

# Conductas suicidas en adolescentes brasileños: análisis exploratorio de prevalencia y factores de riesgo

Dra. Cristiane S. Duarte, Dra. Isabel A.S. Bordin, Magister Cristiane S. de Paula y Dra. Christina W. Hoven

## RESUMEN

**Antecedentes:** En 1995, la tasa de mortalidad de suicidio entre adolescentes brasileños (15–19 años) fue 4.5 para niños y 2.1 para niñas. A la fecha, no ha habido estudios comunitarios sobre las conductas suicidas (ideación suicida, intentos o conductas autodestructivas) entre adolescentes en Brasil. **Objetivos:** Realizar un estudio exploratorio sobre la prevalencia de conductas suicidas entre adolescentes urbanos de bajos ingresos y los factores de riesgo asociados con estas conductas. **Método:** En una comunidad cercana a São Paulo, Brasil, 42 adolescentes (11–17 años) y sus madres (muestra probable de familias; atrición=16%) respondieron a las versiones brasileñas del Inventario de Conducta Infantil (Child Behavior Checklist) y el Auto Reporte Juvenil (Youth Self-Report). **Resultados:** De acuerdo a los adolescentes, la prevalencia de conductas autodestructivas incluyendo intentos de suicidio fue 14.3% y de pensamientos suicidas fue 9.5%. Sin embargo, las madres no reportaron el pensamiento suicida o las conductas autodestructivas entre sus niños, y las madres atribuyeron más conducta desviada que los adolescentes en la escala internalizante. Entre los factores de riesgo como el género, violencia física contra el adolescente en el medio familiar, y problemas de salud mental maternal y del adolescente, los dos últimos factores fueron hallados marginalmente asociados con conductas suicidas en adolescentes. **Conclusión:** Datos preliminares revelaron que la tasa de conductas suicidas en la comunidad urbana de bajos ingresos estudiada, es alta y que, está estrechamente relacionada con la presencia de problemas de salud mental individuales y maternos.

## RESUMO

Comportamentos suicidas em adolescentes brasileiros: análise exploratória de prevalência e fatores de risco

**Histórico:** Em 1995, a taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes brasileiros (15-19 anos de idade) era de 4,5 para meninos e 2,1 para meninas. Até hoje, não houve um estudo populacional sobre comportamentos suicidas (idéias suicidas, tentativas de suicídio ou comportamentos auto-destrutivos) entre adolescentes brasileiros. **Objetivos:** Conduzir um estudo exploratório sobre a prevalência de comportamentos suicidas entre adolescentes urbanos de baixa renda e fatores de risco associados. **Método:** Em uma comunidade localizada perto de São Paulo, Brasil, 42 adolescentes (11–17 anos de idade) e suas mães (amostra probabilística de residências; perda amostral=16%) responderam às versões brasileiras do Questionário do Comportamento Infantil (Child Behavior Checklist) e Inventário de Comportamentos Auto-Referidos (Youth Self-Report). **Resultados:** De acordo com os adolescentes, a prevalência de comportamentos autodestrutivos incluindo tentativas de suicídio foi de 14,3% e ideação suicida foi 9,5%. No entanto, as mães não reportaram a presença de ideação suicida ou comportamento autodestrutivo em seus filhos, embora tenham referido mais problemas de comportamento internalizadores do que o que foi referido pelos próprios adolescentes. Considerando fatores de risco como gênero, violência física severa contra o adolescente no ambiente familiar, e problemas de saúde mental da mãe e do adolescente, os dois últimos fatores apresentaram-se marginalmente associados a comportamentos suicidas em adolescentes. **Conclusão:** Dados preliminares revelaram que a taxa de comportamentos suicidas na comunidade urbana de baixa renda estudada é elevada e está intimamente relacionada à presença de problemas de saúde mental maternos e individuais.

## ABSTRACT

Suicidal behaviors in Brazilian adolescents: exploratory analysis of prevalence and risk factors

