

Intento de suicidio: características clínicas y epidemiológicas. Sexta Región de Chile 2002-2004

H. Leiva Henríquez, L. Alamos Lara, L. Prüssing Santibáñez y A. Uriarte Ruiz

Servicio de Pediatría. Hospital Regional Rancagua. Rancagua. Chile.

Objetivo

El Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Rancagua es el más complejo del Sistema Público de Salud de la Sexta Región de Chile. Los intentos de suicidio en adolescentes que requieren hospitalización han aumentado en los últimos años de forma preocupante. El objetivo del estudio es conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes egresados con diagnóstico de intento de suicidio y determinar los factores de riesgo que precipitan la toma de la decisión del acto suicida.

Método

Se trata de un estudio retrospectivo de casos y controles. Se definen como casos (43) aquellos pacientes que presentaron el diagnóstico de envenenamiento por sustancias medicamentosas con propósito suicida en el período 2002-2004, y los controles (67) son pareados por edad y sexo y se eligen dentro de la misma base poblacional.

Resultados

El 88% de los casos son mujeres, con una media de edad de 13,1 años. Los fármacos usados son una combinación de varios tipos (53%), y la intencionalidad de morir se da en el 49% de los casos. La violencia intrafamiliar y la presencia de rasgos depresivos son los factores que agregan riesgo significativo de suicidio.

Conclusiones

Existe un predominio del sexo femenino y se aprecia que los adolescentes tienen acceso fácil a una gran variedad de medicamentos. Destaca la intención de morir y la necesidad de llamar la atención para cambiar una situación no deseable para el adolescente, como la motivación del acto suicida. El reconocimiento de los factores de riesgo por parte del pediatra es fundamental para la prevención del suicidio en adolescentes.

Palabras clave:

Adolescentes. Intento de suicidio. Factores de riesgo.

SUICIDE ATTEMPTS: CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS. SIXTH REGION OF CHILE 2002-2004

Aim

Pediatrics Service of Hospital of Rancagua is the most complex into the Public Healthcare System of the Sixth Region of Chile. Adolescent suicide attempts which need hospitalization increased during the last years. The research objective is to know the clinical and epidemiological characteristics of adolescents who are discharged because suicide attempts and to identify the behavior and risk factors of the adolescent at risk for suicide.

Method

It is a case-control study. Case is defined as patients discharged because intentional self-poisoning by drugs in the period of 2002-2004. Controls are patients discharged in the same period, paired with cases by sex and age. Results: 88% of cases are women, mean age is 13.1 years. Medicaments used are mixture of different drugs (53%) and death is the real intention in 49%. Familial violence and depressive symptoms are important as risks factors for suicide.

Conclusions

There is predominance of females. Adolescents have easy access to medicaments of all kind. It is remarkable that death and need for having attention and change undesirable's personal situations are the motives for the suicidal behavior. Identification of risk factors for suicide is a good pediatrician's practice for preventing this problem.

Presentado en la modalidad de póster en el XIV Congreso Chileno de Pediatría. Rancagua, 19 de noviembre de 2004.

Correspondencia: Dra. H. Leiva Henríquez.
Servicio de Pediatría. Hospital Regional Rancagua.
Alameda, 611, 6° piso. Rancagua. Chile.
Correo electrónico: heidy.leiva@redsalud.gov.cl

Recibido en febrero de 2006.

Aceptado para su publicación en febrero de 2008.

Key words:**Adolescents. Suicide attempts. Risk factors.****INTRODUCCIÓN**

El Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Rancagua es el más complejo del Sistema Público de Salud de la Sexta Región de Chile, y debe recibir la derivación de los otros 14 hospitales públicos de la región. En el período estudiado egresaron 6.282 pacientes, y 43 de éstos lo hicieron después de intentar suicidarse, lo que representa una incidencia de 6,8/1.000 egresos. Al revisar las defunciones de Chile entre los años 2000 y 2003, el suicidio presenta tasas que varían de 5,48 a 11,36/1.000 defunciones de menores de 15 años.

