

Trabajo Original

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

Intento suicida en niños y adolescentes. Aspectos epidemiológicos.

Suicidal attempts in children and adolescents. Epidemic aspects

Dra. Amparo Muro García¹, Dra. Anabel González Muro², Dr. Jorge Luis Toledo Prado³, Dra. Noemí Díaz Martínez³, Dra. Yurien Negrín Calvo⁴

Especialista de 1^{er} grado en Psiquiatría Infantil. Profesor Asistente ¹

Residente en MGI ²

Especialista de 1^{er} grado en Psiquiatría General ³

Especialista de 1^{er} grado en MGI ⁴

RESUMEN

Se realizó estudio de los pacientes que ingresan por intento suicida en el Servicio de Salud Mental del Hospital Pediátrico Provincial durante un quinquenio, con el objetivo de determinar el porcentaje que representa el intento suicida del total de patologías que ingresan en la sala, identificar aspectos epidemiológicos tales como: edad, sexo, método escogido, procedencia y motivación, así como describir factores de riesgos en el ambiente familiar, escolar y social del paciente suicida. Se encontró que las tasas de intento suicida en el grupo de 10 a 14 años muestran una tendencia estable. Esta causa ha constituido más del 50 % de los motivos de ingresos. El sexo femenino, las edades de 10 a 14 años, y la ingestión de fármacos, fueron los hallazgos más significativos en los que lo intentaron. Se recomendó profundizar en el estudio de la dinámica familiar de los pacientes con intentos suicida. La conducta suicida como fenómeno multifactorial debe ser abordada de forma multidisciplinaria e intersectorial.

DeCS: INTENTO DE SUICIDIO / prevención y control

SUMMARY

A study was made in patients admitted for suicidal attempt in the Service of Mental Health of the Provincial Pediatric Hospital during a five year period, with the objective of determining the percent that represents the suicidal attempt of the total of diseases in patients admitted in this ward, to identify epidemiologic aspects such as: age, sex, chosen method, origin and motivation, as well as to describe risk factors in the suicidal patient's family, school and social atmosphere. It was found that the rates of suicidal attempt in the group from 10 to 14 years show a stable tendency. This cause has constituted more than 50% of the reasons for admission. Female sex, ages of 10 to 14 years, and pharmacologic drug use were the most significant findings in those who attempted it. It was recommended to deepen into the study of the family dynamics of patients with suicide attempts. The suicidal behavior as a multifactorial phenomenon should be approached in a multidisciplinary and intersector way.

MeSH: SUICIDE, ATTEMPTED / prevention and control

INTRODUCCIÓN

Actualmente se estudia la conducta suicida y la elaboración de medidas eficaces para su profilaxis, como un problema que sin duda alguna tiene gran importancia, tanto desde el punto de vista social como desde el estadístico.

Según los últimos informes ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio ocupa uno de los primeros lugares entre las causas de muerte en los países desarrollados, junto a enfermedades cardiovasculares, oncológicas y los decesos como resultado de los accidentes del tránsito.(1)

Al mismo tiempo, la cantidad de suicidios en el mundo aumenta cada año, con un preocupante ascenso en la edad juvenil.(1)

No son pocos los daños morales y materiales que causan a la sociedad los intentos de suicidio, por lo que, con relación a la persona que intenta contra su vida, es necesario aplicar con urgencia medidas terapéuticas calificadas, ya que pueden existir complicaciones con trastornos agudos o crónicos graves, que lo invalidan por cierto tiempo de su actividad social, refiriéndonos no solo a secuelas anatómicas o fisiológicas sino a problemas psicológicos, educacionales y familiares como consecuencia de este hecho.

Uno de los problemas más difíciles en la práctica clínica es la predicción del riesgo (2) y la prevención del suicidio en niños y adolescentes.(3) Si se identificase a los niños en riesgo de intentar el suicidio, este podría ser evitado en un número importante de casos.

