

Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes

Fresia Ulloa Ch.¹

Suicidal behaviour in children and adolescents

Suicide is an important cause of death among adolescent people. Suicidal attempts are more frequent, but resulting death is fairly less frequent, at this age than in adults. Precipitating factors include social, family and school difficulties and also exposure to suicidal behaviour by other people. Most employed self destructive methods are, in this country, oral neuroleptic and ansiolytic medications. Psychopathological significance of suicidal behaviour, personality aspects, familial and social circumstances surrounding suicidal attempts in children and adolescents are reviewed. Some immediate therapeutic measures are proposed and favourable conditions for appropriate long term care are described.

(Key words: suicidal attempts, behaviour children, adolescent.)

El suicidio está entre la segunda y tercera (12%) de las causas de muerte de jóvenes de 15 a 19 años de edad. Su incidencia se ha triplicado en los países occidentales en los últimos treinta años, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes, pasando a constituir un problema importante de salud pública. Las causas del fenómeno no están claras, pero podrían estar ligadas a aumento del número de adolescentes en la población, que llevaría a disminución de las oportunidades de estudio, trabajo y buen éxito, generando baja autoestima. Otros factores pueden ser también inestabilidad familiar, violencia social, altas tasas de consumo de alcohol y drogas, depresión, mayor disponibilidad de armas de fuego y medicamentos en los hogares, transición más temprana de los jóvenes a roles adultos y disminución de la afiliación religiosa¹⁻¹⁶.

Epidemiología

La prevalencia de la conducta suicida es difícil de medir debido a falta de registros. Los jóve-

nes en riesgo, aun después de un intento, rara vez consultan al médico^{2,4}. En base a los datos disponibles, la tasa de tentativas autodestructivas a esta edad es mayor que en la población general, pero la letalidad es más baja, observándose una muerte cada 60 a 200 intentos en adolescentes y una cada 13 intentos en adultos^{4,8,12,15}. La tasa anual de suicidios para todas las edades es de alrededor de 10 por 100 000 habitantes, con diferencias importantes entre los distintos países.

Las tentativas de suicidio ocurren más a menudo entre las mujeres que entre los hombres (3:1), lo que se asociaría con las presiones de socialización en niños y niñas, que se reflejan en diferentes estilos de expresión afectiva. Las mujeres en nuestra sociedad gozan de menor sanción cultural frente a las demostraciones de rabia o agresividad, incluyendo el suicidio. Tales diferencias parecen expresarse en la tendencia de las niñas a utilizar métodos más pasivos, a su vez menos efectivos, en su mejor disposición a buscar ayuda y más alta frecuencia de desórdenes afectivos en la etapa postpuberal^{1-7,12,14,15,17,18}. Los suicidios consumados son tres veces más frecuentes entre los varones, lo que puede ser explicado por la propensión de los jóvenes a utilizar medios más violentos e irreversibles.

Aunque la ideación suicida es frecuente en los niños menores de 12 años, las tentativas y el

1. Médico psiquiatra infantojuvenil. Asesora de Salud Mental Infantojuvenil, Servicio Salud Metropolitano Norte. Hospital Roberto del Río, Departamento de Pediatría, Campus Norte, Universidad de Chile.

suicidio propiamente tal son raros^{2, 6, 10, 15, 18-21}, lo que puede ser explicada en primer lugar, porque la enfermedad afectiva (depresiva), que es la causa más común de suicidio, es infrecuente a esta edad. En segundo lugar, la familia, el colegio y el ambiente proveen un entorno protector, con mayor apoyo emocional y social en esta etapa del desarrollo. En tercer término, para que el niño tenga sentimientos de desesperación y desesperanza, pueda planear y ejecutar un intento letal, se requiere cierto grado de madurez cognitiva, que no se alcanza hasta la adolescencia^{2, 6, 10, 15}.

