

TENDENCIA A LA VIOLENCIA E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARES EN UNA CIUDAD DE LA AMAZONÍA PERUANA

Pablo Cano^{1,a}, César Gutiérrez^{2,b}, Martín Nizama^{3,4,a}

RESUMEN

Tanto el suicidio como la violencia en adolescentes son fenómenos prevalentes en el mundo. **Objetivos.** Determinar la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en adolescentes escolares. **Materiales y métodos.** Estudio transversal analítico, realizado en la ciudad amazónica de Pucallpa, Perú, en marzo-abril de 2008. Se aplicaron preguntas sobre tendencia a la violencia e ideación suicida del cuestionario de salud mental adaptado. La muestra fue seleccionada sistemáticamente, fueron 530 adolescentes de 12 a 19 años en los tres más grandes colegios de la ciudad. **Resultados.** El 31,3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez, con mayoría en mujeres y en el grupo de 15 a 19 años. La tendencia a la violencia se expresó en pensamiento en 51,7% y en conducta violenta en 18,7% de la muestra, predominantemente en varones ($p < 0,001$). Mediante el análisis multivariado, se encontró asociación ideación suicida y conducta violenta ($OR=4,9$ IC95% 1,4-17,5), pero no con pensamiento heteroagresivo ($OR=2,1$ IC95% 0,9-4,9). **Conclusión.** Existe alta prevalencia de ideación suicida y, haber pensado en quitarse la vida se asoció con haber presentado conducta violenta dirigida hacia otro. Rastrear y tratar a adolescentes violentos puede contribuir a la disminución de la violencia y también del riesgo de suicidio.

Palabras clave: Suicidio; Violencia; Salud mental; Conducta del adolescente; Perú (fuente: DeCS BIREME).

TENDENCY TO VIOLENCE AND SUICIDAL IDEATION IN SCHOOL-AGED YOUTHS IN A CITY OF THE PERUVIAN AMAZON

ABSTRACT

Both suicide and violence among adolescents are prevalent phenomena in the world. **Objectives.** To determine the prevalence of suicidal ideation and its association with tendency to violence towards others, in school-aged youths. **Material and methods.** Analytical cross-sectional study conducted in the Peruvian Amazon city of Pucallpa, between March and April 2008. Questions about the tendency to violence and suicidal ideation were applied from adapted questionnaire of mental health. The sample was selected systematically, were 530 adolescents from 12 to 19 years-old in the three largest schools in the city. **Results.** 31.3% of those polled presented passive wishes to die, 21.1% thought to commit suicide and 18.1% attempted suicide at least once in life, predominantly in females and in the group from 15 to 19 years-old. The trend of violence is expressed in thought (51.7%) and violent behavior (18.7%) predominantly in males ($p < 0,001$). By multivariate analysis, suicidal ideation was associated with violent behavior ($OR = 4.9$ IC95% 1.4-17.5) and not with heteroaggressive thinking ($OR = 2.1$ IC95% 0.9-4.9). **Conclusions.** There is high prevalence of suicidal ideation and have thought to commit suicide was associated with violent behavior. Track and treating violent adolescents can contribute to decrease violence and risk of suicide.

Key words: Suicide; Violence; Mental health; Adolescent behavior; Peru (source: DeCS BIREME).

INTRODUCCIÓN

La violencia y la ideación suicida en los adolescentes constituyen fenómenos prevalentes en el ámbito mundial. A partir de la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra en el año 1996, la violencia comienza a considerarse como uno de los principales problemas de la salud pública en todo

el mundo ⁽¹⁾. A pesar de que la violencia siempre ha estado presente, el mundo no tiene que aceptarla como una parte inevitable de la condición humana ⁽²⁾. En el año 2000 se estimó que 199 000 homicidios de adolescentes (9,2 por 100 000) ocurrieron en todo el planeta y, aproximadamente, 565 adolescentes mueren cada día debido a violencia interpersonal, con variaciones alrededor del mundo ⁽³⁾.