Los argumentos presentados justifican que la sociedad se interese por salvar cualquier manifestación de suicidio y demanda que se establezcan conocimientos profundos para su detección y prevención.

En nuestra provincia, en los años anteriores a la investigación el grupo de 10 a 14 años tuvo tasas elevadas de intento suicida,(4) esto, entre otras razones ya explicadas ha motivado a realizar un estudio de los pacientes que ingresan por esta causa en el Servicio de Salud Mental del Hospital Pediátrico Provincial de Sancti Spíritus, abordando específicamente como objetivo del trabajo el aspecto epidemiológico, durante un quinquenio de investigación y contribuir al estudio de las causas del intento suicida en el niño y el adolescente, describir la incidencia del intento suicida en nuestro servicio en el quinquenio 1997-2001, determinar qué por ciento representa el intento suicida del total de patologías que ingresan en la sala, identificar aspectos epidemiológicos tales como: edad, sexo, método escogido, procedencia y motivación así como describir factores de riesgo en el ambiente familiar, escolar y social del paciente suicida.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio: Se estimó la tasa de incidencia acumulada por intento suicida en 5 años en la provincia de Sancti Spíritus. Se estudiaron todos los pacientes ingresados por intento suicida en el Servicio de Salud Mental del Hospital Pediátrico Docente "José Martí". La vía de ingreso fue el cuerpo de guardia de pediatría o psiquiatría, estando establecido que cualquier paciente que llegue por esta causa sea ingresado.

Los pacientes fueron seleccionados durante el período de tiempo comprendido desde el 1ro de enero de 1997 hasta el 31 de diciembre del 2001, para un total de 5 años. Integraron esta muestra niños y adolescentes de ambos sexos de 5 años hasta 14 años, 11 meses y 29 días, residentes en la provincia de Sancti Spíritus, constituyendo un total de 313 casos.

El estudio está basado en una estrategia de un diseño caso-control prospectivo. Lo anterior permitió estimar la tasa de incidencia acumulada de intento suicida y evaluar determinados factores posiblemente asociados al evento de interés.

El grupo control fue seleccionado de la misma población de donde proceden los casos estudio, tomándose un control por cada caso, para un total de 626 casos estudiados.

Recogida del dato primario: A los familiares del paciente se les aplicó una encuesta de historia social donde se recogieron los datos de identidad personal del paciente composición del núcleo familiar, motivación y modo, además de hacerle una exploración que comprende: situación familiar, antecedentes suicidas del paciente y los familiares, convivencia familiar, estado civil de los padres y condiciones ambientales.

Al paciente se le realizó entrevista psiquiátrica, evaluación psicológica y pedagógica y trabajo social, lo que nos ayudó en la profundización y fundamentación del diagnóstico.

Se realizó una encuesta a la escuela donde se recogieron datos en relación con el aprendizaje, conducta y relaciones, sirviéndonos esta información para poder determinar las características de personalidad, adaptación al medio escolar y capacidad intelectual.

El personal que aplicó las encuestas recibió un entrenamiento apropiado.

Se solicitó el consentimiento informado de los representantes legales de todos los niños y adolescentes que participaron en el estudio.

Variable dependiente: Intento suicida en niños y adolescentes.

Variables independientes: Edad, sexo, método, procedencia, convivencia familiar, estado civil de los padres, situación familiar, antecedentes personales y familiares de conducta suicida, condiciones ambientales, factores de riesgo en el hogar, escolares y psicológicos, creencias religiosas, motivación, diagnóstico al egreso del paciente suicida y reincidencia.

Procesamiento de datos: Los datos fueron procesados en forma computarizada, por el programa SPSS, los resultados fueron expresados en tablas y gráficos por método porcentual.

