

“El intento de Suicidio”

Una emergencia pediátrica en la actualidad

Dr. Roger Idefonso Huanca

Estudio en el Cono Norte, Lima, 1990-2002

RESUMEN

Este estudio evaluó todos los casos de intento de suicidio en Emergencia Pediátrica del Hospital “Sergio E. Bernales”, en pacientes menores de 15 años de edad, desde 1990 hasta 2002.

Los resultados fueron:

- A partir de los 8 años de edad se reportaron los casos de intento de suicidio.
- Hubieron 224 casos entre 1990 y 2002. Un caso fue fatal.
- Predominante en mujeres (69.20%).
- Las intoxicaciones por órganos fosforados fueron muy frecuentes (59.40%).
- Clasificación de los casos:
 - I Grupo (39.39%): sin ideación suicida-Histeria.
 - II Grupo (48.48%): con/sin ideación suicida. Angustia-Depresión.
 - III Grupo (9.10%): con ideación suicida-depresión.
 - IV Grupo (3.03%): con ideación suicida-psicosis.
- Los problemas de familia fueron las causas más frecuentes (80.65%).
- Los principales factores de riesgo fueron: sexo femenino, ausencia de los padres, maltrato infantil, fracaso escolar, cambio en la conducta y deseo o acto de fuga.

Palabras Clave: Suicidio, Niños y Adolescentes.

SUMMARY

This study evaluated everybody the cases of suicidal intent in Pediatric Emergency of Hospital “Sergio E. Bernales”, in patients under of 15 years age, from 1990 at 2002.

The results were:

- From the 8 years age self reported the cases of suicidal intent.
- There were 224 casos between 1990 and 2002. An case was fatal.
- Predominant in women (69.20%).

- The organo phosphate intoxicants were very frequents (59.40%).
- Classification of the cases:
 - I Group (39.39%): without suicidal ideation-hysteria.
 - II Group (48.48%): with/without suicidal ideation. Anguish/depression.
 - III Group (9.10%): with suicidal ideation-depression.
 - IV Group (3.03%): with suicidal ideation-psychosis.
- The family problems were the causes more frequents (80.65%).
- The principal factors risk were: faminine sex, absence of the parents, ill-treatment infantile, failure school, change of behavior and desire or action of flight”.

Key words: Suicide, Childrens and Adolescents.

INTRODUCCIÓN

En el año 2002 se registraron 334 fallecidos por suicidio en nuestro país, según los reportes de la Policía Nacional (DIVINHOM) y otros. Es una cifra record y es tres veces más que lo registrado en los años anteriores. El 11.1% de estos casos correspondieron a niños y adolescentes.

Los casos de intento de suicidio en los servicios de atención pediátrica de emergencia ya no son inusuales. En dichos servicios no se cuenta con psiquiatras o psicólogos de guardia, y el pediatra es quien maneja esta emergencia. Muchas veces el diagnóstico de “intento de suicidio” no es registrado como tal y estos casos son catalogados como lesiones, intoxicaciones, accidentes, etc. Al ser dados de alta a veces regresan por lo mismo.

¿Cuáles son las características de los casos de intento de suicidio en los niños y adolescentes en la actualidad?

¿Cuáles son las causas y los factores de riesgo?
 ¿Cuál debería ser el rol del pediatra?

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de investigación: descriptivo-explicativo.

Población estudiada: todos los pacientes menores de 15 años que acudieron al Servicio de Emergencia-Área. Pediatría del Hospital Sergio E. Bernales por intento de suicidio. Desde 1990 hasta el 2002 (trece años), el área de influencia del Hospital es la totalidad de los distritos de Comas y Carabaylo, y parte de los distritos de Independencia, Los Olivos y Puente Piedra.

RESULTADOS

A partir del año 1992 existe un incremento de los casos de intento de suicidio. Posteriormente las cifras se han estabilizado (Tabla 1).