¹ Unidad de Post Grado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

² Instituto de Medicina Tropical "Daniel A. Carrión", Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

³ Departamento Académico de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

⁴ Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Lima, Perú.

^a Médico Psiquiatra; ^b Médico Epidemiólogo.

La OMS define la violencia como el uso intencional de la fuerza física o el poder, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o contra un grupo o comunidad, que dé como resultado o tenga alta probabilidad de causar lesión, muerte, daños psicológicos, trastorno del desarrollo o privación⁽²⁾.

El tipo más común de violencia entre escolares es la intimidación, denominada *bullying* en lengua inglesa, definido por Besag en 1989 citado por Fleisher y Schwartz (2003)⁽⁴⁾ como el ataque repetido físico, psicológico, social o verbal por aquellos que están en una posición de poder formal o situacional sobre aquellos que no lo están, con la intención de causar aflicción para su propia satisfacción. Recientemente, se analizaron 37 estudios de USA, Canadá, varios países europeos (incluyendo el Reino Unido y Alemania), Corea del Sur, Japón y Sudáfrica que examinaron *bullying* y suicidio entre niños y adolescentes, encontrando asociación entre ser víctima y pensamientos suicidas en casi todos ellos; pero no solamente ellos están en peligro, los victimarios también tienen riesgo aumentado para conducta suicida⁽⁵⁾. Los hallazgos indican que tanto las víctimas como los perpetradores están en alto riesgo siendo éste mayor en aquellos que son tanto víctimas como perpetradores⁽⁶⁾.

Por otro lado, el suicidio en los adolescentes es un tópico complejo, que puede ser abordado de diferentes ángulos⁽⁷⁾, y siendo la ideación suicida representa un factor de riesgo para el planeamiento suicida, así como también para un inesperado intento impulsivo^(8,9), es que decidimos estudiarla como una aproximación al fenómeno.

La ideación suicida constituye un espectro de manifestaciones o cuadros que van en un *continuum*, desde ideas no específicas como "la vida no vale la pena" a ideas específicas que se acompañan de intención de morir o de un plan suicida⁽¹⁰⁾, es decir, comprendería desde la idea fugaz de la dificultad para vivir a la idea suicida transitoria, prolongada, permanente, impulsiva o planificada^(11,12); sin embargo, esta continuidad no se da necesariamente. El intento de suicidio es uno de los más fuertes factores de riesgo para el suicidio consumado y también un importante indicador de aflicción o *distress* emocional⁽¹³⁾.

Habría una relación entre la agresión dirigida externamente y actos suicidas⁽¹⁴⁾ ya que en general los que intentan suicidio tienen significativamente mayores niveles de agresión e impulsividad en comparación a los que no lo intentaron homogeneizados para el mismo trastorno mental⁽¹⁵⁾; así también, la agresión puede cumplir determinada función en el empeoramiento de otros factores de riesgo suicida y potenciar el intento⁽¹⁶⁾. La agresión y la impulsividad son rasgos relacionados

con la conducta suicida en los adolescentes y además, se sabe que altos niveles de agresividad impulsiva contribuyen en el suicidio entre individuos jóvenes, con la disminución en importancia conforme aumenta la edad⁽¹⁷⁾. En una muestra de 11 631 escolares en USA, Sosin *et al.*⁽¹⁸⁾ encontraron que los estudiantes más propensos a estar involucrados en peleas fueron los que con mayor probabilidad reportaron intentos de suicidio.