RESULTADOS

- Las tasas de intento suicida en el grupo de 10 a 14 años muestra una tendencia estable, no siendo así en el grupo de 5 a 9 años cuya tendencia es ascendente.
- El intento suicida ha constituido más del 50 % de los motivos de ingresos en la Sala de Psiquiatría en el período que se analiza.
- La proporción de intento suicida es mayor en el sexo femenino y en las edades de 10 a 14 años, siendo la ingestión de fármacos el método más utilizado en la población femenina y el ahorcamiento entre los varones.
- En nuestro estudio, los intentos suicidas se cometen fundamentalmente en pacientes portadores de un trastorno de personalidad y rasgos histéricos; por motivación familiar y escolar; con antecedentes patológicos familiares de conducta suicida, en familias donde predominaba la Situación Familiar Inadecuada (SFI) de inconsistencia y permisividad y proceden en su mayoría de padres separados.
- Los factores de riesgo más significativos resultaron ser el alcoholismo y la violencia física en el hogar; en la escuela, dificultad en el aprendizaje y el poco interés cognoscitivo y en el aspecto psicológico, impulsividad, baja tolerancia a las frustraciones y autoimagen negativa.

DISCUSIÓN

En la tabla # 1 vemos como el grupo de 5 a 9 años presentó una tasa de intento suicida de forma ascendente en los años estudiados y el grupo de 10 a 14 años, mantuvo tasas altas de forma estable.

El número de ingresos por intentos suicidas al servicio fue analizado en la tabla # 2, donde se registra que en todos los años del estudio, esta entidad constituyó más del 50% del total de los ingresos.

En la Tabla # 3 se precisa como el 77,78 % de las féminas hicieron el intento suicida mediante la ingestión de fármacos y un 69,01% de los varones intentaron ahorcarse. Este resultado coincide con la literatura revisada.(5)

Tanto en el sexo femenino como en el masculino, el grupo más afectado fue el de 10 a 14 años (tabla # 4), y un 69,97 % procedían de zona urbana (tabla # 5). Otros autores han señalado igualmente la mayor incidencia en este grupo de edad (6), la procedencia se corresponde con la mayor densidad de población.

En relación con la convivencia familiar (tabla # 6) se registró que en el grupo estudio el 51,44% vivían solamente con la madre, mientras que en el grupo control primó en un 59,74 % la convivencia con ambos padres; coincidiendo esto con la tabla # 7 sobre el estado civil de los padres, donde en el grupo estudio el 54,31% tenían los padres separados y en el grupo control el 54,31 % tenían sus padres casados. En investigaciones consultadas, el divorcio de los padres, y en muchas ocasiones, de estos con los hijos, es señalado como un factor importante.(6,7,8,9)

La tabla # 8 nos relaciona las situaciones familiares de ambos grupos, reflejando que en el grupo estudio el 100 % tenían una situación familiar inadecuada, fundamentalmente de inconsistencia (59,74 %), contra el grupo control, en el que la SFI inadecuada se presentó en un 51,44%, con un 32,27% de inconsistencia.

Los antecedentes suicidas familiares estuvieron presentes en un 61,66% de los pacientes, sin embargo, en el grupo control solo ocurrió en un 22,68 %, (tabla #8). La importancia de este antecedente se evidencia en un gran número de estudios. (5, 6, 7, 8, 9, 10)

Tanto en el grupo estudio como en el grupo control, no fueron significativas las condiciones ambientales (hacinamiento y promiscuidad), aunque en el grupo estudio el total de inadecuadas (43,77) fue mayor que en el grupo control (10,22), esto se refleja en la tabla # 10.

Al analizar los factores de riesgo en el hogar (tabla #11) el alcoholismo (36,74%) y la violencia física (32,27%) fueron los de mayor porcentaje en el grupo estudio, siendo menor estos factores de riesgo en el grupo control.