El caso de menor edad correspondió a un niño de 8 años quien era víctima de maltratos por parte de su padrastro.

A partir de los 12 años se incrementan los casos (Tabla 2). Según el sexo: 155 mujeres (69.20%) y 69 hombres (30.80%). Agentes usados: órganos fosforados (59.40%), medicamentos (21.05%), desconocidos (11.28%) y otros (8.27%).

Se clasificaron a los casos en 4 grupos, considerando la existencia o no de ideas suicidas (ideación suicida) y otros parámetros (Tabla 3).

Se encontraron las características de cada grupo (Tabla 4).

Con respecto a las causas del intento de suicidio se hallaron factores psicopatológicos y factores ambientales (Tabla 5).

Así mismo, hubieron factores que desencadenaron el acto suicida (Tabla 6). Dichos factores se ubicaron: en la familia (80.65%), en la comunidad (16.13%) y en el colegio (3.22%).

De los 224 casos de intento de suicidio registrados, hubo un caso fatal correspondiente a un varón de 11 años procedente de Comas.

TABLA 1

INTENTO DE SUICIDIO TOTAL DE CASOS POR AÑO	
1990	10
1991	7
1992	14
1993	22
1994	22
1995	24
1996	17
1997	17
1998	18
1999	17
2000	18
2001	19
2002	18
Total	224

TABLA 2

INTENTO DE SUICIDIO CASOS SEGÚN EDAD	
8 años	3
9 años	8
10 años	10
11 años	19
12 años	26
13 años	54
14 años	104
Total	224

TABLA 3

CLASIFICACIÓN DE LOS INTENTOS DE SUICIDIOS		
Grupo	Patología predominante	Porcentaje
I Grupo	Histeria	39.39%
II Grupo	Angustia/depresión	48.48%
III Grupo	Depresión	9.10%
IV Grupo	Psicosis	3.03%

TABLA 4

CARACTERÍSTICAS DE CADA GRUPO

- Manipulación
 - Como advertencia
 - Como autocastigo
 - Como venganza o castigo a otro
 - Para comunicar cólera
 - Para imponerse
 - Para manejar una situación
-
- Es un "grito de ayuda"
 - Intenta comunicar sufrimiento moral o suplica
 - Para escapar de una situación intolerable
 - Para obtener afecto o apoyo
-
- "No ve sentido a la vida"
 - Pérdida de toda motivación para vivir
 - Etapa final de depresión y resignación profundas.
-
- Idea de eliminarse como síntoma de una enfermedad psicótica.
 - Tendencia a la automutilación.

TABLA 5

FACTORES CONDICIONALES

- Inmadurez y dependencia
 - Expectativas irreales
 - Sobrevaloración y egocentrismo
 - Labilidad emocional
 - Impulsividad
 - Baja autoestima
 - Trastornos psicóticos
 - Trastornos neuróticos
-
- Precariedad económica
 - Escaso nivel cultural de los padres
 - Influencia negativa de los amigos
 - Crisis de valores
 - Violencia estructural
 - Educación deficitaria
 - Autoritarismo de los padres
 - Familia desestructurada
 - Incomprensión familiar y social a algunas características de la adolescencia.
 - Violencia familiar
 - Presión por logro de superación escolar.

TABLA 6

FACTORES PRECIPITANTES Y/O DESENCADENANTES

- No satisfacción de un deseo
 - Discusión familiar
 - Castigo de los padres, hermanos o tutores
 - Expulsión del hogar
 - Temor a un castigo
-
- Rechazo por el grupo o el medio social
 - Abuso sexual o violación
 - Problemas con el (la) enamorado (a)
 - Embarazo no deseado
-
- Malas notas
 - Fracaso en alguna meta