Hasta donde sabemos, a la fecha no se ha realizado en el Perú un estudio que investigue la relación entre la tendencia a la violencia y la ideación suicida en muestra no clínica de adolescentes, y menos aún, en la región amazónica. Ucayali cuenta con más de 432 mil habitantes⁽¹⁹⁾ con una escasa cobertura en lo que a salud mental se refiere. Este estudio exploró la frecuencia y asociación de la ideación suicida y la tendencia a la violencia en una muestra de adolescentes de los tres colegios más grandes e importantes de la ciudad capital (Pucallpa) de esta región.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal analítico realizado los meses de marzo a abril de 2008.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Estuvo conformada por 5 651 escolares matriculados en el año académico 2008 en los tres colegios más grandes de la ciudad amazónica de Pucallpa, región Ucayali, Perú: "La Inmaculada" ubicada en el centro de la ciudad; "Faustino Maldonado" en el cono norte y "San Fernando" en el cono sur de la ciudad.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se trabajó con un nivel de confianza de 95%, con una proporción esperada de 40% y una precisión de 4%, ajustando el cálculo al tamaño poblacional. El tamaño de muestra calculado fue de 522. Se decidió repartir 30 cuestionarios adicionales ante la posibilidad de no obtener respuestas por parte de algunos escolares. La selección de la muestra fue obtenida mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio, según el orden de ubicación del alumno en el aula, por filas. Para ésta selección las aulas fueron consideradas como una continuación, es decir, no se empezó con un nuevo arranque en cada aula.

Los criterios de inclusión fueron tener entre 12 y 19 años de edad, poseer autorización de los padres, del director del colegio y no presentar problemas de comunicación escrita.

ENCUESTA

El instrumento utilizado fue un cuestionario autoadministrado, constituido por preguntas del Módulo de Salud del Adolescente del cuestionario de salud mental, el cual fue cedido por investigadores colombianos, adaptado en el Perú por Perales *et al.*, en 1993 y publicado en 1995 ⁽²⁰⁾. El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi de Lima, Perú, realizó una segunda adaptación, a través de un estudio piloto y del criterio de expertos ⁽²¹⁾. Dicho instrumento fue utilizado también en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana (EESMSP) en el 2004 ⁽²²⁾.

Datos sociodemográficos. Se indaga sobre la edad, sexo, personas con quien vive, cuanto tiempo tiene en la ciudad y si trabaja o no.

Tendencia a la violencia. Mediante el cuestionario de salud mental, se evalúa el pensamiento heteroagresivo y la conducta violenta. Se consideró positivo:

- **Pensamiento heteroagresivo:** es la idea de agredir a alguien. Respuesta afirmativa a la pregunta ¿Has tenido la idea de hacerle daño a alguien? o a la pregunta: ¿Has tenido la idea de matar a alguien?, si es que especificó el motivo o mencionó hace cuanto tiempo que tuvo esa idea.
- **Conducta violenta:** es el acto de agresión contra otro. Respuesta afirmativa a la pregunta ¿Alguna vez le has pegado a un/a niño/a menor y le has dejado moretones? o a las preguntas ¿Has participado de alguna pelea que haya acabado a golpes?, ¿Alguna vez en una pelea has usado piedras, palos, cuchillos (navajas), hondas, machete, verduguillo, hoz u otros?

Espectro suicida. Consta de tres preguntas extraídas del cuestionario de salud mental. Se consideró positivo:

- **Deseos pasivos de morir.** Respuesta afirmativa a la pregunta ¿Alguna vez en tu vida has deseado morir?
- **Ideación suicida.** Respuesta afirmativa a la pregunta ¿Alguna vez en tu vida has pensado en quitarte la vida?
- **Intento suicida.** Respuesta afirmativa a la pregunta ¿Alguna vez en tu vida has intentado quitarte la vida?

Consumo de sustancias. Basado en el cuestionario de salud mental, se consideró positivo:

- **Consumo de alcohol sin problema relacionado.** Haber tomado bebida alcohólica alguna vez en la vida, sin haber tenido un problema relacionado.

- **Consumo de alcohol con problema relacionado.** Haber tomado bebida alcohólica alguna vez en la vida y referir haber tenido un problema relacionado con el consumo.
- **Consumo de tabaco.** Haber fumado producto con tabaco por lo menos una vez en la vida.
- **Consumo de drogas ilegales.** Haber hecho uso de sustancia ilegal con efecto sobre el psiquismo, alguna vez en la vida.
- **Consumo de drogas médicas.** Haber hecho uso, alguna vez en la vida, de sustancia medicamentosa sin prescripción médica.

