidad. Asimismo, permite brindar un cuidado de mejor calidad y centra al profesional de enfermería exactamente en las funciones que le son propias<sup>12</sup>. La valoración de los patrones funcio-

nales, se constituye en la primera etapa del PAE e implica la recolección de datos del paciente y su familia. Marjory Gordon<sup>12</sup>, propuso un método que permite la identificación de patrones o secuencias de comportamientos mediante la recolección de datos de forma sistemática, a través de la valoración de 11 patrones funcionales de salud a saber: Patrón de percepción/mantenimiento de la salud, patrón nutricional/metabólico, patrón de eliminación, patrón de actividad/ejercicio, patrón cognoscitivo/perceptual, patrón de autopercepción/autoconcepto, patrón de sueño /descanso, patrón de rol/relaciones, patrón reproductivo y sexual, patrón de tolerancia y enfrentamiento al estrés y patrón de creencias y valores.

Conocer los factores asociados que pueden influir en el comportamiento suicida contribuye al entendimiento de los factores relacionados con este, lo cual permite la implementación de acciones para evitar nuevos casos. Es así como el objetivo de la investigación fue identificar los factores relacionados con el intento de suicidio en niños y adolescentes hospitalizados en la unidad de salud mental del Hospital Universitario del Valle «Evaristo García» y en la familia, identificados a partir de la valoración de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon<sup>12</sup>.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo-exploratorio<sup>13</sup>. Se tomó como muestra los niños y adolescentes hospitalizados por intento de suicidio o lesiones autoinfligidas que consultaron a la unidad de salud mental del Hospital Universitario del Valle «Evaristo García», en el período comprendido entre enero y abril de 2007, residentes del área urbana de la ciudad de Cali, pertenecientes a diferentes estratos socioeconómicos, con edades comprendidas entre 9 y 17 años.

La recolección de la información se desarrolló con base en la estrategia del PAE. Se diseñaron dos encuestas por parte de las investigadoras utilizando el modelo de los «once patrones funcionales de salud» de Marjory Gordon<sup>12</sup>; una dirigida a niños y adolescentes y otra dirigida a los padres y/o representantes de los menores. A través de las encuestas se recolectó información sobre variables sociodemográficas e información sobre los factores protectores y los factores de riesgo para el intento de suicidio a los cuales estaban expuestos los

menores. La aplicación de las encuestas fue realizada por las investigadoras previa obtención del consentimiento informado, así como del asentimiento del menor. Para el procesamiento y análisis estadístico de los datos se empleó el programa SPSS<sup>14</sup>.

El estudio tuvo el aval del Comité de Ética de la Facultad de Salud de acuerdo con las normas éticas vigentes en Colombia<sup>15</sup>.

## RESULTADOS

**Características de tipo sociodemográfico.** De los 16 niños estudiados, 18.9% corresponde a niños entre 9 y 12 años, 56.3% a adolescentes entre 13 y 15 años, y 25.1% adolescentes entre 16 y 17 años. El promedio de edad de los participantes fue 14.3 años, mediana 13 años y moda 15 años. Otras características sociodemográficas aparecen en el Cuadro 1. En relación con la ocupación, 68.8% se dedican exclusivamente al estudio, 18.8% además de estudiar, trabajaban y 12.5% no realiza ningún tipo de actividad escolar o laboral.

Con respecto a los padres a los padres y/o representantes de los menores, en 68.8% fue la madre quien respondió la entrevista, 12.5% el padre y 6.3% la abuela. En dos niños no fue posible contactar al familiar. Uno de los casos estaba en seguimiento por el ICBF y trabajo social de la Unidad de Salud Mental, el otro caso corresponde a una menor que sus padres deseaban manejar el intento de suicidio «en secreto» dentro de la familia razón por la cual no le visitaban.

En cuanto al tipo de familia, se encontró que 62.5% de los hogares estaban formados en unión libre; 56.3% de los informantes habían cursado secundaria, 18.8% primaria y 12.5% no tenían ningún estudio. En lo referente a la etnia, 68.8% eran mestizos, 12.5% afrodescendientes y 6.3% indígenas; 43.8% se encontraban empleados, 18.8% eran trabajadores independientes y 25% se encontraban desempleados. Referente al ingreso familiar, 56.3%, obtenía menos de un salario mínimo legal vigente, 18.8%, un salario mínimo y 12.5% más de un salario mínimo.