DISCUSIÓN

Existen factores sociales que pueden explicar esta problemática de salud mental: crisis social y económica, crisis de valores, violencia en todas sus formas, influencia negativa de los medios de comunicación masiva, crisis familiar, pérdida del rol rector de la escuela y el maestro, el centralismo, informalidad, etc. En la última década se agregan otros factores que influyen en el incremento de casos de intento de suicidio: el fenómeno de la globalización, la exclusión, el incremento de la violencia e inseguridad urbana, la mayor exigencia y competencia a todo nivel, el pragmatismo e individualismo. Los niños pequeños no comprenden el fenómeno de la muerte⁽¹⁾. A partir de los 7-9 años de edad, con el desarrollo del pensamiento abstracto, ya tienen la capacidad para comprender la realidad de la muerte⁽²⁾. Eso explica el inicio de los intentos de suicidio a esas edades. Según la literatura internacional, es más frecuente en las mujeres, en cambio el suicidio consumado ocurre más en los hombres⁽³⁾.

Los agentes usados varían en cada región o país. En el Cono Norte de Lima existe mayor acceso a los órganos fosforados por su menor costo y su

uso para combatir moscas, roedores, etc. Por los medios de información, muchos niños y jóvenes saben que estos agentes son usados para autoeliminarse. Los órganos fosforados producen síntomas casi dramáticos (cólicos) siendo detectados rápidamente por los familiares, vecinos o amigos, quienes lo conducen al hospital a tiempo. Si se usaran otros agentes o no hubiese el socorro oportuno la cantidad de casos fatales sería mucho mayor. Cada caso de intento de suicidio tiene sus peculiaridades. Se ha propuesto agruparlos en 4 grupos (Tabla 3, Tabla 4).

El I Grupo es el menos severo, donde el intento de suicidio es un gesto para llamar la atención.

El II Grupo es una forma desesperada de expresar su impotencia ante un problema.

El III Grupo es predominantemente depresivo.

El IV Grupo comprende a enfermedades psiquiátricas que cursan con ideación suicida.

Los dos últimos grupos son de mayor riesgo donde hay una real amenaza contra la vida.

La mayoría de los casos (87.87%) pertenecen a los grupos I y II. En estos grupos no hay una intención suicida franca, pero si existe un estado histérico hasta una crisis de angustia o depresión por problemas reales.

La impulsividad es una característica del adolescente que lo lleva a cometer actos riesgosos. Sin embargo, muchas veces detrás de una conducta impulsiva agresiva existe todo un cuadro depresivo de fondo^(4,5). En un estudio realizado en México⁽⁶⁾, en los adolescentes menores de 15 años con conducta suicida hallaron un 53% de depresión, 28% de impulsividad y 19% de ambos. En nuestra casuística observamos una predominancia de la impulsividad en los hombres y la depresión esta presente en más de 50% de los casos totales.

Hemos encontrado que los factores ambientales son más frecuentes e importantes que los factores psicopatológicos. Entre los factores ambientales, predominan los problemas en la familia. En los niños influye mucho la ausencia de los padres, el maltrato infantil y la falta de un soporte emocional.

Los factores desencadenantes para el acto suicida pueden parecer a simple vista triviales. Basta una discusión familiar (41.93%) o el temor a un castigo, pero para el adolescente eso significa mucho⁽⁷⁾.

En el presente estudio, los problemas académicos (malas notas) tienen un mínimo porcentaje (3.22%) en comparación con lo que sucede en otros países⁽⁸⁾.

Así mismo, los intentos de suicidio no tienen predominancia en alguna época del año (por ejemplo: al final del año escolar). Los factores de riesgo que hemos encontrado, y que son importantes para la atención temprana son:

1. Sexo femenino.
2. Que vive sin sus padres o con solo uno de ellos.
3. Maltrato infantil.
4. Antecedentes de suicidio o intento de suicidio en familiares, vecinos o alumnos del colegio.
5. Mal rendimiento escolar o deserción.
6. Cambios en la conducta.
7. Deseos o actos de fuga del hogar.
8. Baja autoestima.
9. Familiares neuróticos.
10. Acceso a armas o agentes letales.