Varios autores, entre ellos, Cerel J. y Fristad M., coinciden en señalar la importancia de estos factores y su relación con la conducta suicida del niño o adolescente. (6, 7, 8, 9, 11, 12) Si tenemos en cuenta los factores de riesgo escolares (tabla # 12), el poco interés cognoscitivo (54,95%) y las dificultades en el aprendizaje (53,35%) resultaron ser significativos en comparación con esos factores en el grupo control (31,63 y 21,73 % respectivamente). Fuentes consultadas reflejan una relación semejante.(13)

En la tabla #13 se analizan los factores de riesgo psicológico, en el grupo estudio el 100% de los casos presentó rasgos de impulsividad, un 81,79% baja tolerancia a las frustraciones y el 70,61 % una autoimagen negativa, factores estos que se presentan en un menor por ciento en el grupo control y coinciden de modo general con la bibliografía revisada.(10)

Las creencias religiosas (tabla # 14) no resultaron significativas en ninguno de los grupos estudiados. Otras investigaciones, sin embargo, señalan la relación existente entre suicidio y religión. (9)

Un 18 % de los pacientes que realizaron intento suicida tenían antecedentes de haber tenido una conducta de este tipo anterior a la que motivó el ingreso, (tabla # 15) y el 12,78 % reincidió después del ingreso (tabla #16). Estas cifras concuerdan con los resultados de otros estudios.(5,7)

En la tabla # 17 aparece como motivación principal del intento suicida, problemas de índole familiar (38,66 %) y escolar (24,88%).El estudio de Raynaud JP en Francia, destaca la importancia de los eventos traumáticos en el seno familiar en la génesis del intento suicida.(14)

El diagnóstico al egreso más frecuente fue el Trastorno de Personalidad (46,65%), seguido por los Rasgos Históricos de Personalidad (30,67%)(tabla #18)

CONCLUSIONES

- Las tasas de intento suicida en el grupo de 10 a 14 años muestra una tendencia estable, no siendo así en el grupo de 5 a 9 años cuya tendencia es ascendente.
- El intento suicida ha constituido más del 50 % de los motivos de ingresos en la Sala de Psiquiatría en el período que se analiza.
- La proporción de intento suicida es mayor en el sexo femenino y en las edades de 10 a 14 años, siendo la ingestión de fármacos el método más utilizado en la población femenina y el ahorcamiento entre los varones.
- En nuestro estudio, los intentos suicidas se cometen fundamentalmente en pacientes portadores de un trastorno de personalidad y rasgos histéricos; por motivación familiar y escolar; con antecedentes patológicos familiares de conducta suicida, en familias donde predominaba la SFI de inconsistencia y permisividad y proceden en su mayoría de padres separados.
- Los factores de riesgo más significativos resultaron ser el alcoholismo y la violencia física en el hogar; en la escuela, dificultad en el aprendizaje y el poco interés cognoscitivo y en el aspecto psicológico, impulsividad, baja tolerancia a las frustraciones y autoimagen negativa.

RECOMENDACIONES

1. Profundizar en el estudio de la dinámica familiar de los pacientes con intentos suicida para garantizar el desarrollo de estrategias de intervención con un fuerte enfoque comunitario.
2. La conducta suicida como fenómeno multifactorial debe ser abordada de forma multidisciplinaria e intersectorial aprovechando la fortaleza que brinda la orientación hacia la atención primaria de nuestro sistema de salud.
3. Divulgar los resultados de esta investigación entre los decisores de la provincia para que se tengan en cuenta a la hora de establecer las prioridades para la implementación de las medidas de prevención y control.

BIBLIOGRAFÍA

1. MINSAP. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud del Adolescente. La Habana; 2000.
2. Rodríguez Méndez, O. Suicidio en: Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud del adolescente. Ciudad de La Habana: UNICEF; 2002: 135-139.
3. Ulloa Chávez, F. Prevención de suicidio en niños y adolescentes. Rev. Chil. Pediatr. 2000; 65(3): 178-183.

