

Factores de riesgo, síntomas y conducta ante adolescentes con intentos suicidas

Leandro Jorge Riverón Cruzata^{1*}, Reynier Ernesto Velázquez Pérez², Omar Borrero Celles³, Mairelys Fonseca Rondón⁴

¹Estudiantes de 5^{to} año de Medicina. Instructor no graduado de Medicina Interna. Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Las Tunas-Cuba.

²Estudiantes de 5^{to} año de Medicina. Alumno ayudante de Cardiología. Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Las Tunas-Cuba.

³Estudiantes de 4^{to} año de Medicina. Alumno ayudante de Medicina Interna. Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Las Tunas-Cuba.

⁴Especialista en I grado de Medicina General Integral. Especialista en I grado en Psiquiatría. Profesor auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Las Tunas-Cuba.

Recibido: 18/03/16 | Revisado: 08/05/16 | Aceptado: 15/05/17 | Online: 19/02/17

*Autor para correspondencia: (L.J. Riverón). Correo electrónico: lriveron@estudiantes.ltu.sld.cu

Cómo citar este artículo: Riverón LJ, Velázquez RE, Borrero O, Fonseca M. Factores de riesgo, síntomas y conducta ante adolescentes con intentos suicidas. 16 de Abril. 2016;55(262):18-24.

Resumen

Las tentativas de suicidio se han incrementado considerablemente antes de los 20 años de edad en las últimas décadas siendo considerado el arribo a la adolescencia como el de mayor riesgo. Dado lo anterior, se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar en la literatura factores de riesgo, síntomas y conducta ante adolescentes con intentos suicidas. Se utilizaron los métodos histórico-lógico, análisis-síntesis, inducción-deducción, y se llegó a las siguientes conclusiones: la conducta suicida se asocia a múltiples factores biopsicosociales y culturales, aunque estos no están muy bien dilucidados y persisten contradicciones respecto a la influencia del alcohol, la estructura familiar y el autoestima. La depresión, la distimia, la desesperanza y otros, son síntomas que se asocian a los adolescentes antes de incursionar en el acto suicida. La terapia cognitivo-conductual y una estrategia nacional de prevención se han mostrado eficaces para reducir el intento suicida.

Palabras clave: suicidio, adolescencia, factores de riesgo

Risk factors, symptoms and behavior with respect to the adolescents with suicidal intents

The suicide tentatives have been increased considerably before the 20 years of age in the last decades being considered the arrival to the adolescence like that of more risk. Given the above-mentioned, a bibliographical revision with the objective of identifying in the literature factors of risk, symptoms and behavior with respect to adolescents with suicidal intents was performed. The historical-logical, analysis-synthesis and induction-deduction methods were used. Here some conclusions: the behavior commits suicide it associates to multiple biopsychosocials and cultural factors, although these they are not very well elucidated and contradictions regarding the influence of the alcohol, the family structure and the self-esteem persist. The depression, the distimia, the despair and other,

are symptoms that associate to the adolescents before intruding suicide at once. The cognitive-behavioral therapy and a national strategy of prevention have been shown effective to reduce the suicidal intent.

Keywords: suicide, adolescence, risk factors

Introducción

La palabra suicidio se compone de dos términos: *sui*, de si mismo, y *caedere*, matar. Por tanto: matarse a si mismo. Las expresiones suicidio e intento de suicidio se refieren al deseo de buscar la muerte, que en el primer caso se consigue y en el segundo no¹.

Según López², en las civilizaciones guerreras el culto a la muerte violenta era considerada una muerte honrosa y bien aventurada, como única forma conocida de significar la muerte y por ende la vida. El suicidio tenía el mismo valor que la muerte en el campo de batalla. Algunas culturas entendieron el suicidio como único salvoconducto al paraíso, como en la cultura esquimal, en la cual tenía un valor social. En la India hasta 1892 la viuda se arrojaba a la pira funeraria de su marido, ceremonia denominada SUTTE, hasta que esta práctica fue prohibida².