**Background:** In 1995, the mortality rate of suicide among Brazilian adolescents (15-19 years old) was 4.5 for boys and 2.1 for girls. To date, there has been no community study on suicidal behaviors (suicide ideation, attempts or self-harmful behaviors) among adolescents in Brazil. **Objectives:** To conduct an exploratory study about the prevalence of suicidal behaviors among urban low-income adolescents and the risk factors associated with these behaviors. **Method:** In a community near São Paulo, Brazil, 42 adolescents (11–17 years old) and their mothers (probable sample of households; attrition=16%) answered the Brazilian versions of Child Behavior Checklist and Youth Self-Report, respectively. **Results:** According to the adolescents, prevalence of self-harmful behaviors including suicide attempts was 14.3% and of suicide ideation was 9.5%. However, mothers did not report suicidal ideation or self-harmful behaviors among their children, and mothers attributed more deviant behavior than adolescents on the internalizing scale. Among risk factors such as gender, severe physical violence against the adolescent in the family environment, and maternal and adolescent mental health problems, the last two factors were found to be marginally associated with suicidal behaviors in adolescents. **Conclusion:** Preliminary data revealed that the rate of suicidal behaviors in the studied urban low-income community is high and that it is closely related to the presence of individual and maternal mental health problems.

La Dra. Duarte es investigadora en la Universidad Federal de Sao Paulo, Escuela Paulista de Medicina, en São Paulo, Brasil e investigadora en la Universidad de Columbia, Nueva York, Estados Unidos. La Dra. Bordin y la Magister de Paula son investigadores en la Universidad Federal de São Paulo, Escuela Paulista de Medicina. La Dra. Hoven es profesora en la Universidad de Columbia.

### Introducción

Aunque el suicidio juvenil es el resultado fatal de varios factores, un trastorno psiquiátrico parece estar presente en por lo menos 80% de los casos, de acuerdo con los estudios realizados en los Estados Unidos.<sup>1,2</sup> Así, los profesionales de salud mental que prestan atención a los adolescentes deberían estar bien informados sobre las conductas suicidas en adolescentes. Tradicionalmente, el suicidio juvenil ha sido considerado un problema de países desarrollados, donde se han encontrado las más altas tasas. Generalmente en países en desarrollo, el impacto de los otros tipos de muerte por causas externas como los accidentes y, en particular los homicidios, es tan abrumador, que el suicidio juvenil probablemente no es considerado como un problema de salud pública.

Las diferencias en las tasas de suicidio juvenil de acuerdo con nivel del desarrollo de un país pueden no ser mantenidas en el futuro. En los Estados Unidos, las tasa de suicidio juvenil han ido disminuyendo desde la década de 1990,<sup>3</sup> y esto parece ser un fenómeno común en otros países desarrollados. Las razones de la disminución son aún desconocidas, pero una de las hipótesis es el efecto del tratamiento para la depresión juvenil. En 1996, 2.1% de niños entre 15 y 18 años que vivían en Estados Unidos usaban antidepresivos, una figura que refleja un claro incremento en el uso comparado a las tasas en 1987.<sup>4</sup> En Latinoamérica, la declinación de las tasas de suicidio juvenil no ha sido aún observada; por el contrario, la información disponible indica que en años recientes las tasas de suicidio juvenil se han visto incrementadas en la región.<sup>5</sup> Sin embargo, debe considerarse que la información sobre suicidio en países en desarrollo es frecuentemente obtenida exclusivamente a través de los registros oficiales de mortalidad, los que pueden ser de calidad cuestionable.

Desde la perspectiva de los profesionales de salud mental, es muy importante entender los determinantes de las conductas suicidas no letales entre los adolescentes, las que pueden incluir intento de suicidio, ideación suicida u otras conductas autodestructivas. Estas conductas, aunque no siempre resultan en muerte, generalmente preceden a un suicidio consumado y, si son apropiadamente encaradas, pueden ser la más efectiva fuente de información para la prevención del suicidio. Además, las conductas de suicidio juvenil ciertamente involucran mucho sufrimiento interno y por tanto merecen ser atendidas.

### Suicidio juvenil en Brasil

En 1995, la tasa de mortalidad de suicidio en adolescentes brasileños (15–19 años) fue 4.5 para niños y 2.1 para niñas.<sup>6</sup> Actualmente en Brasil, la muerte por causas externas fue la única categoría de mortalidad juvenil que no mostró variación negativa desde el Censo de 1980 hasta el censo de 1991<sup>7</sup> y el mismo patrón de variación fue observado en las tasas de suicidio juvenil.<sup>6</sup> Esto merece especial preocupación ya que indica que el problema del suicidio juvenil puede estar empeorando.