### *Factores protectores en los menores*

**Patrón de percepción y manejo de la salud.** En el 75% es la madre quien cuida del menor, en 12.5% el padre y en 12.5% los cuidadores son los abuelos. 62.5%

**Cuadro 1**  
**Distribución según edad, sexo y grado de**  
**escolaridad en niños y adolescentes**  
**hospitalizados en la Unidad de Salud Mental del**  
**Hospital Universitario del Valle «Evaristo García»**  
**por intento de suicidio (n=16), enero-abril 2007**

	Frecuencia	%
<b>Edad (años)</b>		
9	1	6.3
10	0	-
11	1	6.3
12	1	6.3
13	1	6.3
14	2	12.5
15	6	37.5
16	1	6.3
17	3	18.8
<b>Sexo</b>		
Femenino	12	75
Masculino	4	25
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	3	18.7
Secundaria	13	81.3
<b>Etnia</b>		
Mestiza	9	56.7
Indígenas	5	30.0
Negra	2	13.3
<b>Estrato</b>		
1	6	37.5
2	8	50.0
3	2	12.5

de los niños manifestó no consumir sustancias psicoactivas y 100% niegan la presencia de una persona consumidora en su hogar. El 75% manifestó que no había presencia de armas de fuego en su casa.

**Patrón de sueño y descanso.** Del total de niños, 56.3% manifestó que realizan actividades con sus padres como ver televisión, salir a pasear y/o jugar.

**Patrón de autopercepción-autoconcepto.** Del total de niños, 62.5% de los niños refirió sentirse bien consigo mismo.

**Patrón de rol y relaciones.** El 93.8% manifestó que se siente querido por sus padres y consideran que obedecen a sus mayores.

**Patrón de sexualidad y reproducción.** En 56.3% de los menores no habían iniciado relaciones sexuales.

**Patrón de valores y creencias.** Al indagar sobre qué era lo más importante en la vida, 81% considera que es su familia, 12.5% la salud y 6.5% la educación (Cuadro 2).

**Factores protectores en los padres y/o representantes de los menores**

**Patrón de percepción y manejo de la salud.** Todos refirieron no tener armas en sus casas ni en la de familiares cercanos.

**Patrón de actividad y ejercicio.** Se encontró que la principal actividad que realizan con los menores es ver televisión 37.5%, pasear 25% y jugar con ellos 12.5%; también están presentes otras actividades como dialogar (12.5%).

**Patrón de tolerancia y enfrentamiento al estrés.** Del total de adultos 75% manifestó conocer situaciones difíciles por la que pasó el menor antes del intento de suicidio; de estos, 25% relacionan esta situación con discusiones familiares y 18.8% con la rebeldía del menor.

**Factores de riesgo en los menores**

**Patrón de percepción y manejo de la salud.** Del total de niños 18.8% había sido hospitalizado por intento de suicidio previo. 31.3% tenían antecedentes familiares de enfermedad mental y 50% antecedente familiar de intento de suicidio. En 33.3% de los menores se encontró consumo de alcohol y 6.3% de cigarrillo. En 75% de los casos se encontró exposición a sustancias peligrosas: 43.8% venenos, seguido de fumigantes 18.7% y medicamentos con 12.5%. 25% manifestaron presencia de armas de fuego en su hogar.

**Patrón nutricional metabólico.** Manifestó cambios en su peso últimamente 37.5% y 56.3% refirió cambios en el apetito: 31.3% disminución y 25% aumento. Se encontraron lesiones relacionadas con el método que utilizaron para realizar el intento de suicidio en 43.8% de los menores.

**Patrón de actividad y ejercicio.** Manifestaron no tener motivación para realizar las actividades de la vida diaria 50% de los niños de estos, 31.3% refirieron «que se sentían deprimidos».

**Cuadro 2**  
**Factores protectores identificados en niños y adolescentes hospitalizados en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario del Valle «Evaristo García» por intento de suicidio (n=16), enero-abril 2007**

Patrón	Frecuencia	%
<b>De percepción y manejo de la salud</b>		
Ausencia de consumo de sustancias psicoactivas	10	62.5
Ausencia de armas de fuego disponible	12	75.0
<b>De percepción/autoconcepto</b>		
Aceptación de sí mismo	12	62.5
Patrón de rol/relaciones		
Se sienten queridos por sus padres	15	93.8
<b>De valores/creencias</b>		
Considera el grupo familiar como lo más importante en su vida	13	81.0

**Patrón de sueño y descanso.** La mitad (50%) de los niños refirió cambios en este patrón: 25% aumento y 25% disminución.