El incremento de los suicidios en niños y adolescentes en la actualidad ha provocado un gran interés en los profesionales de la salud, maestros, padres y otros grupos sociales por estudiar las causas de estas conductas³. Es tal la magnitud de este problema que en el año 2001 la cantidad de muertes registradas por suicidio superó la cantidad de muertes por homicidio y guerras. Para el año 2020 se estima que 1,5 millones de personas se suicidarán⁴.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que aproximadamente un millón de personas murieron por suicidio en el año 2000 y que las tasas de suicidio global han aumentado en un 60% en los últimos 45 años. El suicidio es la decimotercera causa de muerte, suponiendo el 0.5-2% de todas las causas de mortalidad y la primera causa de muerte violenta⁵.

Algunas previsiones indican que para el 2020 los suicidios podrían aumentar considerablemente pasando a ser los intentos de suicidio entre 10 y 20 veces más frecuentes⁶.

A nivel mundial las tasas de suicidio han aumentado en un 60% en los últimos 45 años. Actualmente casi un millón de personas mueren al año por esta causa, lo que supone una tasa de mortalidad de 16 por cada 100.000 habitantes. Esto equivale a que una persona se suicida cada 40 segundos en algún lugar del planeta. El suicidio es la segunda causa de defunción en el grupo de 10 a 24 años. Se estima que del total de suicidios consumados anualmente 250.000 corresponden a menores de 25 años⁶.

En México, por ejemplo, en 2013 se registraron 5 909 suicidios, que representan 1% del total de muertes registradas, colocándose como la décima cuarta causa de muerte y presentando una tasa de cerca de cinco por cada 100 mil habitantes⁷. En Cuba la incidencia del suicidio en adolescentes ha ido descendiendo y se notan cambios sustanciales en los reportes de las principales causas de muerte entre los 10 y 19 años de edad entre 1970 y 2008, y de 126 defunciones se descendió a 35 en ese último año. A pesar de esta reducción, continúa siendo un problema de salud, y en 2010 ocupaba la cuarta causa de muerte en las edades de 10-19 años³.

Otros autores consideran que es un fenómeno que va en aumento en forma alarmante, tanto en adultos como en la población infantil y juvenil, lo que no es tan evidente para la sociedad como otros problemas de salud. Está planteado por algunos autores cubanos que las tentativas de suicidio se han incrementado considerablemente antes de los 20 años de edad en las últimas décadas siendo considerado el arribo a la adolescencia como el mayor riesgo para su comisión^{8,9}.

Ya que el intento de suicidio es uno de los principales predictores de suicidio consumado, resulta especialmente importante conocer su prevalencia y factores de riesgo asociados en población general y, particularmente, en adolescentes⁹. En el consultorio médico de la familia 88 Perteneciente al Policlínico

Manuel Fajardo Rivero la población se encuentra agrupada en 425 familias (19 disfuncionales). Respecto al nivel ocupacional predominaron los estudiantes representando el 24,7% de la población; 14 personas son alcohólicas, 110 fuman (36 adolescentes). En esta comunidad además se reporta 3 casos de intento suicida (adolescentes), lo que motivó la realización de esta revisión, con la que pretendemos describir los factores de riesgo, síntomas y conducta ante adolescentes con intentos suicidas. Estas cuestiones se esperan sean útiles y se tengan en cuenta para llevar a cabo acciones que influyan en este tipo de población.

Objetivo

Describir los factores de riesgo, síntomas y conducta ante adolescentes con intentos suicidas.

Desarrollo

Definiciones

El intento suicida, como toda conducta humana, antes de expresarse es decidido por el hombre como resultado de su percepción individual de la realidad contextual con que se vincula. Esta percepción está matizada por su propia subjetividad individual y se dinamiza por acontecimientos a los que el individuo se enfrenta sin mecanismos de afrontamientos adecuados, lo que genera un gran estrés, a veces intolerante o humillante, que provoca impulsividad, frustración y angustia¹⁰.

