TRABAJOS ORIGINALES

Rev. Chil. Pediatr. 57(3): 227-230, 1986

Tentativas de Suicidio en Niños y Adolescentes

Dra. Eva Rona R.¹; Dra. Lidia Wettlin F.²

Suicide Attempts in Children and Adolescents

Twenty cases of attempted suicide in patients aged 7 to 15 years old were analysed. An outstanding number of females (15 girls and 5 boys) in their teens (12 to 15 years) were found in the sample. The most commonly employed method for the attempt was drug ingestion (barbiturates, other psychotropic drugs and anticonvulsants). Only a minority of the patients were at vital risk during or after the attempt. In most of them, it was the result of an impulsive action, generally within a disturbed family background (high occurrence of broken parental marriages, alcoholic parents and marital disputes). Less than one half of the subjects admitted intentions of self-destruction. In a certain way most patients were looking for attention from relatives toward their personal problems. (*Key words:* Suicide Attempts. Children. Adolescents.).

Si bien es cierto que la tentativa de suicidio no es frecuente en la niñez y es rara antes de los 10 años, aumenta considerablemente desde la pubertad y la adolescencia. El suicidio es la cuarta causa de muerte entre los 15 y 19 años de edad en Francia y EE.UU., después de los accidentes, homicidios y cáncer, y configura la segunda causa de muerte si se amplía el rango de edades entre los 15 y 24 años¹. Sin embargo en nuestro medio el problema ha sido poco explorado: salvo por estudios epidemiológicos hechos en adultos². No encontramos referencias a casos en niños en nuestro país en los últimos 20 años. Por este motivo, por el riesgo vital que implica y por constituir, la tentativa de suicidio, un gesto dramático de demanda de ayuda, presentamos nuestra experiencia en torno a este tema.

MATERIAL y METODO

Se hizo un análisis retrospectivo de 20 casos de tentativa de suicidio atendidos en el Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital San Juan de Dios entre Septiembre de 1978 y Junio de 1984, estudiando la edad y sexo de los pacientes, el método empleado en el intento, la causa desencadenante, el carácter premeditado o impulsivo de ésta, la existencia de riesgo vital, los antecedentes psicopatológicos del paciente, el enjuiciamiento del hecho por parte del niño, la presencia de reincidencias y las características del medio familiar.

Todos los pacientes fueron entrevistados por lo menos por uno de los autores (E.R.R.) durante plazos variables desde un mes hasta varios años, aunque tres pacientes sólo asistieron a una o dos consultas. Además se obtuvo información de entrevistas con uno de los padres (generalmente la madre) o a la persona responsable del niño (abuela o guardadora) en todos los casos. En algunos pacientes se aplicaron exámenes psicométricos (W.I.S.C.) y en varios se hicieron visitas domiciliarias por asistentes sociales.

RESULTADOS

Seis pacientes tenían menos de 12 años (la menor, de 7 años 10 meses), (3 varones), en los otros 14 la edad fluctuaba entre 12 1/12 y 14 3/12 años en la primera tentativa. La edad en que ocurrieron las reincidencias fluctuaba entre 10 y 15 10/12 años. Entre los pacientes mayores de 12 años la proporción de mujeres: varones fue 12:2, que excede a la de otras series^{1,4} y señala una mayor frecuencia de tentativas de suicidio en las niñas adolescentes, aunque las muertes por suicidio son 3 veces más frecuentes en el varón.

El método más utilizado en nuestra casuística fue la ingestión de medicamentos, especialmente ansiolíticos y neurolépticos (n=10); en 4 pacientes la droga ingerida fue un anticonvulsivante empleado por familiares para el tratamiento de epilepsia. La ingestión de tóxicos se observó en dos casos, uno tomó raticida (talio) con compromiso vital severo, aunque no inmediato. Sólo dos casos intentaron autoeliminarse por medios físicos, uno por flebotomía y otro por autocreación; este último niño se roció las piernas con

1. Servicio de Pediatría, Unidad de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital San Juan de Dios. Depto. de Pediatría, Div. Ciencias Médicas Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
2. Becaría de Psiquiatría Infantil, Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

parafina y fue sorprendido en el momento en que encendía el fósforo (Tabla 1).