**Patrón de autopercepción-autoconcepto.** Del total de menores 75% refirió cambios en el estado de ánimo: 37.5% aburrimiento, 18.8% tristeza, 12.5% expresó varios sentimientos y 6.2% refirió temor. Como posible causa aparece 31.2% discusiones familiares, 25% sentimientos de soledad, 12.5% refirió no conocer la causa y 6.3% lo atribuye a una sospecha de embarazo; 37.5% expresó no sentirse bien consigo mismo; 18.8% manifestó desconocer la razón de estos cambios, 6.3% expresó sentimientos de minusvalía, confusión y de «no quererse».

**Patrón de rol y relaciones.** Refieren no sentirse queridos por sus padres 6.3%. Al preguntar la razón se obtuvieron respuestas como «No me prestan atención»; 50% manifestó tener problemas en la escuela.

**Patrón de tolerancia y enfrentamiento al estrés.** Del total de niños, 68.8% manifestó haber tenido últimamente presencia de situaciones difíciles como problemas familiares en 50%, fallecimiento de un amigo y/o familiar, deserción escolar en 12.5% y abuso sexual en 6.3%; 31.3% habían tenido una pérdida reciente, 18.8% la relación de pareja o la mascota y en 6.3% un amigo. En 50% se encontró el fallecimiento de algún miembro de su familia, 25% tíos, 12.5% abuelos y 6.3% el padre o la madre.

Presentó antecedentes de intento de suicidio 50% de los menores; en algunos casos sin hospitalización;

12.5% en un tiempo superior a un año, 12.5% en los últimos tres meses y 18.8% en el último mes. La forma utilizada fue envenenamiento en 87.5% y herida con objeto cortopunzante en 12.5%. En 87.5% alguien se dio cuenta del evento y en 12.5% hubo desconocimiento del mismo. En 37.5% se enteró la madre, en 18.7% el padre, seguido de hermanos y tíos en 6.3% y 25% otras personas, sobre todo amigos. Refirió que no lo volvería a hacer 93.8% de los adolescentes, de estos, 25% manifestó «que por miedo», 18.8% porque era un situación «Muy dura», 25% refirió que «la vida es muy importante», 12.5% «no soluciona nada» y 12.5% manifestó no conocer el motivo. Un menor 6.2% expresó abiertamente que sí lo volvería a hacer.

**Patrón de sexualidad y reproducción.** Del total de adolescentes 43.8% habían iniciado relaciones sexuales y 6.2% refirió tener la sospecha de estar en embarazo (Cuadro 3).

#### **Factores de riesgo en los padres y/o representantes de los menores**

**Patrón de percepción y manejo de la salud.** En 25% de las familias se encontró antecedente de enfermedad mental y en 56.3% antecedente familiar de intento de suicidio. En 43.8% se encontró consumo de alcohol, cigarrillo en 25% y sustancias psicoactivas en 12.5%; 37.5% refirió exposición a sustancias peligrosas sobre todo venenos y 100% negó la presencia de armas de fuego en su hogar.

Cuadro 3

**Factores de riesgo identificados en niños y adolescentes hospitalizados en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario del Valle «Evaristo García» por intento de suicidio (n=16) enero-abril 2007**

Patrón	Frecuencia	%
<b>De percepción y manejo de la salud</b>		
Hospitalización previa por intento de suicidio	3	18.8
Antecedentes familiares de intento de suicidio	8	50.0
Antecedentes de enfermedad mental en la familia	5	31.3
Exposición a sustancias peligrosas	12	75.0
Consumo de alcohol	5	33.0
<b>De autopercepción/autoconcepto</b>		
Cambios en el estado de ánimo (tristeza, aburrimiento, temor)	12	75.0
<b>De actividad y ejercicio</b>		
Falta de motivación para realizar actividades de la vida diaria	8	50.0
<b>De tolerancia y enfrentamiento al estrés</b>		
Presencia de evento desencadenante: conflicto familiar, pérdida de un ser querido y/o mascota	11	68.8
Intento de suicidio previo	8	50.0

**Patrón nutricional metabólico.** En 56.3% se observó cambios en el peso del menor, 62.5% notó cambios en el apetito: 37.5% aumento y 25% disminución.

**Patrón de actividad y ejercicio.** En 56.3% se observó cambios en los menores para realizar las actividades de la vida diaria: 43.8% los notó deprimidos y 12.5% inquietos.

**Patrón de sueño y descanso.** El 50% manifestó cambios en este patrón previos al intento, 43.8% disminución y 6.2% aumento del sueño.