En las últimas décadas se ha producido en nuestro país un cambio en las causas de deceso en la edad infantil, lo cual ha significado la disminución de la importancia relativa de las enfermedades infecciosas y la emergencia de los traumatismos y envenenamientos como causa de muerte en esta edad. Dentro de este último grupo de enfermedades, hay que considerar la existencia de los intentos de suicidio que pueden conducir al fallecimiento o que producen la internación de pacientes adolescentes en los servicios pediátricos, y evidencian la necesidad de tratamiento de parte del equipo de salud mental que debe contar con la participación de los pediatras¹.

El intento de suicidio en la adolescencia puede prevenirse y debe ser advertido por el pediatra, quien está obligado a adoptar una conducta activa en el tratamiento del niño, su entorno y, especialmente, en el reconocimiento de la depresión. En un estudio realizado por Cumsille y Martínez (1997)² en dos colegios de Santiago de Chile, en una muestra de 376 adolescentes, y usando una batería de cuestionarios de autoinformación basados en el Inventario de depresión de Beck para reconocer los síntomas depresivos, se encontró que el 51,4% de las niñas presentaban síntomas depresivos, con una frecuencia significativamente mayor que la incidencia en los varones, en quienes la depresión apareció en el 36% de la población estudiada. Los psiquiatras de la Universidad de Chile Marcela Larraguibel, Patricia González, Vania Martínez y Ricardo Valenzuela³, en una revisión de la bibliografía científica realizada el año 2000, destacan que existe la evidencia de un aumento de la conducta suicida en la población europea y norteamericana y que existe una evidente relación entre depresión e intento de suicidio, como lo demuestran los estudios de Hollis⁴ en 1996, en un estudio de casos y controles en el que 284 casos atendidos en el Hospital Maudsley en Inglaterra durante 10 años (1970-1980) se compararon con 3.054 controles usando el análisis de regresión logística.

Los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en niños son la disfunción familiar, la presencia de antecedentes de padres con intentos de suicidio y los conflictos familiares que conduzcan a una mala relación pa-

dre-hijo. McKeown et al⁵ intentaron definir cuáles eran los factores predisponentes para la conducta suicida en una población de adolescentes norteamericanos, a los cuales se les realizó un seguimiento de un año. Estos autores demostraron que la cohesión familiar se revela como un factor protector evidente. En Chile, el intento de suicidio en niños y adolescentes se ha estudiado en varias regiones del país. En el año 1998³ se realizó una revisión de 22 niños ingresados por intento de suicidio en el Hospital Infantil Dr. Exequiel González Cortés de Santiago. Este estudio demostró que las condiciones asociadas relevantes a las conductas suicidas fueron una mala relación padre-hijo, una mala comunicación intrafamiliar y una sobreprotección parental. En Concepción⁶ se realizó un estudio de los egresos de pacientes pediátricos en el período 1995-1997, cuyos resultados fueron 30 adolescentes por esta causa, de los cuales 24 eran niñas, con edades entre los 7 y los 15 años. En este análisis descriptivo se destaca la presencia de maltrato intrafamiliar en el 53% de los casos. El método elegido para intentar la autoeliminación fue la ingestión de una variedad de fármacos, y se reconoce la pelea con los padres como el hecho precipitante de la conducta suicida en el 66,6% de los casos con una intención real de morir. En otra investigación de la misma universidad⁷, en el período 1991-1999, se encontraron 46 casos, de los cuales el 76% correspondía a adolescentes de sexo femenino; la presencia de depresión se detectó en el 43%. Los autores destacan que en el 34,8% de los pacientes existía un antecedente de intento de suicidio previo.