PROCEDIMIENTOS

Se realizó una prueba piloto con 30 alumnos en un colegio de la zona, con los objetivos de evaluar la comprensión de los ítems y estimar el tiempo de duración de la encuesta. Se revisó minuciosamente todo el cuestionario, pregunta por pregunta, investigando sobre la comprensión, dificultades o si hubo necesidad de rephraseo.

El primer día se les explicó a los participantes, los objetivos generales del trabajo y su procedimiento. Se les entregó el consentimiento informado para que sea firmado por su padre o apoderado, en caso estuviesen de acuerdo con la participación del menor. Se les explicó que la encuesta no era un examen, que no había respuestas correctas o incorrectas, que no participarían si no lo deseaban y que podían retirarse del estudio en cualquier momento. La confidencialidad les fue garantizada con relación a la información que proporcionarían. El segundo día, después de verificar que se había firmado el consentimiento informado, se procedió a la aplicación de la encuesta.

ASPECTOS ÉTICOS

Los datos fueron recogidos después de verificar que el consentimiento informado haya sido firmado y puesto el número de DNI del adulto responsable del menor. Fue usado el modelo de consentimiento informado del EESMSP. El proyecto fue aprobado por la *Unidad de Postgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos* de Lima, conforme Resolución 059-UPG-FM-2007.

ANÁLISIS DE DATOS

Se usó el paquete estadístico SPSS v.15.0, se realizó primero un análisis descriptivo y luego inferencial bivariado usando ji cuadrado con un nivel de significancia estadística de 5% y como fuerza de asociación el *Odds ratio* (OR) con intervalos de confianza de 95%.

Se hizo el análisis multivariado ingresando al modelo de regresión logística las variables que fueron significativas en el análisis bivariado: pensamiento heteroagresivo, conductas violentas, etnicidad, edad, sexo, trabajo, inmigración, síntomas depresivos, consumo de bebidas alcohólicas sin problema relacionado, consumo de bebidas alcohólicas con problema relacionado, consumo de tabaco, consumo de drogas ilegales y consumo de drogas médicas.

RESULTADOS

Se distribuyó 552 fichas de investigación, de las cuales, 16 no fueron devueltas o fueron devueltas sin contestar, de lo que se obtiene que la tasa de no respuesta fue de 2,8%. Se realizó la depuración de los cuestionarios mal contestados (06), y se obtuvo finalmente 530 cuestionarios válidos.

De los 530 estudiantes, 263 fueron de sexo masculino (49,6%) y 267 de sexo femenino (50,4%). El 64,3% de la muestra corresponde al grupo de 12 a 14 años y 35,7% al grupo de 15 a 19 años. La mayoría de los jóvenes que participó del estudio vive con sus padres u otros familiares (86,5%), el 1,9% ya formó un hogar y vive con su cónyuge y sólo 1% refiere vivir solo.

Del total de la muestra, 33,6% presentó, por lo menos, un cuadro del espectro ideación suicida. El 31,3% ha deseado morir, 21,1% pensó en quitarse la vida y 18,1% de los encuestados ya intentó suicidarse en algún momento. La prevalencia de vida de algún cuadro del espectro ideación suicida según sexo, muestra que 46,6% de las mujeres refiere haber presentado algún cuadro del espectro en comparación con 26,3% de los varones (p<0,001). Con relación a los grupos etarios, la prevalencia de algún cuadro del espectro ideación suicida fue mayor entre los de 15 a 19 años (48%) en comparación con el grupo de 12-14 años (30,5%) (p<0,001).

La conducta violenta se ha manifestado en 18,7% del total de los adolescentes. La prevalencia de esta conducta alcanza la cifra de 26,2% entre los hombres, en comparación con 11,3% de las mujeres (p<0,001) (Tabla 1).

De los 530 escolares de la muestra, 166 (31,3%) desearon morir, 105 (63,3% de los que desearon morir) pensaron en quitarse la vida y 78 (74,3% de los que pensaron en quitarse la vida) intentaron suicidio (Figura 1).