Actualmente se considera que el suicida pretende acabar con el sufrimiento y agobio psíquico más que con la propia vida. Se habla de una gradiente de suicidalidad que comienza con ideas de morir, luego con la planificación de alguna forma de atentar contra la propia vida y finalmente con el intento de suicidio y el suicidio consumado⁴. Según Gutiérrez¹¹ la ideación suicida son: los planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo.

En el caso de la adolescencia se trata de un período crítico donde por un lado se viven conflictos propios tanto biológicos como psicológicos que pueden ser

vividos como estresantes, según la personalidad del individuo. Además de los conflictos sociales que enfrentan al joven a más factores estresores como pueden ser la presión social, la aceptación por el grupo de pares, el desafío académico, etcétera².

Cuando el niño llega a la etapa de la adolescencia, la cual la OMS considera de 10-19 años, se enfrenta a diferentes problemáticas a resolver las cuales son tareas psicológicas transcendentales que deben cumplirse exitosamente para permitir el paso sin dificultades a la etapa de la juventud. Cuando esto no sucede el adolescente se encuentra en un alto riesgo de tener una conducta suicida¹².

Factores de riesgo

Desde la perspectiva etnosemántica, el intento suicida emerge como una respuesta cultural a situaciones específicas, casi siempre por la confrontación con personas significativas o importantes como son los padres. Las únicas excepciones se dan cuando se padece en forma seria y mal tratada una enfermedad mental¹². Se han estudiado múltiples factores de riesgo: patologías psiquiátricas como desórdenes depresivos, abuso de sustancias y desórdenes conductuales; factores psicológicos como impulsividad, desesperanza y baja autoestima; factores ambientales incluyendo contexto familiar, características del entorno escolar y eventos vitales adversos como maltrato⁹.

Serrano¹³ en su estudio evidencia que los sujetos parecen no estresarse tanto por los conflictos con la pareja en general y en el plano de la sexualidad en particular sino más bien por los conflictos con sus padres y con sus mejores amigos. En cuanto a las respuestas de afrontamiento, los jóvenes responden ante estresores familiares y con el mejor amigo(a) de manera agresiva.

El patrón de respuestas varía un poco al enfrentar situaciones de estrés con la pareja, en donde los adolescentes responden de manera agresiva pero también de forma evasiva. El factor de estrés con la pareja mostró estar relacionado con la ideación suicida

tanto en los hombres como en las mujeres. La dimensión de la pareja, más que la dimensión familiar y la de los amigos, parece ejercer un mayor impacto en el malestar o bienestar emocional en los adolescentes en este estudio. Asimismo, en el caso particular de las mujeres, además del estrés con la pareja, se observa que el estrés social influye en el desarrollo de ideas suicidas.

García¹² difiere al respecto, señalando que los problemas familiares son la causa más importante, seguida de soledad e incompreensión. Refiere que cuando un adolescente afirma como causa del intento suicida que se siente solo, no le ponen atención, nadie lo comprende o siente que no lo quieren (69% de los motivos señalados), y/o cuando señala que lo dejó el novio(a) (con un 12%). Ello indica la importancia que para él o ella tiene la ruptura de una relación interpersonal significativa ante una jerarquía de autoridad o emocional.

Otros estudios señalan asociación entre ser mujer, haber tenido relaciones sexuales y presentar ideación y/o intento de suicidio. Esta asociación nos lleva a reflexionar sobre el inicio de la vida sexual como un evento social y culturalmente apreciado o sancionado en relación con el género. Mientras que ser hombre conlleva una presión social que promueve la iniciación sexual, el ideal sexual femenino implica pasividad y un no reconocimiento del deseo sexual, que promueve la virginidad hasta el matrimonio. Se podría suponer que el salto entre la virginidad, tener relaciones sexuales y su consecuente evaluación negativa pueden tener repercusiones no sólo en la salud sexual de la adolescente sino también en la esfera de la salud mental con lo que existe la posibilidad de presentar ideación e intento suicida. Se señalan otros factores como el antecedente de abuso sexual¹⁴.