Investigadores brasileños reconocen que los registros oficiales de muertes por causas externas pueden no ser precisos en algunas regiones.<sup>8</sup> Después de un examen

cuidadosa de los registros de muertes categorizadas como “accidentes no específicos” o “intento no determinado de mortalidad” en Sao Paulo (considerada la ciudad brasileña con la más alta calidad de información sobre mortalidad en el país), varios suicidios no clasificados fueron detectados, demostrando que las tasas reales pueden estar subestimadas.<sup>9</sup> Sin embargo, un considerable progreso ha resultado desde la introducción de registros estandarizados para el país entero en 1976, cuando los datos a nivel nacional sobre mortalidad infantil se hicieron disponibles.<sup>6</sup>

Los estudios de prevalencia de intentos de suicidio adolescente en Brasil son restringidos al contexto escolar, donde las tasas variaron de 8.6%<sup>10</sup> a 9%.<sup>11</sup> De acuerdo con la literatura internacional, los intentos de suicidio fueron más comunes en niñas (10.2%) que en niños (7.6%).<sup>12</sup> Las tasas brasileñas parecen ser ligeramente más altas que aquellas encontradas en los Estados Unidos, donde se ha reportado una prevalencia de intentos de suicidio de 5 a 8%, con 1 a 3% requiriendo atención médica.<sup>13</sup> Adicionalmente, las tasas de intentos de suicidios adolescentes pueden estar subestimadas en Brasil, al estar tasas están basadas sólo en muestras escolares, pues el abandono escolar es un evento frecuente (21.3%) entre los 15 a 17 años de edad en el área metropolitana de Sao Paulo,<sup>14</sup> donde la mayoría de estudios fueron realizados.

Cuando se considera el pensamiento suicida en la juventud brasileña, el único estudio que evaluó este evento encontró 23.8% para niños y 29.2% para niñas en una muestra de 2059 estudiantes de octavo y décimo grado de la ciudad de Santos.<sup>12</sup> Estas tasas fueron también más altas que el 17 a 19% reportado en los Estados Unidos.<sup>15</sup>

### Factores de riesgo para conductas suicidas en adolescentes

Las conductas suicidas previas y los trastornos psiquiátricos son muy comunes en adolescentes que presentan conductas suicidas. Del 20 al 30% de los adolescentes que cometieron suicidio habían tenido un intento previo; entre 50 y 60% tenían trastornos depresivos, pero el abuso de sustancias y trastornos de conducta también fueron frecuentes.<sup>2,16</sup>

Mientras que para algunos autores la presencia de un trastorno mental es el factor de riesgo más importante para un suicida adolescente,<sup>17</sup> para otros, la influencia de una amplia gama de factores ambientales es de igual importancia.<sup>18,19</sup> La literatura presenta evidencia que apoya la asociación de conductas suicidas con situaciones de vida estresantes tales como problemas de disciplina,<sup>20</sup> contacto con historias de suicidio diseminados por los medios de comunicación<sup>21</sup> y orientación homosexual.<sup>22</sup> Entre los factores familiares, la historia de suicidio<sup>18,23</sup> y la psicopatología de los padres fueron encontrados significativos. De hecho, la psicopatología de los padres, principalmente la depresión y el abuso de sustancias, fueron relacionados tanto con suicidio consumado<sup>18,24</sup> como con ideación suicida.<sup>25</sup>

Investigar la asociación entre el castigo físico del adolescente y el suicidio es particularmente difícil debido a la baja tasa esperada de ocurrencia de ambos fenómenos y la

## Enfoque clínico

---

inconsistencia de hallazgos reportados.<sup>17</sup> Después de controlar otros factores presentes en las relaciones padre-adolescentes, reportaron que el suicidio no estuvo asociado con el castigo físico severo.<sup>18,26</sup> Otros estudios, sin embargo, encontraron una asociación entre el suicidio y el castigo físico por un padre.<sup>24,27</sup> Considerando las investigaciones realizadas hasta ahora, puede ser útil estudiar la relación entre las conductas suicidas y la violencia física en un contexto de condición socioeconómica baja, donde la prevalencia de la violencia física es al parecer alto. Los dos estudios que investigaron factores de riesgo asociados con conductas suicidas adolescente en Brasil identificaron posesión y tenencia de armas de fuego, uso de sustancias, haber sido abusado sexualmente<sup>12</sup> y la presencia de un problema de salud mental como factores importantes.<sup>28</sup> En relación al género, por lo menos en los Estados Unidos, puede observarse una paradoja.<sup>29</sup> Las tasas de suicidio difieren por el género de acuerdo con la conducta suicida: los intentos y pensamientos suicidas son más comunes en niñas, mientras que el suicidio consumado es más común en niños.<sup>30,31</sup>

Con todos estos elementos en mente, el objetivo del presente estudio es realizar un análisis exploratorio de la prevalencia de la conducta suicida adolescente en una muestra representativa de la comunidad de adolescentes de bajos ingresos en Brasil, y verificar si el género, los problemas de salud mental del adolescente o de la madre y el castigo físico severo del niño están asociados con conductas suicidas en los adolescentes. En general, es claramente relevante estudiar las conductas suicidas juveniles en un contexto socialmente desaventajado, donde algunos de los factores de riesgo potenciales tienden a ser frecuentes (por ejemplo; violencia física).