En el ámbito internacional existe un estudio descriptivo realizado el año 2003, en Colombia, por Campo Gerardo y Roa⁸. En este análisis se estudió a 18 niños que ingresaron en el Hospital Universitario del Valle (Cali) en el período 2001-2002. Los resultados principales muestran que en el 90% de los casos se trata de adolescentes de sexo femenino, que ingirieron sustancias como método de suicidio y que presentaban el antecedente de padecer enfermedades mentales asociadas, así como una disfunción familiar grave en todos los pacientes. En México, Saucedo-García et al⁹ analizaron la situación de 21 pacientes ingresados con el diagnóstico de intento suicida el año 1995. Al igual que lo sucedido en el estudio de Colombia, existe un claro predominio del sexo femenino (6:1), con patologías psiquiátricas (10 niñas con depresión, 6 pacientes con tendencias impulsivas o agresivas) que utilizaron la ingestión de fármacos para lograr la autoeliminación, entre los que destacan las benzodiazepinas. En esta revisión se confirma que el factor precipitante más frecuente es el conflicto familiar. Otro estudio revisado es el de Ana María Castañeda¹⁰, psicóloga peruana, que describe los casos de una población de 48 niños hospitalizados por intento de suicidio en el período 1996-1999. Las características muestran una edad que varía entre los 14 y los 19 años, con predominio femenino y

con los conflictos familiares como el factor desencadenante más importante. En esta serie, 2 adolescentes fallecieron tras la ingestión de soda cáustica.

Finalmente, en España, en la investigación realizada por López García et al¹¹ en Sevilla, se describe la revisión de 23 fichas clínicas de pacientes egresados en el Hospital Universitario Virgen del Rocío en el período 1994-2001. Una vez más, existe predominio de las niñas, y como antecedentes causantes del intento de suicidio aparecen el antecedente de fracaso escolar, trastornos depresivos y conflictos con los padres. Se destaca que el 52% de los casos se produjeron en los meses de invierno, que el 30% de los pacientes intentaron por segunda vez la autoeliminación y que los fármacos usados fueron ansiolíticos en el 78% y analgésicos en el 38% de los casos.

Los estudios mencionados, y el hecho de que en los últimos años nuestra región se haya visto sorprendida por el número de suicidios entre los adolescentes, que han motivado publicaciones en los medios de comunicación y preocupación en la comunidad que busca información acerca del tema, constituyen los antecedentes que impulsaron la realización de la investigación del tema en nuestro hospital.

El objetivo de este estudio es conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes egresados con el diagnóstico de intento de suicidio, y determinar los factores de riesgo que precipitan la toma de decisión del acto suicida en estos adolescentes¹²⁻¹⁹.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo de casos y controles. La población objeto de estudio está conformada por todos los niños egresados del Servicio de Pediatría del Hospital Regional Rancagua. Los casos se definen como pacientes que presentaron el diagnóstico de envenenamiento por sustancias medicamentosas con intención suicida (no existieron ingresos con intencionalidad suicida por métodos distintos al farmacológico) en el período 2002-2004, y los controles son pareados por edad y sexo y se eligen dentro de la misma base poblacional, egresos del Servicio de Pediatría en el mismo pe-

riodo, por diagnósticos distintos de los mencionados. Es decir, cada caso tiene al menos un control, que es un paciente de la misma edad y sexo cuya causa de ingreso fue una patología diferente a la del envenenamiento con intención suicida.

Las variables estudiadas son sexo, edad, estado nutricional, comuna de residencia, constitución de la familia, método de autoagresión, motivo del intento suicida, presencia de factores potencialmente de riesgo (como violencia intrafamiliar, rasgos depresivos, presencia de drogas y alcoholismo en la familia) y existencia de conflictos desencadenantes inmediatos.

Cada paciente y/o un miembro de su familia fue entrevistado por un pediatra del equipo investigador y se aplicó una encuesta con las variables mencionadas. Esta conversación se realizó en un ambiente de privacidad, intentando obtener cooperación de forma que las respuestas fueran confiables.