En un estudio realizado por Acosta¹⁵ tipo caso-control, los factores de riesgo de la conducta suicida que estuvieron presentes tanto en los adolescentes estudiados como sus familiares fueron los trastornos psiquiátricos. El consumo de alcohol, la estructura

familiar y la autoestima no se comportaron como factores de riesgo de dicha conducta, contrario a lo que plantean otros autores¹⁶.

En un estudio realizado en La Habana se evidenció un incremento considerable de pacientes pediátricos con conducta suicida en su variante de intento, donde predominó la conducta en el sexo femenino y el grupo de edad de 15-18 años¹⁷. Lo anterior coincide con otros estudios donde el sexo femenino prevalece^{9,18}. Bella¹⁹ agrega que esta relación se invierte cuando se trata de suicidios consumados.

Según Valdivia⁹ el consumo de tabaco y de sustancias ilícitas se relacionan con los intentos de suicidios. La asociación de las variables psicológicas: baja autoestima, alto nivel de desesperanza y presencia de sintomatología depresiva con intento de suicidio está ampliamente descrita en la literatura y es consistente con los hallazgos del análisis bivariado del presente estudio.

La ideación, planes suicidas y la presencia de desesperanza, tuvieron fuerte asociación estadística. Se constataron problemas en la dinámica familiar, autovaloración personal y antecedentes personales y familiares de sintomatología psiquiátrica. Un porcentaje elevado de adolescentes que intentaron suicidarse tuvieron crítica de lo ocurrido¹⁸.

Cortés²⁰ planteó en su estudio la existencia factores personales y familiares asociados con los intentos de suicidio así como un alto porcentaje de adolescentes que intentaron suicidarse con crítica o arrepentimiento de lo ocurrido. El trastorno bipolar y la esquizofrenia también se asocian con un alto riesgo de suicidio, siendo más alto el riesgo de suicidio completo en trastorno bipolar que en depresión¹⁶.

Síntomas

Respecto a los síntomas y signos previos al intento de suicidio en los adolescentes, Gutiérrez¹¹ plantea que se identificaron en la estructura semántica de su estudio: la depresión, la tristeza y el apartarse de los demás como las evidencias más importantes. Igualmente se

identificó un solo modelo cognitivo y un alto consenso cultural entre los adolescentes. En otras palabras, la cognición compartida de los signos y síntomas del intento de suicidio puede verse como un rasgo extremo pero “ordinario” en el contexto de una cultura que prohíbe dar salida a los sentimientos negativos hacia personas con jerarquía e importancia emocional, como los padres, y cuyos síntomas previos son, según el modelo de los jóvenes que participaron en este estudio, depresión, tristeza, apartarse, sentirse solos, callados, agresivos, no querer hablar, no salir, no querer hacer nada ni comer. En otras palabras, todos ellos llevan el mismo mensaje.

En otros estudios el síntoma mayormente reportado fue haber experimentado deseos de dejar de existir y la sintomatología depresiva se asoció fuertemente a la ideación, por lo que podría ser una alerta para prevenir la conducta suicida^{3,14}.

Acerca de qué piensa un adolescente antes de suicidarse, el modelo semántico se agrupó alrededor de la consideración de que sería lo mejor o una salida fácil a un problema¹². López² enumera las características comunes a todo acto suicida: buscar una solución, aliviar el dolor mental, el joven se siente indefenso, el suicida no puede ver otra solución a su problema, el acto trata de comunicar su sufrimiento y el acto suicida es coherente con las actitudes del joven ante los inconvenientes que ha tenido en su vida.

El método suicida más utilizado por los pacientes del estudio de Gerardo²¹ es el envenenamiento por ingestión de sustancias, en especial entre las mujeres, a diferencia de los hombres quienes recurren en una mayor proporción a métodos más violentos. Estas situaciones se repiten en otros estudios realizados¹⁹ en los cuales se plantea que los elementos utilizados para realizar el intento de suicidio se obtuvieron en el hogar (medicamentos, armas, sogas, cáusticos) y en su muestra que el método más utilizado para autoagredirse fue la ingesta de fármacos y, de modo especial, los psicofármacos.