Mediante el análisis bivariado, se encontró asociación entre haber pensado en matarse alguna vez en la vida y pensamiento heteroagresivo (OR = 1,97, IC95% 1,24-

Tabla 1. Tendencia a la violencia en los adolescentes escolares de Pucallpa, Perú 2008.

Tendencia a la violencia	Total		Hombres		Mujeres		p*
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Pensamiento heteroagresivo							
Sí	243	(51,7)	135	(57,7)	108	(45,8)	0,010
No	227	(48,3)	99	(42,3)	128	(54,2)	
Conducta violenta							
Sí	89	(18,7)	62	(26,2)	27	(11,3)	<0,001
No	386	(81,3)	175	(73,8)	211	(88,7)	

* Prueba ji cuadrado.

3,12). También se mostraron asociadas la ideación suicida y conducta violenta (OR = 2,60, IC95% 1,52-4,43) en adolescentes escolares.

Con el análisis multivariado se obtuvo, en orden decreciente según fuerza de asociación, que: ser de sexo femenino (OR=10,8 IC95% 3,9-30,0), tener síntomas depresivos durante las últimas dos semanas (OR=8,6 IC95% 3,5-21,0) y tener conductas violentas (OR=4,9 IC95% 1,4-17,5) se asocian con haber pensado en matarse alguna vez en la vida. No hubo asociación con pensamiento heteroagresivo (OR=2,1 IC95% 0,9-4,9). El resto de variables no presentan una asociación estadísticamente significativa (Tabla 2).

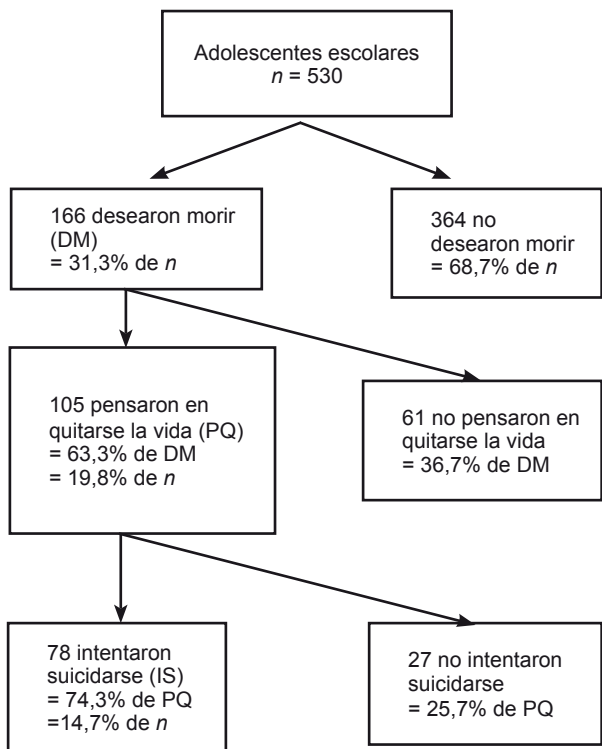


Figura 1. Espectro ideación suicida en adolescentes escolares de Pucallpa, Perú, 2008.

Tabla 2: Factores asociados con la ideación suicida en los adolescentes de Pucallpa, marzo-abril 2008.

Factores	OR	(IC 95%)
Tendencia a la violencia		
Conductas violentas	4,95	(1,43 - 17,07)
Pensamiento heteroagresivo	2,15	(0,94 - 4,92)
Características socio-demográficas		
Sexo femenino	10,88	(3,94 - 30,09)
Edad entre 15 y 19 años	2,09	(0,90 - 4,81)
Etnicidad	0,86	(0,18 - 4,18)
Trabajar	1,21	(0,44 - 3,30)
Inmigrante interno reciente	0,91	(0,15 - 5,61)
Síntomas depresivos en las últimas dos semanas	8,61	(3,53 - 21,01)
Consumo de drogas		
Consumo de drogas ilegales	2,72	(0,62 - 11,96)
Consumo de tabaco	1,74	(0,57 - 5,29)
Consumo de bebidas alcohólicas sin problema relacionado	1,15	(0,30 - 4,46)
Consumo de drogas médicas	1,11	(0,48 - 2,57)
Consumo de bebidas alcohólicas con problema relacionado	0,51	(0,18 - 1,39)