Tabla 1.

Distribución por Sexo y Método Utilizado
en 20 Casos de Tentativa de Suicidio

Método	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
Drogas	4	12	16
Tóxicos		2	2
Métodos físicos	1	1	2
Total	5	11	20

Solamente una niña refirió haber preparado sus tentativas con dos o tres días de anticipación y ha presentado el mayor número de reincidencias (tres) de la serie, en otras palabras en la mayoría de los pacientes se trata de un acto de carácter impulsivo, lo que es característico del niño y del adolescente menor⁴.

Sólo en un caso hubo riesgo vital severo. En 15 pacientes el riesgo se puede considerar leve o moderado, 10 fueron internados para observación y 5 fueron tratados con lavado gástrico, sin requerir tratamientos especiales. En otros 4 niños no fue posible evaluar el riesgo.

La situación de conflicto familiar, especialmente los castigos y represiones por parte de los padres, las discusiones con los hermanos, la restricción de permisos y amistades heterosexuales fueron los factores precipitantes de mayor importancia en la tentativa de suicidio. El fracaso escolar fue desencadenante menos frecuente que en otras series¹. El intento de violación o los abusos deshonestos de parte del padre, los problemas económicos graves, el temor al castigo, la desavenencia con coetáneos, la enfermedad e invalidez de la madre, y sentimiento de vergüenza al ser sorprendida en hurto, fueron causas desencadenantes detectadas con menor frecuencia (Tabla 2).

Nueve pacientes (casi la mitad) expresaron deseos de morir, con mayor o menor convicción. Por ejemplo: una de ellas decía "Si me muero, me muero" y agregaba "tal vez me echen de menos...". Ocho niños reconocieron que no querían darse muerte, 5 de ellos admitieron abiertamente que querían llamar la atención de la familia hacia sus problemas; los otros tres expresaron que sólo querían "dormir" o evadirse de sus problemas. En 3 pacientes no se indagó esta materia. Por otra parte, 4 niños manifestaron estar arrepentidos del intento, pero otros 2 dijeron no estarlo y desear volver a hacerlo.

En 3 casos no existían antecedentes psicopatológicos y podrían catalogarse como normales.

Tabla 2.

Causas Desencadenantes de la Tentativa
de Suicidio en 20 Niños

Tipo de Conflicto	Pacientes
Conflicto familiar	
~ Castigos parentales (6)	10
~ Restricción de permisos y amistades heterosexuales (3)	
~ Agresión a la madre por conviviente (1)	
Fracaso escolar	2
Intento de violación incestuosa	2
Otros	6
TOTAL	20

En 6 pacientes (30%) predominaban síntomas depresivos; en 3 (15%), rasgos de personalidad necesitada de estimación; irritabilidad e impulsividad en otros 3; retraimiento y falta de comunicación en 2, déficit intelectual en 2 y probable psicosis en 1: de estos últimos, 6/17 probablemente correspondan a personalidades patológicas, 3/6 con rasgos necesitados de estimación, 2/6 con rasgos esquizoides y 1/6 de los que presentaban irritabilidad como rasgo predominante. En otros estudios⁵ se señala que sólo entre 30 a 50% de los adolescentes suicidas puede plantearse un trastorno psiquiátrico, predominando, en estos casos, las personalidades patológicas, las neurosis y los síndromes depresivos, en parcial concordancia, con esta observación.

La capacidad intelectual fue considerada normal en 17 pacientes, de los cuales sólo 1 fue evaluado mediante pruebas W.I.S.C. En 3 ésta se consideró deficiente, 2 de ellos fueron evaluados mediante pruebas W.I.S.C.