Las definiciones operacionales usadas son las siguientes:

1. Problemas escolares: problemas de conducta y bajo rendimiento, falta de asistencia, vulnerabilidad frente a la crítica; el suicidio se precipita ante una medida disciplinaria.
2. Violencia intrafamiliar y disfunción familiar: existe ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres o hermanos, conflicto o peleas con los padres o hermanos, padres ausentes o demasiado concentrados en sus trabajos, padres separados o mala relación con los padrastros.
3. Problemas económicos: falta de recursos o dinero para satisfacer un deseo.
4. Problemas de pareja: conflicto o pelea del adolescente con su pareja.
5. Rasgos depresivos: evaluado por las entrevistadoras en el momento de aplicar el instrumento.
6. Finalidad de las víctimas: terminar con la vida, modificar la situación en la familia, asustar a otros, llamar la atención, un medio para solucionar sus problemas, pedir ayuda o sin un objetivo claro.

Se confecciona una base de datos en Epiinfo 2004 y el análisis se realiza con este programa, utilizando *odds ratio* (OR) para la estimación del riesgo relativo.

RESULTADOS

El grupo de casos está formado por 43 pacientes, 38 niñas (88%) y 5 niños (12%). El promedio de edad es de 13,1 años (desviación estándar [DE]: 1,1). El grupo de controles tiene a 67 pacientes, 56 mujeres (84%) y 11 varones (16%). El promedio de edad es de 12,5 años (DE: 1,6).

En nuestro estudio, la ingestión de un fármaco es el único método utilizado para la autoeliminación y destacamos que en el 53% de los casos constituye una combinación de fármacos, lo que se muestra en la tabla 1. El

TABLA 1. Distribución según el fármaco utilizado en el intento suicida

Fármaco	N	%
Antidepresivos	6	14
Anticonvulsivos	6	14
Benzodiazepinas	3	7
Neurolépticos	3	7
Analgésicos	1	2,3
Antiinflamatorios	1	2,3
Combinación de fármacos	23	53
Total	43	100

42% de los fármacos empleados fueron aquéllos de uso restringido a especialidades psiquiátricas, neurológicas o al menos de prescripción médica exclusiva por su acción sobre el sistema nervioso central, por lo que llama la atención el acceso de los niños a estos fármacos.

En la tabla 2 se aprecia que la motivación declarada por nuestros niños es efectivamente la autoagresión, ya que se subestima o infravalora el acto suicida en niños y adolescentes. Sin embargo, intentar quitarse la vida y tener claro el propósito de morir se evidencia y queda explícito en el 49% de los casos.

Sólo un 16% quiso asustar o llamar la atención de su entorno, y es la causa que los adultos atribuimos *a priori* como principal objetivo del niño y el adolescente.

En la tabla 3 se muestra la organización familiar en la población estudiada. Los niños y adolescentes están creciendo con un nuevo modelo de familia; la familia tradicional con padre y madre como pilares se ve modificada por nuevos modelos en los que la madre, generalmente, asume ambos roles.

Al observar los resultados, se obtiene que en el 70% de los casos la familia está constituida por ambos padres y en el 30% es uniparental, mientras que en los controles sólo el 18% es uniparental.

La preocupación por determinar los factores de riesgo y conocer su importancia es fundamental para elaborar las estrategias y determinar cuáles son los grupos en los que debemos intervenir con nuestra acción preventiva.

Para evaluar los factores de riesgo, elegimos: abuso sexual, presencia de enfermedades crónicas, rasgos depresivos, intentos de suicidio previos, presencia de armas en el hogar, duelo, violencia intrafamiliar y consumo de alcohol y drogas por parte de los padres. En la tabla 4 se distribuyen todos estos factores.

En los hogares de nuestros niños prácticamente no existen armas de fuego, y sólo un paciente, perteneciente al grupo control, reconoce la existencia de un arma en su hogar.

Frente al consumo de alcohol, ya sea en el padre o la madre, o ambos, no observamos mayores diferencias entre los casos y los controles. En contraste, llama la atención que el consumo de drogas tanto por parte del padre (4,7%) como de la madre (9,4%) sólo está presente en el grupo de los casos, por lo que es, entonces, un factor que debemos considerar.