DISCUSIÓN

El suicidio en los adolescentes y las manifestaciones de violencia contra otros constituyen fenómenos prevalentes en poblaciones escolares. En nuestro trabajo hallamos que uno de cada tres adolescentes (33,6%) refiere haber tenido ideas de autoeliminación.

La prevalencia de vida hallada para el deseo de morir entre los escolares estudiados fue mayor (31,3%) que la encontrada en el EESMSP en el 2004 (25,4%), que trabajó con adolescentes de tres ciudades de la amazonía peruana, una de las cuales fue Pucallpa⁽²²⁾, en el cual se empleó el mismo instrumento con entrevista domiciliar.

De la muestra estudiada, el 21,1% de los adolescentes ha pensado en quitarse la vida, cifra mayor que la hallada en el EESMSP (10,1%), cuatro años atrás, pero, menor a la encontrada en un estudio similar en Lima⁽²³⁾ (29,1%), también con el mismo instrumento, en el año 2002. El 18,0% refiere haber intentado matarse, valor superior al hallado en una encuesta de adolescentes escolarizados de nueve países del Caribe donde 12% refirió haber intentado suicidarse⁽²⁴⁾ y más aun, mayor frente a lo encontrado por Muñoz *et al.*⁽²¹⁾ el 2005, de 9% en Lima. Este mismo autor, refiere que trabajos previos nacionales y extranjeros, que evaluaron ideación suicida en adolescentes y adultos jóvenes, han encontrado prevalencias variables que han fluctuado entre 14 y 55%, sin embargo, existen valores menores como el hallado recientemente por Laghi *et al.*⁽²⁵⁾ el 2008, trabajando con 3700 adolescentes en Italia, y que refiere que 9,2% de escolares manifestaron ideación

suicida durante las últimas dos semanas. Granero *et al.*⁽²⁶⁾ el 2008, en una muestra de 2070 escolares, encontró en Venezuela una prevalencia de 13,5% de ideación suicida en el último año.

Se debe destacar, sin embargo, que existen dificultades para comparar trabajos de prevalencia más o menos similares, para lo cual varios factores contribuyen, siendo el más importante la inexistencia de instrumentos estandarizados que evalúen la presencia de ideación suicida y la tendencia a la violencia, validados según contexto idiomático y cultural. Además, los grupos estudiados en otros trabajos han sido diversos (escolares, universitarios y población general) y de distinta nacionalidad, con posible existencia de diferencias socioculturales, como refiere Muñoz⁽²¹⁾ citando a Botega *et al.*⁽²⁷⁾, y con abordajes de diferentes ángulos. Por nuestro lado resaltamos que las diferencias socioculturales y lingüísticas no sólo se dan entre países, sino también al interior de un país como son ejemplos Perú, Brasil, Canadá, Estados Unidos, etc., países multiculturales y plurilingües, incluso con variaciones dentro de una misma lengua, según región. Los límites culturales pueden ir más allá de las fronteras geopolíticas.

La tendencia a la violencia fue abordada con los componentes pensamiento heteroagresivo y conducta violenta. Tener la idea de hacer daño tuvo alta prevalencia tanto en mujeres (45,8%) como en hombres (57,7%) ($p=0,01$). La ejecución de actos violentos fue referida por 18,7% de los alumnos, levemente mayor a lo hallado el 2004 por el EESMSP⁽²²⁾ en la misma zona (18,0%), por lo que podría decirse que la tendencia a la violencia habría mantenido cierta estabilidad en el periodo 2004-2008. Los varones presentaron mayor prevalencia de conducta violenta (26,2%) frente a la prevalencia en mujeres (11,3%) ($p<0,001$). Hallamos que los hombres tuvieron una mayor prevalencia tanto de pensamientos heteroagresivos como de conducta violenta en comparación a las mujeres. La alta tendencia a la agresión en varones podría contribuir a un mayor riesgo de morir por suicidio en relación a las mujeres y a escoger métodos violentos. La ideación suicida de hecho, puede ser asociada con una amplia variedad de estados de *distress* psicológico, independiente de una real intención subjetiva⁽²⁸⁾.