4. Sistema de Información Estadística del sector Salud. Dirección Provincial de Estadística. MINSAP. Sancti Spiritus; 2001.
5. Jiménez, A.; Moracen, I. y col. Comportamiento la conducta suicida infanto-juvenil. Rev. Cubana Med. Milit. 2002; 31(3): 182-187.
6. Trujillo, A. y col. Influencia del medio familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1998; 14(6): 554-559.
7. Pottinger, AM. Et al. Suicidal behaviour and risk factors in children and adolescents. West Indian Med. J. 2003; 52(2): 127-130.
8. Engqvist, U. et al. What happens with child and adolescent psychiatric patients? Lakartidningen. 2000; 97(23):2856-61.
9. Cerel, J.; Fristad, MA. Et al. Suicide behaved children and adolescent. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2000; 39(4): 437-444.
10. Peña, L. y col. Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. Rev. Cubana. Med. Gen. Integr. 2002; 18(1): 33-45.
11. Lipschitz, DS. Et al. Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behaviour in adolescent. J. Nerv. Ment. Dis. 1999; 87(1): 32-39.
12. Grilo, CM. et al. Correlates of suicide risk in adolescent who report a history of childhood abuse. Compr. Psychiatric. 2002; 40(6): 422-428.
13. Spirito, A. et al. The suicidal child, assessment and management of adolescents after a suicide attempt. Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.2003; 12(4): 849-865.
14. Raynaud, JP. Traumatic events in childhood and suicidal behaviour in adolescence. Rev. Prat. 2001; 48(13): 1424-6.

ANEXOS

Tabla # 1: Incidencia de intento suicida de 5 a 14 años.
Provincia Sancti Spíritus 1997-2001.

Edad Años	5-9		10-14	
	No	Tasa	No	Tasa
1997	0	0	66	229,3
1998	3	8,8	50	162,7
1999	3	8,8	52	169,2
2000	5	16,0	66	200,4
2001	3	9,6	65	197,4

Fuente: Dpto. de Estadísticas. Sectorial Provincial de Salud.
Tasa por 100 000 Habitantes.

Tabla # 2: Ingresos por intento suicida en relación con el total de ingresos.

Año	No. de ingresos por I.S.	No. de ingresos total	%
1997	66	130	50,77
1998	53	107	49,53
1999	55	121	45,45
2000	71	108	65,74
2001	68	127	53,54
Total	313	593	52,78

Fuente: Libro Registro del Servicio.

Tabla # 3: Método utilizado en relación con el sexo. Suma de los cinco años en estudio.

Sexo Método	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Ing. de fármacos	210	77,78	6	13,95	216	69,01
Ing. sust. tóxicas	20	7,41	4	9,30	24	7,67
Ahorcamiento	1	0,37	27	62,79	28	8,95
Lanz. de alturas	20	7,41	4	9,30	24	7,67
Sección de vasos	10	3,70	2	4,65	12	3,83
total	270	100	43	100	313	100

Fuente: Historias clínicas de archivo.

Tabla # 4: Intento suicida según sexo y grupo de edad.

Sexo Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
5-9 años	9	3,33	5	11,63	14	4,47
10-14años	261	96,67	38	88,37	299	95,53
Total	270	100	43	100	313	100

Fuente: Historias clínicas de archivo.

Tabla # 5: Intento suicida según procedencia.

Procedencia	No.	%
Urbana	219	69,97
Rural	94	30,03
Total	313	100

Fuente: Historias clínicas de Archivo.

Tabla # 6: Convivencia familiar.

Convivencia	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Ambos padres	120	38,34	187	59,74
Madre	161	51,44	104	33,23
Padre	12	3,83	8	2,56
Abuelos	12	3,83	4	1,28
Otros	8	2,56	-	-
Total	313	100	313	100

Fuente: Historias clínicas de Archivo y encuestas.

Tabla # 7: Estado civil de los padres.

Estado civil	Grupo Estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Casados	97	30,99	170	54,31
Separados	170	54,31	104	33,23
Concubinato	23	7,35	17	5,43
Viudos	11	3,51	12	3,83
total	313	100	313	100

Fuente: Historias clínicas de Archivo y encuestas.