**Patrón de autopercepción-autoconcepto.** El 75% refirió cambios en el estado de ánimo del menor: 37.5% los notó aburridos, 25%, tristes y 12.5% enfadados e irritables.

**Patrón de rol y relaciones.** El 37.5% considera que el menor no les obedece y 43.8% conoce de problemas que presenta el menor en la escuela.

**Patrón de tolerancia y enfrentamiento al estrés.** El 75% manifestó conocer situaciones difíciles por la que pasó el menor antes del evento; 25% relacionan esta situación con discusiones familiares, 18.8% con la rebeldía del menor y 12.3% con la situación económica, seguidos de muerte de un familiar, abuso sexual y mala comunicación familiar con 6.3% cada una de ellas. Al indagar sobre el conocimiento en relación con la pérdida de algo importante para el menor, 43.8% manifestó

su conocimiento, así: en 12.5% un amigo y en 31.3% una mascota o la relación afectiva. Posterior a esta pérdida, observaron en 37.5% tristeza y confusión en 6.3% de los casos. En 37.5% algún familiar había fallecido recientemente: 12.5% un hermano, 6.2% el padre y 18.8% otros como tíos o primos. El 56.3% de los entrevistados refirió haber realizado alguna vez en su vida un intento de suicidio; 37.5%, manifestó haberlo realizado en un periodo mayor a un año y 18.8% refirió haberlo hecho en el último mes. La forma utilizada fue envenenamiento en 43.8% y lesión autoinfligida con arma corto punzante en 6.3% de los casos.

**Patrón de sexualidad y reproducción.** El 56.3%, refirió desconocer acerca del inicio de relaciones sexuales en el menor y el 62.5% refirió no tener conocimiento sobre embarazo actual o previo en los menores. Solo 6.3% manifestó tener sospecha de un posible embarazo.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos de la presente investigación permitieron identificar los factores relacionados con el intento de suicidio en un grupo de niños y adolescentes de 9 a 17 años y en su grupo familiar; se encontró que el grupo etario más afectado fue el de 13 a 17 años de edad con

81.4%, hallazgo que se pudo corroborar con lo expuesto en estudios realizados a nivel internacional<sup>10</sup> y nacional<sup>11-16</sup> donde indican como población de mayor riesgo los adolescentes y adultos jóvenes entre 15-34 años de edad<sup>7</sup>. Del total de menores 75% eran mujeres, lo cual coincide con hallazgos de otros estudios<sup>17</sup>.

La valoración de cada uno de los patrones funcionales, permitió recolectar información respecto a los factores protectores:

El patrón de autopercepción- autoconcepto, mostró una aceptación de 62.5% de los menores hacia sí mismos. En general se observa que una autoestima favorable, disminuye el riesgo de intento de suicidio<sup>8</sup>. En el patrón rol-relaciones, se encontró que 93.8% de los menores se sienten queridos por sus padres. Asimismo, el patrón de valores y creencias mostró que 81% de los menores, consideran que su grupo familiar es lo más importante en la vida. Es clara la función del grupo familiar, como factor protector para el intento de suicidio<sup>1</sup>.

Con respecto a los factores de riesgo, estos se identificaron especialmente al valorar los patrones de percepción y manejo de la salud, los cuales mostraron antecedentes de intento de suicidio, tanto en los menores como en su grupo familiar, así como antecedentes familiares de enfermedad mental. La presencia de estos factores asociados con el intento de suicidio, ha sido informada en otros estudios<sup>2</sup>.

El patrón de tolerancia y enfrentamiento al estrés, mostró la presencia de un evento desencadenante que incluyó entre otros, el fallecimiento de un miembro de la familia, la pérdida de una mascota o los problemas familiares. El 68.8% de los menores indicaron haber sufrido un evento previo al intento de suicidio. Lo anterior, se describe como factor desencadenante del intento de suicidio en numerosos estudios<sup>18</sup>. Este patrón además permitió identificar el envenenamiento como el método más usado por los menores lo cual se corrobora con otros estudios<sup>19-20</sup>, donde se observa que es el método más usado por su facilidad de acceso. Asimismo, se observaron cambios en el patrón nutricional metabólico, en el patrón de actividad y ejercicio y en el patrón de sueño y descanso.

En el patrón de sexualidad y reproducción se evidencia el desconocimiento por parte de los adultos del inicio de las relaciones sexuales en el menor.