Mediante el análisis bivariado encontramos asociación entre ideación suicida con pensamiento violento y conducta violenta. Con el análisis multivariado encontramos que pensar en matarse mantiene una importante asociación con la conducta violenta aunque, de menor magnitud que con el sexo femenino y síntomas depresivos, perdiéndose la asociación con el pensamiento violento.

Los datos de nuestro trabajo nos permiten afirmar que existe asociación entre haber presentado episodios de violencia y haber tenido alguna manifestación del espectro ideación suicida o específicamente haber pensado en matarse en algún momento. Ambas variables se podrían acompañar de mayor o menor planeamiento, de acuerdo con los rasgos dominantes de la personalidad en formación y de los valores socioculturales del entorno, entre otros factores. Consideramos que en la ejecución de actos violentos contra sí mismo y contra otros, además de ideas de producir daño, existirían niveles de control del impulso ante factores provocadores.

En conclusión, hallamos una elevada prevalencia de vida de ideación suicida en los escolares entre 12 y 19 años, más en mujeres que en varones, mayor en el subgrupo de 15 a 19 años. Tener idea de hacer daño y conducta violenta, se manifiesta más en varones con relación a las mujeres. Referir la idea de quitarse la vida se asocia con conducta violenta, por lo que decimos que existiría una bidireccionalidad con relación a la ejecución de los actos violentos, contra otros y contra sí mismo, en los escolares adolescentes estudiados de las tres más grandes unidades educativas de la ciudad de Pucallpa.

Como limitaciones resaltamos que los resultados son extrapolables a la población total escolar de tres colegios y no a la cantidad total de adolescentes de la ciudad, que incluiría a aquellos adolescentes que no asisten al colegio. Por otro lado, no se evaluó formas verbales de violencia ni impulsividad.

Finalmente, notamos la necesidad de un plan de salud mental sostenible que implique la realización de estudios más amplios en la comunidad, que no sólo detecten actitudes disfuncionales precoces en los jóvenes y los atiendan, sino que también se realicen actividades preventivo-promocionales de salud mental. Rastrear y tratar precozmente a los/las adolescentes violentos/as puede contribuir a la disminución no sólo de la violencia sino también del riesgo de suicidio.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los siguientes profesionales: Karina Llanos (psicóloga), Milagritos Valderrama (obstetrix) y José Ávila (profesor). De la misma forma a los doctores: Jorge Alarcón Villaverde, Javier Saavedra Castillo, Freddy Vásquez Gómez y Nelly Lam Figueroa, por su valiosa colaboración.

Finalmente, un reconocimiento a los escolares de las tres grandes unidades educativas de Pucallpa: La Inmaculada, San Fernando y Faustino Maldonado por su participación y valiosa información aportada.

Fuente de Financiamiento

Autofinanciado.