Todos los pacientes venían de un medio familiar perturbado, en mayor o menor grado, por diversas circunstancias, hecho que coincide con otras comunicaciones⁶. Los hallazgos más frecuentes en este aspecto fueron la ausencia del padre (7 casos) o de ambos padres (3 casos) las desavenencias conyugales (6 casos). Las enfermedades psiquiátricas de los padres fueron detectadas en 12 casos, siendo la más frecuente la neurosis, especialmente en la madre (6 casos). Con menor frecuencia se encontraron antecedentes de alcoholismo en el padre o el padrastro (3 pacientes), epilepsia en padres (2 niños) y psicopatía del padre en un intento.

Las relaciones conflictivas con los padres, los hermanos o ambos ocurrieron en 6 casos y los problemas económicos graves en 3, mientras que

el antecedente de padres separados existía en 8 pacientes.

Sólo en un paciente, había ocurrido suicidio en otro miembro de la familia, aunque este antecedente no se indagó en forma sistemática y además no es posible asegurar que algunos informantes ocultaran el hecho.

La reacción de la familia ante el intento de suicidio es de vital importancia para el pronóstico y pudo ser calificada en tres tipos:

Las reacciones positivas, es decir, modificación de la actitud familiar en el sentido de manifestar mayor comprensión, afecto y apoyo al afectado ocurrió en 7 casos. Las familias de otros 6 pacientes no manifestaron modificaciones significativas hacia ellos. En un caso la respuesta familiar fue francamente negativa con actitudes punitivas hacia la paciente. En este caso el padre expresó "no te voy a perdonar nunca" y se le prohibió salir durante una semana. Finalmente esta información no fue registrada, en 6 pacientes, 3 sólo concurrieron a 1 ó 2 consultas, lo que no permite hacer una evaluación adecuada del paciente ni de su medio familiar.

La reincidencia se registró en 8 de 20 niños. La mitad tenía antecedentes de más de una tentativa de suicidio antes de la primera consulta. Los otros 4 sufrieron reincidencias durante el período de control; una paciente que acumuló el mayor número de reintentos tenía rasgos de personalidad patológica.

COMENTARIO

Aunque las tentativas de suicidio del niño y adolescentes se consideran, frecuentemente, como actos impulsivos, superficiales e histriónicos ante una frustración⁷, sus orígenes son generalmente más complejos:

Casi todos los niños provienen de medios caracterizados por inestabilidad y desorganización familiar, sea por separación de los padres, ausencia de uno o ambos padres o desavenencias conyugales importantes. Con frecuencia existen antecedentes de relaciones conflictivas, especialmente con el padre, antes de la tentativa de suicidio.

La falta de comunicación que existe con los padres impide a estos niños pedir ayuda al sentirse acosados por sus problemas. Este aspecto es muy patente en una de nuestras pacientes, que ingirió talio impulsada por una mala relación con su hermana sin confiar su problema a ningún familiar, ocultando la ingestión del tóxico incluso en el hospital.

Algunos de estos niños y adolescentes buscan atraer la atención de otras personas hacia sus

problemas mediante conductas rebeldes o de retraimiento social. Es evidente que muchos jóvenes buscan la comunicación mediante la tentativa de suicidio, a diferencia de los adultos, que buscan más claramente la muerte que los cambios favorables en la forma de ser tratados. Así lo demuestran también las estadísticas: mientras en la población general se registran 6 a 10 tentativas de suicidio por cada suicidio cometido, en los adolescentes la proporción es de 50 y 100 por uno. Los adolescentes cometen el 6% de los suicidios conocidos en Estados Unidos de N.A.⁶, pero son responsables del 12% de las tentativas de suicidio⁷, tasa que se sospecha sería inferior a la real, pues algunos padres las ocultan porque, en cierto modo, se sienten acusados.