Tabla # 8: Situaciones familiares

Ambiente	Grupo Estudio		Grupo Control	
	No.	%	No.	%
Inconsistencia	187	59,74	101	32,27
Permisividad	66	21,09	32	10,22
Conflicto	25	7,99	11	3,51
Rechazo	20	6,39	7	2,24
Sobreprotección	15	4,79	10	3,19
Subtotal de inadecuados	313	100	161	51,44
Subtotal de adecuados	-	-	152	48,56
total	313	100	313	100

Fuente: Historias clínicas de Archivo y encuestas.

Tabla # 9: Antecedentes suicidas familiares.

Antecedentes	Grupo Estudio		Grupo Control	
	No.	%	No.	%
Con antecedentes	193	61,66	71	22,68
Sin antecedentes	120	38,34	242	77,32
total	313	100	313	100

Fuente: Historias clínicas de Archivo y encuestas.

Tabla # 10: Condiciones ambientales.

Condiciones ambientales	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Hacinamiento	32	10,22	10	3,19
Promiscuidad	20	6,39	7	2,24
Ambos	85	27,16	15	4,79
Subtotal inadecuados	137	43,77	32	10,22
Subtotal adecuados	176	56,23	281	89,78
total	313	100	313	100

Fuente: Historias clínicas de Archivo y encuestas.

Tabla # 11: Factores de riesgo en el hogar.

Factores de riesgo	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Alcohólico	115	36,74	52	16,61
Violencia física	101	32,27	98	31,31
Enf. Psiquiátricos	57	18,21	16	5,11
Mala situación econ.	53	16,93	51	16,29
Otros	22	7,03	9	2,88

Fuente: Historias clínicas de Archivo y encuesta.

Tabla # 12: Factores de riesgo escolares.

Factores de riesgo	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Dificultades en el aprendizaje	167	53,35	68	21,73
Rechazo a beca	122	38,98	-	-
Poco interés cognoscitivo	172	54,95	99	31,63
Conflictos con profesores	133	42,49	51	16,29
Conflictos con coetáneos	146	46,65	56	17,89

Fuente: Historias clínicas de Archivo y encuestas.

Tabla # 13: Factores de riesgos psicológicos.

Factores de riesgo psicológicos	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Impulsividad	313	100	94	30,03
Baja tolerancia a frustraciones	256	81,79	87	27,8
Autoimagen negativa	221	70,61	78	24,92
Egocentrismo	192	61,34	93	29,71
Inseguridad	118	37,7	98	31,31
Síntomas depresivos	76	24,28	7	2,24

Fuente: Historias clínicas de Archivo y encuestas.

Tabla # 14: Creencias religiosas.

Creencias	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Católicos	16	5,11	4	1,28
Protestantes	6	1,92	11	3,51
Santería	5	1,60	3	0,96
Testigos de Jehová	5	1,60	4	1,28
No creencias religiosas	281	89,78	291	92,97
total	313	100	313	100

Fuente: Historias clínicas de Archivo y encuestas.

Tabla # 15: Antecedentes personales de conducta suicida.

Antecedentes	No.	%
Con antecedentes	57	18,0
Sin antecedentes	256	82,0
total	313	100

Fuente: Historias clínicas de Archivo.

Tabla # 16: Reincidencia después del ingreso.

Reincidencia	No.	%
No reincidente	273	87,22
reincidente	40	12,78
total	313	100

Fuente: Historias clínicas de Archivo.

Tabla # 17: Motivación del intento suicida.

Motivación	No.	%
Familiar	121	38,66
Grupal	39	12,46
Escolar	81	25,88
Varios motivos	62	19,81
total	313	100

Fuente: Historias clínicas de Archivo.

Tabla # 18: Diagnóstico al Egreso.

Diagnóstico	No.	%
Trastorno de personalidad	146	46,65
Rasgos histéricos de personalidad	96	30,67
Trastornos adaptativos	28	8,95
Trastornos neuróticos	20	6,39
R.D.P.	15	4,79
R.M.L.	7	2,24
total	313	100

Fuente: Historias clínicas de Archivo.