Conflictos de Interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Cajigas N, Kahan E, Luzardo M, Najson S, Ugo C, Zamalvide G.** Agresión entre pares (*Bullying*) en un centro educativo de Montevideo: estudio de las frecuencias de los estudiantes de mayor riesgo. *Rev Med Urug.* 2006; 22(2): 143-51.
2. **Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (editores).** Informe mundial sobre violencia y salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003. Publicación Científica y Técnica N.º 588.
3. **Merrick J, Kandel I, Vardi G.** Trends in adolescent violence. *Int J Adolesc Med Health.* 2003; 15(3): 285-87.
4. **Fleisher WP, Schwartz L.** Mental health sequelae of bullying: a review and case report. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev.* 2003; 12(1): 13-17.
5. **Kim YS, Leventhal B.** Bullying and suicide. A review. *Int J Adolesc Med Health.* 2008; 20(2): 133-54.
6. **Brunstein Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS.** Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007; 46(1): 40-49.
7. **Bursztein C, Apter A.** Adolescent suicide. *Curr Opin Psychiatry.* 2008; 22(1): 1-6.
8. **Runeson BS, Beskow J, Waern M.** The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatr Scand.* 1996; 93(1): 35-42.
9. **Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ.** Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry.* 2000; 157(4): 601-8.
10. **Bahis SC, Rolla Keller AP, Ritter Moura C, Zanona M, Rolin Sakiyama R.** Ideação suicida de adolescentes de uma escola pública de Curitiba –PR. *Psiquiatr Biol.* 2003; 11(3): 85-90.
11. **Shaffer D, Garland A, Gould M, Fisher P, Trautman P.** Preventing teenage suicide: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988; 27(6): 675-87.
12. **Mzezewa S, Jonsson K, Aberg M.** A prospective study on the epidemiology of burns in patients admitted to the Harare burn units. *Burns.* 1999; 25(6): 499-504.
13. **Kessler RC, Borges G, Walters EE.** Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1999; 56(7): 617-26.
14. **Virkkunen M, De Jong J, Bartko J, Linnoila M.** Psychobiological concomitants of history of suicide attempts among violent offenders and impulsive fire setters. *Arch Gen Psychiatry.* 1989; 46(7): 604-6.
15. **Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM.** Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry.* 1999; 156(2): 181-89.

16. **Kerr DC, Washburn JJ, Feingold A, Kramer AC, Ivey AZ, King CA.** Sequelae of aggression in acutely suicidal adolescents. *J Abnorm Child Psychol.* 2007; 35(5): 817-30.
17. **McGirr A, Renaud J, Bureau A, Sequin M, Lesage A, Turecki G.** Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med.* 2008; 38(3): 407-17.
18. **Sosin DM, Koepsell TD, Rivara FP, Mercy JA.** Fighting as a marker for multiple problem behaviors in adolescents. *J Adolesc Health.* 1995; 16(3): 209-15.
19. **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de Vivienda, Primeros resultados, Perú Crecimiento y distribución de la población. Lima: INEI; 2008.
20. **Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas RE.** Adaptación del cuestionario de salud mental (para población de 12-17 años) Lima, 1993. En: Conductas violentas en adolescentes: identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"; 1995. p. 51-60.
21. **Muñoz J, Pinto V, Callata H, Napa N, Perales A.** Ideaación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2006; 23(4): 239-45.
22. **Instituto Especializado de Salud Mental.** Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana 2004. Informe general. *An Salud Mental.* 2005; 21(1-2): 15-213.
23. **Instituto Especializado de Salud Mental.** Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe general. *An Salud Mental.* 2002; 18(1-2): 15-197.
24. **Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F.** Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: Desafíos para la próxima década. *Salud Publica Mex.* 2003; 45(Supl 1): S132-39.
25. **Laghi F, Baiocco R, D'Alessio M, Gurrieri G.** Suicidal ideation and time perspective in high school students. *Eur Psychiatry.* 2009; 24(1):41-6.
26. **Granero R, Poni E, Poni C.** Suicidal ideation among students of the 7th, 8th, and 9th grades in the State of Lara, Venezuela: the Global School Health Survey. *P R Health Sci J.* 2008; 27(4): 337-42.
27. **Botega NJ, Barros MB, de Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marín-León L.** Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27(1): 45-53.
28. **Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Petretto D, Masala C, Preti A.** Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. *Psychiatry Res.* 2003; 120(3): 247-55.

Correspondencia: Dr. Pablo Cano Lenk.

Dirección: Rua José Arnoni Nº 274 casa 11, CEP: 02375-120, Bairro Tremembé, São Paulo /SP - Brasil.

Teléfono: (55-11) 3926-5462

Correo electrónico: pablogen92@hotmail.com



Visite los contenidos de la revista en:
www.ins.gob.pe/rpmesp