### Método

La muestra inicial fue seleccionada al azar en una comunidad urbana de bajos ingresos cerca de la ciudad de São Paulo, Brasil. Cincuenta familias cumplieron el criterio de elegibilidad: madres no mayores de 49 años con al menos un niño de 11 a 17 años. La muestra final representativa de la comunidad estudiada, incluyó 42 adolescentes y sus madres (tasa de atrición=16%). La conducta suicida y los problemas de salud mental en adolescentes fueron evaluados por las versiones brasileñas del Inventario de Conducta Infantil (Child Behavior Checklist [CBCL]) y el Auto Reporte Juvenil (Youth Self-Report [YSR]), respectivamente. La presencia de conducta suicida fue definida como una respuesta positiva a por lo menos uno de los dos items presentes, tanto en el CBCL como en el YSR: el ítem 18 evaluó conductas autodestructivas incluyendo intentos de suicidio y el ítem 91 evaluó ideación suicida. El ítem 91 es ligeramente diferente en el YSR y el CBCL, ya que se requiere que los adolescentes registren ideas de suicidio, pero se les pregunta a las madres si sus niños hablan sobre matarse ellos mismos. Se consideró que los adolescentes tenían un problema de salud mental cuando se presentaron en el rango clínico total del CBCL o el YSR, con problemas externalizantes o internalizantes, que fueron operacionalmente definidos como puntajes T iguales o

mayores que 60 ( que el percentil 90). Las versiones brasileñas de los instrumentos fueron obtenidas a través de traducción cuidadosa, retraducción y adaptación cultural, y datos de validez preliminar están disponibles para el CBCL.<sup>32</sup> Este estudio también usó el cuestionario base WorldSAFE, un instrumento desarrollado por el comité directivo de los Estudios Mundiales de Abuso en Medios Familiares (World Studies of Abuse in Family Environments).<sup>33</sup> El desarrollo del instrumento fue apoyado por la Red Internacional de Epidemiología Clínica (International Network of Clinical Epidemiology), con el propósito de recolectar información sobre violencia doméstica y factores de riesgo potenciales en países en desarrollo. Las preguntas sobre agresión física contra el niño en el medio familiar incluyeron items de las Escalas Tácticas de Conflicto (Conflict Tactics Scales)<sup>34</sup> así como items basados en la información cualitativa sobre violencia doméstica obtenida de los 5 países involucrados en la iniciativa del WorldSAFE (versión inglesa, derechos registrados en 2001).<sup>33</sup>

La experiencia adolescente de agresión severa física por la madre y/o su esposo/pareja en los 12 meses pasados fue definida por la presencia de uno o más de las siguientes conductas de los padres: golpes, patadas, quemaduras o peleas. Esta definición se basó en un consenso entre los miembros del comité directivo de WorldSAFE. El cuestionario base del WorldSAFE fue traducido al portugués, vuelto a traducir y evaluado en el campo (N=28). El Cuestionario de Auto Reporte (Self-Report Questionnaire)<sup>35</sup> fue usado para evaluar la salud mental materna.

### Resultados

La muestra incluyó 22 (52.4%) niñas y 20 (47.6%) niños con una edad promedio de 13.9 ( $\pm 2.2$ ) años para niñas y 13.6 ( $\pm 1.7$ ) para niños. De acuerdo a la información proporcionada por los adolescentes en el YSR, la tasa de ideación suicida fue 9.5% y la frecuencia de conductas autodestructivas incluyendo intentos de suicidio fue 14.3%. Cuando las madres fueron las informantes, la ideación suicida o conductas autodestructivas incluyendo intentos de suicidio entre adolescentes no fueron reportados.

Cuando se examina si los problemas de conducta del adolescente reportados por el mismo adolescente y/o la madre estuvieron asociados con dos tipos de conductas suicidas en adolescentes, reportados por los adolescentes (ideación suicida y conductas autodestructivas incluyendo intentos de suicidio) se encontró que los adolescentes que reportaron idea de suicidio en YSR parecían presentar más problemas conductuales totales en el rango clínico (Tabla 1). Una tendencia en la misma dirección fue observada con las conductas autodestructivas, pero la asociación no alcanzó significación estadística.