Además de los factores familiares que hemos destacado en la génesis de la conducta suicida, hay que señalar también que los antecedentes psicopatológicos del niño influyen en esta conducta. Sólo la minoría de los pacientes de nuestra serie podrían catalogarse como normales; en ellos el peso de las circunstancias ambientales parece haber sido determinante en la decisión suicida, como el caso de un niño que vivía a cargo de su abuela (quién se mantenía vendiendo dulces a la salida del colegio) y sufrió una gran frustración al no recibir la mesada de su padre, con la que pensaba comprarse zapatos; o el de una niña, también a cargo de su abuela por separación de los padres, quién escuchó que iba a ser internada, al mismo tiempo que las esperadas vacaciones con su padre no podrían realizarse. Los restantes, si bien no podemos formular en todos un diagnóstico definitivo —es un estudio retrospectivo— tenían rasgos psicopatológicos de mayor o menor gravedad. Lo más frecuente fue encontrar síntomas depresivos o ansioso-depresivos, que serían los que implican mayor riesgo de conductas suicidas. Los rasgos de personalidad patológica, la irritabilidad e impulsividad, el déficit intelectual y la psicosis son también rasgos frecuentes entre los jóvenes suicidas^{2,4,7,8}.

En síntesis hay dos factores principales que pueden llevar a conductas suicidas: las perturbaciones del medio familiar y las características psicopatológicas del niño, especialmente los rasgos depresivos, la impulsividad e irritabilidad y el déficit de los procesos de adaptación. Mientras más graves sean estas últimas, menor será el papel que juegan, probablemente, las alteraciones del medio familiar. Por el contrario, en los casos calificados como normales o con leves trastornos psíquicos, las perturbaciones del medio serán las principales responsables de la determinación suicida.

Queremos subrayar que los intentos de suicidio aumentan considerablemente a partir de la

pubertad y particularmente entre las niñas y que en el análisis de ellos no debemos conformarnos con identificar la causa desencadenante, pues, generalmente detrás de ella existen perturbaciones del medio familiar o factores psicopatológicos propios del paciente. Estos interactúan e intervienen en diferente medida para determinar la conducta suicida en cada caso. La tentativa suicida en el niño y el adolescente expresa un deseo de vida, no sólo de muerte, ya que muchas veces constituye un intento desesperado de comunicación, de conseguir atención hacia sus problemas.

RESUMEN

Se revisan 20 casos de tentativas de suicidio en niños cuyas edades fluctuaron entre 7-10/12 y 15 años. Se observa un franco predominio de pacientes de sexo femenino (15 niñas y 5 varones) y edad puberal (12 a 15 años). El método más usado fue la ingestión de medicamentos (barbitúricos, ansiolíticos y anticonvulsivantes). Sólo en un caso el intento implicó riesgo vital, en los restantes se trataba de actos impulsivos, ge-

neralmente con un fondo de conflictos familiares (padres separados, alcoholismo paterno, desavenencias conyugales). Menos de la mitad de los pacientes admitió intenciones de autoeliminarse; la mayoría buscaba llamar la atención de otras personas hacia sus problemas.

REFERENCIAS

1. Davidson F., Choquet M.: Le suicide de l'adolescent: étude épidémiologique. Paris, Ed. E.S.F., 1981, Pág. 1.
2. Trucco M.: Suicidios en el gran Santiago (I) Aspectos médico-legales. Rev. Med. Chil. 104: 246, 1976.
3. Trucco M.: Suicidios en el gran Santiago (II). Variación estacional. Rev. Méd. Chil. 105: 47, 1977.
4. Ajuriaguerra J. de: Manuel de Psychiatrie de l'enfant. Ed. Masson, 1971, Paris. Pág. 474.
5. Chabrol H.: Le suicide chez l'adolescent. Neuro-psychiatr. Enfance Adolesc. 30: 537, 1982.
6. Kosky R.: Childhood suicidal behaviour. Child. Psychol. Psychiatry 24: 457, 1983.
7. Weiner I.B.: Handbook of Adolescent Psychology. Chap. 14. Psychopathology in adolescence. Ed. John Wiley & Sons, New York, 1980. Pág. 457.
8. Moron P.: "Le suicide" Ed. Presses Universitaires de France. Paris, 1975.