Los rasgos depresivos representan un factor presente en la mitad de nuestros casos (53,5%) y sólo en el 13,4% de los controles, lo que también representa una diferencia estadística significativa ($p = 0,008$).

Se declaró y reconoció violencia familiar en el 49% de nuestros casos, a diferencia del 13,4% en los controles, lo que constituye el elemento de riesgo estudiado de mayor significación estadística (OR: 6,44; $p = 0,00003$).

No encontramos diferencias entre casos y controles en el estado nutricional, factor que ha sido de riesgo en

TABLA 2. Distribución de los casos según la intencionalidad declarada

Intencionalidad	N	%
Morir	21	49
Cambiar la situación	10	23
Asustar	7	16
Evitar la situación	4	10
Sin objetivo	1	2
Total	43	100

TABLA 3. Distribución por organización de la familia

Organización familiar	Casos		Controles	
	N	%	N	%
Uniparental	12	27,9	11	18,0
Biparental	30	69,8	47	81,03
Ausencia de familia	1	2,3	0	0
Total	43	100	58	100

TABLA 4. Presencia de factores de riesgo

Factor	Casos		Controles	
	Sí N (%)	No N (%)	Sí N (%)	No N (%)
Abuso sexual	1 (2,3)	42 (97,7)	4 (6,0)	63 (94,0)
Enfermedad crónica	1 (2,3)	42 (97,7)	0	67 (100)
Rasgos depresivos	23 (53,5)	20 (46,5)	9 (13,4)	54 (80,6)
Intentos de suicidio previos	6 (14,0)	37 (86,0)	0	67 (100)
Presencia de armas en el hogar	0	43 (100)	1 (1,4)	66 (98,6)
Duelo reciente	2 (4,6)	41 (95,3)	40 (59,7)	27 (40,3)
Violencia intrafamiliar	21 (48,8)	21 (48,8)	9 (13,4)	58 (86,6)
Consumo de alcohol por parte del padre	3 (7,0)	40 (93,0)	14 (20,9)	49 (73,1)
Consumo de alcohol por parte de la madre	0	43 (100)	2 (3,0)	65 (97,0)
Consumo de alcohol en ambos padres	0	43 (100)	3 (4,5)	62 (92,5)
Consumo de drogas por parte del padre	2	41 (95,3)	0	67 (100)
Consumo de drogas por parte de la madre	4	39 (90,7)	0	67 (100)

otros estudios en que la imagen corporal constituye un motivo de autoagresión.

En 6 casos (14%) se encontró el antecedente de intentos previos, reincidencia que es compatible con los hallazgos de otros trabajos sobre el tema.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio confirma los hallazgos de otras investigaciones en la preponderancia de esta conducta en niñas o adolescentes por encima del sexo masculino y en el método usado de autoeliminación consistente en la ingestión de fármacos, especialmente de aquellos que tienen efecto sobre el sistema nervioso central y que aunque se prescriben con recetas de uso restringido a los profesionales médicos, son de fácil acceso para los miembros de los hogares chilenos. Esta situación constituye un primer resultado que conduce a una acción educativa que es indispensable llevar a cabo en la comunidad de nuestra región con el fin de que los adultos tomen conciencia de la importancia del manejo seguro de los fármacos en las casas.

La definición de la intencionalidad de los jóvenes de atentar realmente contra sus vidas representa un problema de salud muy alarmante y que traduce la prevalencia de síntomas depresivos en el grupo de los casos, que es significativamente mayor que los encontrados en el grupo control, y que concuerda con las investigaciones anteriormente revisadas. En este sentido cabe mencionar que, debido a que no existen armas de fuego en los hogares chilenos, el intento suicida no tiene las consecuencias fatales que podrían darse si a la intención de autoeliminarse añadiéramos la presencia de estos elementos al alcance de los adolescentes.