Con un intento por entender mejor las diferencias entre la madre y el adolescente al reportar las conductas suicidas juveniles, los resultados de los puntajes CBCL y YSR en total, los problemas internalizantes y externalizantes fueron comparados (resultados no mostrados). Se observó que además de las conductas suicidas, los reportes de la madre y

el joven también difirieron cuando se consideraron las categorías amplias de los problemas conductuales infantiles. Por ello, la probabilidad de definir un adolescente como poseedor de un problema de salud mental fue más alto cuando la madre, en lugar del joven, fue el informante, tanto para problemas totales (Prueba Exacta de Fisher  $p=.045$ ) y para problemas internalizantes (Prueba Exacta de Fisher  $p=.006$ ), comparando los puntajes promedios de la madre (CBCL) y del adolescente (YSR) en total, problemas internalizantes y externalizantes, sólo los promedios para puntajes internalizantes fueron diferentes entre los dos informantes. Los puntajes T resultantes de los informes de las madres fueron más altos que aquellos resultantes de los adolescentes (Prueba T para muestras en pares,  $p=.044$ ).

Debido a estos resultados, y considerando que las madres no reportaron ocurrencia alguna de conductas suicidas en sus hijos/hijas, decidimos no combinar información de la madre y del adolescente y restringir el análisis de los factores que influyen el suicidio al reporte del adolescente. Como se observó en la Tabla 2, más de uno en cinco adolescentes (21.4%) reportaron por lo menos un tipo de conducta suicida (ideación, intento o conducta autodestructiva). Los problemas de salud mental fueron frecuentes entre adolescentes (38.1%) y sus madres (52.3%), como lo fue el castigo físico severo del adolescente en los 12 meses previos (50%).

La Tabla 3 muestra los resultados de un modelo de regresión que evalúa la asociación entre algún tipo de conducta suicida y los problemas de salud mental de la madre y del adolescente, el castigo físico severo del adolescente y el género. Usando una técnica de análisis de regresión logística gradual regresiva, los problemas de salud mental materna y del adolescente fueron los únicos dos factores encontrados con cocientes de probabilidad significativa a un nivel  $p$  de 0.10.

**Discusión**

En la presente muestra, 14.3% de los adolescentes reportaron conductas autodestructivas en los últimos seis meses. Probablemente debido a que lo autodestructivo medido por CBCL/YSR incluye conductas diferentes a los intentos de suicidio, esta tasa fue más alta que las equivalentes encontradas en los Estados Unidos,<sup>13</sup> y en los estudios brasileños previos limitados al contexto escolar. La prevalencia de 9.5% de ideación suicida fue más baja que lo esperado tanto en los Estados Unidos como en Brasil.

El desacuerdo entre informantes en la evaluación de la psicopatología del niño y del adolescente está bien establecida.<sup>36</sup> Todavía no está claro por qué las madres no reportaron ideación suicida o conductas autodestructivas en sus hijos/hijas. El hecho de que la mayoría de resultados contrastantes fueran obtenidos por problemas internalizantes es concordante con otros estudios,<sup>37</sup> pero el hallazgo de que las madres reportaban más problemas internalizantes que los adolescentes no lo es.<sup>38</sup>

El hecho que las madres no notaran la ideación o intentos suicidas o las conductas autodestructivas de los adolescentes, por un lado, y la probabilidad de reportar conductas internalizantes de los adolescentes aparte de conductas suicidas, por otro lado, sugieren que las madres no consideran el suicidio del adolescente como una ocurrencia posible. Esto puede ser el resultado del estigma profundo asociado con el suicidio adolescente. El notar los problemas internalizantes puede ser más fácil y más común que aceptar la posibilidad del suicidio juvenil. Las características específicas de la población estudiada (por ejemplo, baja condición socio-económica y medio ambiente violento) pueden también estar relacionadas al patrón de los resultados descritos aquí. Uno puede hipotetizar que los adolescentes en la comunidad estudiada no están acostumbrados a expresar sus preocupaciones y sentimientos a sus madres y pueden esconder conductas autodestructivas de sus familias.