RECOMENDACIONES

El personal de salud debe actuar con ecuanimidad ante el paciente; sin sobreprotegerlo, ni aislarlo, ni reprocharlo, ni considerarlo per-sé como un enfermo mental.

Es importante no hacer ningún gesto o comentario de burla que puede ser contraproducente ante una persona en crisis como es la suicida.

Pautas para la atención pediátrica:

1. Atender la emergencia. Salvar la vida.
2. Definir el diagnóstico de intento de suicidio. Averiguar si el acto es casual o accidental, o si hubo intencionalidad. Muchas veces los familiares niegan u ocultan el acto suicida.
3. Cuando el paciente va recuperando su estado de conciencia podemos determinar el nivel o grado de crisis suicida que presenta. Si la crisis es leve o ya lo superó, durante la entrevista no insistir en el tema del suicidio o los problemas subyacentes.
4. Si la crisis es seria, debemos actuar con rapidez y cautela. Darle a entender que sus problemas son auténticos. Buscar la colaboración de un familiar, el más idóneo. Tomar las precauciones del caso para evitar el fatal desenlace. Pero si tomamos medidas exageradas y son advertidas por el suicida pueden reforzar su deseo de quitarse la vida. Si observamos una súbita mejoría, no se debe confiar en que la crisis ya se ha superado, porque puede tratarse de una falsa mejoría que le da el

- impulso para llevar a cabo su propósito con mayor eficacia.
5. De ser posible, clasificar el caso en uno de los 4 grupos ya mencionados (Tabla 3).
 6. Decidir el uso de fármacos específicos (ansiolíticos, neurolépticos o antidepresivos).
 7. Decidir la hospitalización. Criterios de hospitalización:
 - a. Si el paciente al recuperar la conciencia se enoja por haber sido salvado.
 - b. Si hay reincidencia del acto suicida.
 - c. Si hay antecedentes de suicidio en los familiares, vecinos o amigos.
 - d. Si dejó un mensaje escrito antes del intento de suicidio.
 - e. Si ha usado un método de gran letalidad. Si tiene acceso a armas de fuego u otros métodos peligrosos.
 - f. Si hay serios problemas familiares.
 - g. Si hay problemas legales importantes.
 - h. Si el caso pertenece al III o IV Grupo en la clasificación (Tabla 3).
 8. Antes del alta, evaluar el riesgo de reincidencia en base a los factores de riesgo ya mencionados. Según ello, dar los consejos y advertencias a los familiares. Garantizar la continuidad en el tratamiento.
 9. Para el alta, lo ideal es la evaluación previa por el psiquiatra o psicólogo. En el caso de las mujeres puede ser necesario el descarte del embarazo previo al alta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kubler-Ross, Elizabeth Los niños y la muerte. Editorial Luciernaga, España, 1992.
2. Kaplan, H Tratado de Psiquiatría. Salvat Editores, Pag. 1950-1962, año 1982.
3. Garrison, C Suicidal behaviors in young adolescents. Am. J. Epidemiol. May I; 141(9): 885, 1995.
4. Galli, E. La depresión en los adolescentes. Boletín Mujer y Salud Mental. Vol. 1, No 1, Lima, 1996.
5. Bush, E. A quantitative and qualitative analysis of suicidal preadolescent children and their families. Child. Psychiatry. Hum. Dev. 25(4):241-252, 1995.
6. Saucedo, Juan Intento de suicidio en la niñez y adolescencia: ¿Síntoma de depresión o de impulsividad agresiva?. Boletín Med. Hosp. Infant. México 54(4):169, 1997.
7. Shagle, S. A social-ecological analysis of adolescent suicidal ideation. Am. J. Orthopsychiatry 65(1):114-124, 1995.
8. Imamura, K. Mental health in Japan. Lancet, Aug.19; 346(8973):509-510, 1995.