En nuestra población, el intento suicida tiene factores de riesgo evidentes, como son la presencia de violencia intrafamiliar y, en menor grado, el consumo de drogas por parte de los padres, que si bien tienen una baja prevalencia, son claramente diferentes en los casos al comparar con los controles definidos en este estudio. Los adolescentes presentan comportamientos o conductas que permiten anticiparse a un acto suicida, como son los cambios del estado de ánimo y la ideación suicida, que los pediatras, padres y profesores deben reconocer como factores de riesgo.

Debemos reconocer que la detección de síntomas depresivos, por tratarse de un estudio retrospectivo en el que ya se ha producido el intento suicida, puede estar sobredimensionada ya que el entorno del adolescente puede, efectivamente, intentar encontrar síntomas que antes no había reconocido.

Los resultados de nuestra investigación han sido fuertes motivadores para emprender una acción conjunta con los profesionales de salud mental, de la atención especializada y de la atención primaria de salud de las comunas de la región, y con los medios de comunicación para difundir, especialmente, los signos de alerta para padres y profesores que nos permitan disminuir el intento de suicidio en niños y adolescentes. El reconocimiento de este problema de salud necesariamente debe conducir a la implementación de programas de prevención en este grupo etario, lo que, en último término, significa mejorar las condiciones de vida de la población joven de la región.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hughes T, Garralda ME. Trastornos mentales en la infancia y en la adolescencia. En: *Psiquiatría en la Atención Primaria*. OMS-OPS, 2002.
2. Cumsille P, Martínez ML. Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. *Revista Chilena de Pediatría*. 1997;68:74-77.
3. Larraguibel M, González P, Martínez V, Valenzuela R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría* 2000;71:183-91.
4. Hollis C. Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:622-30.
5. McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson K, Addy C. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:612-9.
6. Valdivia M, Ebner D. Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de 4 años. *Revista Chilena de Neuro-Siquiatría*. 2001;39:211-8.
7. Valdivia M, Schaub C, Díaz M. Intento de suicidio en niños: algunos aspectos biodemográficos. *Revista Chilena de Pediatría*. 1998;2:64-7.
8. Campo G, Roa J, Pérez A, Salazar O, Piragauta C, López L, et al. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Revista Colombiana Médica*. 2003;34:9-16.
9. Saucedo-García JM, Montoya-Cabrera MA, Higuera-Romero FH, Maldonado-Durán JM, Anaya-Segura A, Escalante-Galindo P. Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva? *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1997;54:169-75.
10. Castañeda Chang AM. Psicóloga del Instituto de Salud del Niño Lima-Perú. Características sicosociales del adolescente parasuicida. [citado 28 de enero de 2003]. Disponible en: www.psicocentro.com/cgi-bin/artículo_s.asp?texto=art31001
11. López-García A, Serradilla Rodríguez C, López Ros S, Navarro González J. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. Intentos de suicidio: revisión de 23 casos. *An Pediatr (Barc)*. 2002;56:199-204.
12. Asociación Médica Mundial. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Suicidio de Adolescentes. [citado 22 de abril de 2002]. Disponible en: www.wma.net/s/policy/a9.htm
13. "Cuatro menores intentan suicidarse en un instituto chileno al ingerir sobredosis de pastillas". [citado 14 de abril de 2004]. Disponible en: www.servicioweb.cl
14. "Obesidad puede llevar al suicidio en adolescentes" [citado 22 de junio de 2004]. Disponible en: www.diarioelsur.cl
15. "Estudio revela preocupante presencia de conductas suicidas" [citado noviembre 2005]. Disponible en: www.alemana.cl/not/
16. Suicidio adolescente. [citado febrero 2006]. Disponible en: www.latinsalud.com
17. Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU y los Institutos Nacionales de la Salud. Comportamiento suicida. [citado 15 de febrero de 2006]. Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus
18. University of Virginia. Health System. El suicidio del adolescente. [citado 6 de noviembre de 2006]. Disponible en: www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds
19. Martin Memorial Health Systems. El suicidio del adolescente. [citado 16 de febrero de 2006]. Disponible en: www.mmhs.com/clinical/peds