Sin embargo, los aspectos metodológicos deben también ser tomados en cuenta: el pequeño tamaño de la muestra es

**Tabla 1**  
**Asociación entre problemas de salud mental en adolescentes, reportados en el CBCL y el YSR y dos tipos de conductas suicidas auto reportadas por adolescentes: ideación suicida y conductas autodestructivas (incluyendo intentos de suicidio).**

Problemas de salud mental	Ideación suicida (YSR)			Conductas autodestructivas (YSR)		
	Si n (%)	No n (%)	p	Si n (%)	No n (%)	p
<b>CBCL</b>						
Internalizante	3 (75.0)	21 (55.3)	NS*	3 (50.0)	21 (27.8)	NS*
Externalizante	3 (75.0)	11 (28.9)	NS*	4 (66.7)	10 (27.8)	NS*
Problemas totales	3 (75.0)	15 (39.5)	NS*	4 (66.7)	14 (38.9)	NS*
<b>YSR</b>						
Internalizante	1 (25.0)	7 (18.4)	NS*	1 (16.7)	7 (19.4)	NS*
Externalizante	2 (50.0)	12 (31.6)	NS*	3 (50.0)	11 (30.6)	NS*
Problemas totales	4 (100.0)	12 (31.6)	0.016	3 (50.0)	13 (36.1)	NS*

\*Prueba Exacta de Fisher no significativa ( $p>0.05$ )  
YSR=Autoreporte Juvenil; CBCL= Inventario de Conducta Infantil.

Duarte CS, Bordin IAS, de Paula CS, Hoven CW. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 2. Núm 4. 2002.

**Tabla 2**  
**Frecuencia de conductas suicidas adolescentes y potenciales factores de riesgo**

	Adolescentes (N=42)	
	n	(%)
Ideación suicida*	4	(9.5)
Intento de autodestrucción y/o suicidio*	6	(14.3)
Ideación suicida, intento o conducta autodestructiva*	9	(21.4)
Problemas de salud mental del adolescente*	16	(38.1)
Problemas de salud mental de la madre†	22	(52.3)
Género masculino †	20	(47.6)
Castigo físico severo†	21	(50.0)

\*conductas auto reportadas (YSR)  
† conductas reportadas por la madre (CBCL)  
YSR=Autoreporte Juvenil; CBCL= Inventario de Conducta Infantil

Duarte CS, Bordin IAS, de Paula CS, Hoven CW. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 2. Núm 4. 2002.

## Enfoque clínico

claramente una limitación mayor del presente estudio, que puede ser la razón del por qué las correlaciones de la madre y del adolescente sobre problemas internalizantes y externalizantes no alcanzaron significancia estadística. Además se necesita información más específica y detallada sobre los intentos de suicidio de los adolescentes (reportes de personas que estuvieron advertidas del intento, consecuencias físicas y requerimiento de atención médica) para así permitir un mejor entendimiento del suicidio juvenil en Brasil.

La existencia de una asociación entre trastornos mentales y conductas suicidas en el presente estudio es consistente con investigaciones previas. Aunque el pequeño tamaño de la muestra sólo permitió un examen exploratorio de la relación entre variables, los datos disponibles hasta ahora son consistentes con la existencia de una fuerte asociación (cociente de probabilidad=4.5) entre los problemas de salud mental juvenil y las conductas suicidas en los adolescentes brasileños. Se puede decir lo mismo sobre la asociación entre la salud mental materna y las conductas suicidas infantiles (cociente de probabilidad=4.7). A pesar del hecho que la magnitud de estas asociaciones parece ser alta, éstas son sólo significativas a un nivel de 0.10, no permitiendo de hacer conclusiones más claras sobre los resultados antes de que estos hallazgos sean corroborados en una muestra más grande. Además, el diseño transversal del estudio nos impide formular una inferencia causal: no es posible determinar qué factor precede al otro. Tampoco es posible, basado en los datos disponibles, llegar a comprender bien interrogantes amplios tras las conductas suicidas adolescentes. Por ejemplo, si hubiera una asociación entre los trastornos mentales maternos (o incluso de los padres) y las conductas suicidas adolescentes, la medida en la cual los mecanismos ambientales y genéticos están involucrados es una pregunta que se mantiene sin respuesta.