Además de estos, la distimia y el síntoma de desesperanza se pueden considerar como síntomas de alto riesgo, siendo la desesperanza aquella que aumenta la letalidad de los suicidios. Los trastornos relacionados con sustancias como el abuso o dependencia de alcohol así como otras drogodependencias aumentan el número de suicidios consumados¹⁶.

Conducta

Según Pérez¹⁴ antes del intento hay una idea, planeación o deseo de dejar de vivir, por lo que fue importante analizar la relación entre ideación e intento suicida. En sus resultados mostraron que a mayor número de síntomas de ideación, mayor probabilidad de tener un intento suicida.

Debido a la fuerte asociación encontrada entre la ideación y el intento suicida, se puede considerar a la primera como un indicador efectivo del segundo. Entonces la ideación puede resultar clave para diseñar y evaluar el impacto de estrategias dirigidas a prevenir el suicidio.

Prevención

Según la OMS (2014) una manera sistemática de dar respuesta al suicidio es establecer una estrategia nacional de prevención, la cual utilizan medidas como la vigilancia, restricción de los medios que utilizan para el suicidio, directrices para los instrumentos de difusión, reducción del estigma y la captación de personal de salud, educadores y policías, entre otros. De esta manera, esa estrategia nacional incluye áreas de la salud, educación, empleo, bienestar social y justicia.

En cuanto a la población infanto-juvenil, según la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia y la guía de práctica clínica sobre la prevención y tratamiento de la conducta suicida, las intervenciones preventivas deben ser en el ámbito escolar. Las intervenciones en este ámbito consistirían en:

- Programas de prevención basados en el currículo con el objetivo de aumentar los conocimientos sobre el suicidio a través de videos o presentaciones. Como el programa “*Signs of suicide*”, el cual se diseñó para el conocimiento además del cribado de la depresión.
- Programas basados en el entrenamiento en habilidades sociales con el objetivo de detectar a aquellos jóvenes con riesgo de conducta suicida.
- Programas de prevención de cribado basadas en el ámbito escolar sobre la depresión, ideación suicida y conducta suicida previa utilizando para ello entrevistas individuales y *test* autoaplicados.
- Tratamiento en el ámbito escolar.
- Intervenciones tras un suicidio con el objetivo de minimizar aquellos casos de suicidio o de intentos por aprendizaje vicario realizadas para familiares, amigos y profesores.
- Entrenamiento de figuras clave o Gatekeeper con el objetivo de formar a profesores o compañeros para detectar el riesgo de suicidio en los adolescentes.

Además de las intervenciones en este ámbito, proponen la prevención en pacientes con trastornos mentales y la prevención de los medios de comunicación. En esta última se incluirían líneas telefónicas de ayuda, acceso a métodos y medios de comunicación e Internet¹⁶. García¹² refiere que el núcleo familiar es el espacio privilegiado en el que se puede intervenir de manera preventiva.

Los propios jóvenes señalan su acuerdo cultural sobre el diálogo y la expresión de los sentimientos como opciones de prevención del intento de suicidio. Además, se requiere efectuar un esfuerzo transdisciplinario de integración investigativa y política social para evitar intervenciones con base en ensayo y error y proponer estrategias ajustadas a los diversos grupos sociales en los cuales se manifiesta la conducta suicida.

Además de proporcionar a los adolescentes herramientas que faciliten tomar decisiones que impacten positivamente en su desarrollo (por ejemplo para disminuir el consumo de sustancias adictivas o para

decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales), a la vez que se promueve una interacción familiar positiva, al fortalecer la comunicación entre padres e hijos. Además del apoyo psicológico para atender a la población que sufre depresión y abuso sexual¹⁴.