## CONCLUSIONES

El intento de suicidio en los niños y adolescentes constituye un importante problema de salud pública, el cual debe ser analizado desde tres hechos fundamentales: una significativa prevalencia de factores de riesgo tanto en los menores como en los familiares y/o adultos responsables, que aumentan la posibilidad de un intento de suicidio. La presencia de eventos desencadenantes y la disponibilidad inmediata del método suicida, los cuales contribuyen a una mayor predisposición de los menores hacia el suicidio como única opción para la solución de sus dificultades.

La estrategia de aplicación de la valoración por medio de los patrones funcionales de salud, se constituye en una valiosa herramienta desde enfermería para la identificación de los factores involucrados en el evento a través de un proceso sistemático de recolección de información en una forma organizada que incluye aspectos más allá de los somáticos, facilitando el análisis de la información recolectada acorde con los problemas prioritarios.

Los resultados de este estudio de identificación de factores relacionados con el intento de suicidio en niños y adolescentes, podrían contribuir a fortalecer las iniciativas de prevención que se diseñen para la intervención con este grupo poblacional. Desde el área de salud mental, se recomienda realizar actividades educativas orientadas a la formación de los padres de familia y educadores. Partiendo de la identificación de los factores protectores y de riesgo, se pueden establecer acciones encaminadas a trabajar en la prevención del intento de suicidio sobre todo en las escuelas, con el fin de buscar el logro de la meta: disminuir la aparición del intento suicida en la población infantil.

Considerando que la presente investigación abarcó solo la primera fase del proceso de atención de enfermería, se recomienda realizar estudios posteriores que permitan poner en práctica la ejecución del plan de cuidados y su posterior evaluación, finalizando así la última etapa del proceso.

**Conflicto de intereses.** Los autores declaran que no hay conflicto de intereses en el presente manuscrito.

## AGRADECIMIENTOS

A los menores, padres de familia y directivas de la

Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario del Valle, por su participación y apoyo para el desarrollo de la investigación.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra: OMS; 2001.
2. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generales*. Ginebra: OMS; 2000.
3. Colimón N, Téllez-Vargas J, Cisneros C. Neurobiología del suicidio. En: Tellez J, Forero J. *Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Bogotá: Nuevo Milenio Editores; 2006. p. 42-62.
4. Mosquera F. El comportamiento suicida. En: Téllez J, Forero J. *Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Bogotá: Nuevo Milenio Editores; 2006. p. 10-22.
5. Ministerio de la Protección Social de Colombia. *Estudio Nacional de Salud Mental. Un panorama de la salud y enfermedad mental en Colombia: informe preliminar*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia; 2003.
6. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis: Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2005.
7. Gómez C, Rodríguez N, Bohórquez A, Días-Granados N, Ospina M, Fernández C. Factores asociados con el intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2002; 4: 271-85.
8. Molinello H. Suicidio en niños y adolescentes. En: Téllez J, Forero J. *Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Bogotá: Nuevo Milenio Editores; 2006. p. 152-64.
9. Ceballos G, Arroyave J, Díaz S, Vergara K. Características psicosociales del suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante los años 2002-2003. ABA Colombia 2005. (Fecha de acceso marzo 17 de 2007). Disponible en: <http://www.abacolombia.org.co>
10. Taborda LC, Téllez-Vargas J. El suicidio en cifras. En: Téllez J, Forero J. *Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Bogotá: Nuevo Milenio Editores; 2006. p. 24-41.
11. González J. Los suicidios en Colombia 2005. En: *Forensis: Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2006.
12. Escobar G. *Salud mental. Proceso de atención de enfermería*. Manizales: ARS Ediciones; 2001.
13. Pólit D, Hungler B. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 6ª ed. México: Editorial McGraw Hill; 2000.
14. SPSS for windows 13.0. Chicago SPSS Inc. 2005.
15. Ministerio de Salud. *Resolución 8430 de 1993*. Bogotá: Ministerio de Salud de la República de Colombia; 1993.
16. Sánchez R, Orejaneda S, Guzmán Y. Características de los suicidios en Bogotá: 1985-2000. *Rev Salud Publica*. 2004; 6: 217-34.
17. Tuesca R, Navarro E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*. 2003; 17: 19-28.
18. Ministerio de la Protección Social de Colombia. *Informe especial sobre la violencia contra la infancia en Colombia*. Bogotá: Imprenta Nacional; 2006.
19. Campo G, Roa J A, 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. *Colomb Med*. 2003; 34: 9-16.
20. García J, Palacio C, Arias S, Ocampo M, Calle J, Restrepo D, et al. Características asociadas con el riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2007; 36: 610-27.