El hecho de que el género no estuviera relacionado con las conductas suicidas en nuestra muestra puede ser el resultado de la definición muy amplia de las conductas suicidas. Los resultados negativos en relación al castigo físico pueden ser entendidos considerando los distintos problemas metodológicos presentes en investigaciones que examinan los

efectos de la exposición infantil a la violencia doméstica. Estos problemas incluyen la definición del castigo físico, ya que puede variar significativamente entre las diferentes culturas, comunidades o grupos de investigación. También hay problemas de medición así como temas éticos, derivados de los reportes o intervención mandatorios cuando una situación dañina es detectada. Las variables confusas son otro tema de preocupación, ya que las asociaciones detectadas puedan bien reflejar el contexto social y familiar desaventajado dentro del cual ocurre el abuso, más que efectos traumáticos directos del castigo físico de ajuste individual.<sup>25</sup> El hecho que tanto el suicidio como el abuso físico no sean eventos frecuentes, puede obstruir adicionalmente el entendimiento de su relación compleja. El estudio actual considera algunos de estos problemas al usar el cuestionario WorldSAFE, que fue elaborado por los investigadores de diferentes culturas, y focalizando la investigación en una comunidad de bajos ingresos. En este sentido, nuestros datos exploratorios indican que el castigo físico severo no está asociado con la conducta suicida adolescente en una comunidad brasileña de bajos ingresos, pero que estos resultados deberían ser considerados con mucho cuidado, ya que el presente estudio puede no haber tenido suficiente poder estadístico para detectar una asociación.

Desde una perspectiva clínica, el presente estudio revela varios temas importantes. Primero que todo, los clínicos deberían estar advertidos que las conductas suicidas parecen ser comunes entre adolescentes de bajos ingresos con problemas psiquiátricos, aún si no son verbalmente manifestados. Un segundo punto a ser considerado está relacionado con el compromiso de los padres en el tratamiento de las conductas suicidas adolescentes, ya que al menos en nuestra muestra, las madres estaban experimentando sufrimiento mental significativo, y fueron mayormente incapaces de reconocer las manifestaciones de autodestrucción y/o suicidas de sus niños.

Desde una perspectiva de salud pública, considerando que los datos de prevalencia sobre suicidio adolescente basados en las muestras comunitarias no están aún disponibles en Brasil, una definición más precisa de la magnitud de estos problemas, así como de los factores de riesgo para conductas suicidas, son ciertamente primeros pasos necesarios para la formulación de políticas preventivas y efectivas, adecuadas para aquellas comunidades más necesitadas. Nuestros datos sugieren que proveer tratamiento adecuado temprano para los problemas de salud mental adolescente puede tener resultados extensos siendo uno de ellos una disminución en las tasas suicidas adolescentes. La información preliminar obtenida a través de este estudio sugiere que una estrategia importante para dirigir el tema del suicidio juvenil dentro del contexto brasileño sería un intento para reducir el estigma de suicidio adolescente, de modo que los padres pueden contribuir a la identificación de adolescentes más necesitados de ayuda.

**Tabla 3**  
**Modelo de regresión que evalúa la asociación entre factores potenciales de riesgo y algún tipo de conducta suicida (ideación, intento y conducta autodestructiva) en adolescentes**

Factores de Riesgo	Ideación o intento suicida y conducta autodestructiva			
	CP	(90%IC)	CPA*	(90%IC)
Problemas de salud mental del adolescente	4.6	(1.2–17.2)	4.5	(1.1–18)
Problemas de salud mental de la madre	4.7	(1.1–20.1)	4.7	(1.0–21)
Género	1.1	(0.3–3.9)		
Castigo físico severo	0.9	(0.2–3.2)		

\* CPAs estimados a través de un análisis de regresión logística gradual regresiva.

CP=cocientes de probabilidad no ajustados (comparación bivariada); IC=Intervalo de confianza; CPA=cocientes de probabilidad ajustados.

Duarte CS, Bordin IAS, de Paula CS, Hoven CW. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 2. Núm 4. 2002.

## Conclusión

Los datos preliminares revelaron que la tasa de las conductas autodestructivas incluyendo intentos de suicidio entre adolescentes en la comunidad urbana de bajos ingresos estudiada es alta. De especial preocupación es el hecho que las madres parecen no estar advertidas de la ideación suicida o conductas autodestructivas de sus niños, incluyendo intentos de suicidio. Los problemas de salud mental del adolescente y de la madre estuvieron asociados con las conductas suicidas en adolescentes. Un estudio basado en la población con una muestra más grande y usando medidas más detalladas de las conductas suicidas adolescentes es necesario para corroborar los hallazgos presentes y, si son confirmados, para contribuir al tratamiento y campañas educacionales orientados al tema del suicidio entre adolescentes en Brasil. **PSI**

## Agradecimiento

Esta investigación fue financiada por la subvención BEX1159/00-3 a la Dra. Duarte proveniente de la Coordinación para la Especialización de Profesionales Graduados—CAPES, Brasil (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