Tratamiento específico

Para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes así como en los trastornos de ansiedad con ideas y riesgo de suicidio se emplean fármacos antidepressivos. A pesar de que aún no existe evidencia, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y en concreto la fluoxetina podría tener un efecto inhibitor de las ideas suicidas y sobre la impulsividad¹⁶.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es eficaz para aquellas personas con trastorno de personalidad con un descontrol de impulsos, ira, inestabilidad emocional y asertividad interpersonal. La TCC se ha mostrado eficaz para reducir el suicidio en personas con depresión¹⁶.

Conclusiones

La conducta suicida en la adolescencia se asocia a múltiples factores biopsicosociales y culturales aunque estos no están muy bien dilucidados y persisten contradicciones respecto a la influencia del alcohol, la estructura familiar y el autoestima. La ideación, planes suicidas y la presencia de desesperanza son considerados factores con fuerte asociación estadística. La depresión, la distimia, la desesperanza y otros son síntomas que se asocian a los adolescentes antes de incursionar en el acto suicida. La terapia cognitivo-conductual y una estrategia nacional de prevención se han mostrado eficaces para reducir el intento suicida.

Autoría

Todos los autores participaron en igual medida en la realización del estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Ninguno.

Referencias

1. Moya J. La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. 2007
2. López L. Monografía: suicidio adolescente en Uruguay. Universidad de la República de Uruguay. 2014.
3. Alba A, Aguilar J, Medina R. Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spiritus. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 2010;48(1):14-22.
4. Echávarri O, Maino P, Fischman R. Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. *Rev Psicol.* 2015;10(79).
5. Sánchez-Sosa JC, Villarreal-González ME, Musitu G, Martínez B. Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Rev Psicol.* 2010;19(3):279-87.
6. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica. *Rev Psicol Clín Niños Adolesc.* 2016;3(1):9-18.
7. "Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). Instituto Nacional de estadística y geografía. 8 de septiembre de 2015. AGUASCALIENTES, AGS.
8. León S, Lainé D. Conducta suicida en adolescentes. *Hospital Pediátrico Docente " Juan M. Márquez" Trienios 2004-2006 y 2007-2009. ADOLECA.* 2013.
9. Valdivia M, Silva D, Sanhueza F, Cova F, Melipillán R. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Rev Med Chile.* 2015;143: 320-28.
10. Acosta A, Izquierdo JM. Algunos factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes. Centro para la Atención Integral al Adolescente. Provincia Artemisa. 2011.
11. Gutiérrez EM, Alfonso JD, Rivera RM. Intencionalidad suicida en la pubertad y adolescencia. Chiquimula, Guatemala, Agosto 2014.
12. García JE, Quintanilla R, Sánchez LM. Consenso Cultural sobre el Intento de Suicidio en Adolescentes. *Rev Colombiana Psicol.* 2011; 20(2):167-79.
13. Serrano MG, Flores MM. Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicol y Salud.* 2005;15(2):221-30.
14. Pérez-Amescua B, Rivera-Rivera L, Atienzo E. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México.* 2010;52(4).
15. Acosta A, Izquierdo JM, Milián M. Algunos factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes. Centro para la Atención Integral al Adolescente. Artemisa. 2011.
16. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Rev Psicol Clín Niños y Adolescentes.* 2016;3(1):9-18.
17. León S, Lainé D. Conducta suicida en adolescentes. *Hospital Pediátrico Docente " Juan M. Márquez" Trienios 2004-2006 y 2007-2009. ADOLECA;* 2013.
18. Cortés Alba, Aguilar Juan, Medina Ramón, Toledo JL, Echemendía B. Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spiritus. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 2010;48(1).
19. Bella ME, Fernández RA, Willington JM. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Arch. Argent. Pediatr.* 2010;108(2):124-129.
20. Cortés A, Aguilar J, Suárez R. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2011;27(1):33-41.
21. Gerardo JA, Pérez Á. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colomb Med.* 2003; 4:9-16.