## Referencias

- Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999; 38:1497-1505.
- Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1996; 53:339-348.
- National Center for Health Statistics. Suicide rates per 100,000 living population (all ages) 1998. Available at: [http://www.cdc.gov/nchs/data/gm291\\_1.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/gm291_1.pdf) U.S. Department of Health and Human Services. Accessed June 22, 2002.
- Olfson M, Marcus SC, Weissman MM, Jensen PS. National trends in the use of psychotropic medications by children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41:514-521.
- Pan American Health Organization. Statistics on homicides, suicides, accidents and attitudes towards violence. Available at: <http://www.paho.org/English/HCP/HCN/VIO/violence-graphs.htm>. Accessed June 22, 2002.
- Mello-Jorge M. Como morrem nossos jovens. In: *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, Brazil: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento; 1998:209-289.
- Szwarcwald CL, Leal MC. Sobrevivência ameaçada dos jovens brasileiros: a dimensão da mortalidade por armas de fogo. In: *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, Brazil: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento; 1998:363-398.
- Banos MDA, Ximenes R, Lima MLC. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendência na série temporal de 1979 a 1995. *Rev Saude Publica.* 2001;35:142-149.
- Drummond M Jr., Lira MM, Freitas M, Nitrini TM, Shibao K. [Evaluation of the quality of mortality information by unspecified accidents and events of undetermined intent]. *Rev Saude Publica.* 1999;33:273-280.
- Carlini-Cotrim B, Gazal-Carvalho C, Gouveia N. [Health behavior among students of public and private schools in S. Paulo, Brazil]. *Rev Saude Publica.* 2000;34:636-645.
- Feijo RB, Saueressig M, Salazar C, Chaves ML. Mental health screening by self-report questionnaire among community adolescents in southern Brazil. *J Adolesc Health.* 1997;20:232-237.
- Anteghini M, Fonseca H, Ireland M, Blum RW. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian Adolescents in Santos, Brazil. *J Adolesc Health.* 2001;28:295-302.
- Center for Disease Control. Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* 2000;49:1-95.
- Madeira FR. Recado dos jovens: mais qualificação [A message from the youth: more education]. In: *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas* [Youth being considered by public policy programs]. Brasília, Brazil: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento; 1998.
- CDC surveillance summaries: Youth risk behavior surveillance: United States, 1997. Washington, DC: Center for Disease Control and Prevention; 1998:47.
- Brent DA. Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide Life Threat Behav.* 1995;25(Suppl):52-63.
- Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry.* 2000;34:420-436.
- Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53:1155-1162.
- McQuillan CT, Rodriguez J. Adolescent suicide: A review of the literature. *Bol Asoc Med P R.* 2000; 91:30-38.
- Brent DA, Perper JA, Moritz G, et al. Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study. *Suicide Life Threat Behav.* 1993;23:179-187.
- Gould MS. Suicide and the media. *Ann NY Acad Sci.* 2001;932:200-221.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:876-880.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35:1575-1583.
- Brent DA, Perper JA, Moritz G, et al. Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;89:52-58.
- Fergusson DM, Lynskey MT. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34:1308-1317.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35:1174-1182.
- Fergusson DM, Lynskey MT. Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse Negl.* 1997;21:617-630.
- Feijo RB, Saueressig M, Salazar C, Chaves ML. Mental health screening by self-report questionnaire among community adolescents in southern Brazil. *J Adolesc Health.* 1997;20:232-237.
- Gould MS, Kramer RA. Youth suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav.* 2001;31(Suppl):6-31.
- Garrison CZ, McKeown RE, Valois RF, Vincent ML. Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. *Am J Public Health.* 1993;83:179-184.
- Gould MS, King R, Greenwald S, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37:915-923.
- Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do 'Child Behavior Checklist' (CBCL)—Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência: dados preliminares. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria.* 1995;17:55-66.
- WorldSAFE World Studies of Abuse in Family Environments. Available at <http://www.inclen.org/research/ws.html>. Accessed June 22, 2002.
- Straus M, Gelles RJ, Steinmetz S. *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*. New York, NY: Anchor/Doubleday, 1980.
- World Health Organization. *A User's Guide to the Self Report Questionnaire (SRQ)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1994.
- Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull.* 1987;101:213-232.
- Cantwell DP, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Correspondence between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36:610-619.
- Weissman MM, Leaf PJ, Bruce ML. Single parent women. A community study. *Soc Psychiatry.* 1987;22:29-36.