Evolución del concepto de muerte

La conducta suicida involucra el deseo de provocarse la muerte. Sin embargo, la comprensión de la muerte como el término irreversible de la vida no está presente en todos los niños y adolescentes suicidas. Lo importante es que la meta esencial de la conducta autodestructiva es lograr la muerte, independientemente de cómo la conceptualiza ese niño o adolescente en particular. El desarrollo del concepto de muerte es un proceso lento y prolongado^{11, 14, 20, 21}.

Según Ajuriaguerra, hay cuatro fases en la adquisición del concepto de muerte, las que se relacionan con el desarrollo cognitivo del niño. En la primera, se observa incompreensión e indiferencia por el tema, que se prolonga hasta los 2 años de edad. En la segunda, que dura hasta las edades de 4 ó 6 años, hay una percepción mítica de la muerte, a su vez provisional, temporal y reversible; el niño acepta y niega simultáneamente sus consecuencias, atribuyéndole cualidades de vida. La tercera, es una fase concreta, de realismo y personificación, que se extiende hasta los 9 años. Para los niños, en esta etapa, la persona muere, pero permanece representable en el tiempo y en espacio, está ausente, como petrificada en otra forma de vida. La cuarta fase es abstracta, se alcanza entre los 9 y 11 años de edad. Aparece la angustia existencial, lo que supone acceso a la simbolización de la muerte, temor a la pérdida real y al final de su propio destino¹⁹.

El conocimiento de este proceso permite comprender por qué aumenta la proporción de conductas destructivas en la adolescencia.

Métodos utilizados

Los niños y adolescentes llevan a cabo actos suicidas con diferentes métodos. Estos incluyen armas de fuego, medicamentos o venenos, ahorcamiento, salto desde altura, intoxicación con monóxido de carbono, lanzamiento al tráfico vehicular, incineración, asfixia por inmersión, apuñalamiento^{1, 2, 4-8, 10, 11, 6, 20, 21}. En 20 casos de tentativas de suicidio en niños y adolescentes, atendidos en el Hospital San Juan de Dios, de Santiago, Chile, el método más utilizado fue la ingestión de medicamentos, especialmente ansiolíticos y neurolépticos¹⁸, lo que concuerda con publicaciones de otros países^{5, 7, 8, 20}, no así de Estados Unidos de Norteamérica, donde el más común son las armas de fuego².

Factores precipitantes

Entre los factores precipitantes de conducta suicida en niños se describen los problemas de rendimiento y conducta escolares, las discusiones con familiares o amigos, los desengaños amorosos, el abuso físico o sexual¹⁵. En los adolescentes se mencionan las crisis disciplinarias y legales, pérdidas y conflictos interpersonales, exposición al suicidio o conducta suicida de familiares o amigos^{2, 6-8, 16}; acumulación de circunstancias vitales adversas, tales como cambios recientes de domicilio, partida de un miembro de la familia, cambios en los hábitos o formas de vida, ruptura con el grupo de amigos^{1, 2, 6} y, en un pequeño número de casos, lecturas sobre suicidio en periódicos o novelas¹⁰. En Chile se han descrito, como factores precipitantes, situaciones de conflicto familiar, especialmente castigos y reprensiones por parte de los padres, discusiones con los hermanos, restricción de permisos y amistades heterosexuales; mientras el fracaso escolar es un desencadenante menos frecuente¹⁸. Alrededor de la mitad de las víctimas de suicidio consumado habían amenazado o intentado suicidio en las 24 horas previas a la muerte y un porcentaje similar había faltado a la escuela el día anterior a su defunción¹⁰. En Estados Unidos se observó que los jóvenes suicidas frecuentemente estaban intoxicados con alcohol al momento de morir^{6, 16}.

Significado de la conducta suicida

El significado de la conducta suicida en los niños es variable, puede representar una forma de evitar o huir de una situación desagradable o intolerable^{17, 19, 21}, un intento de atraer la atención, obtener cariño^{7, 19}, pedir ayuda o castigo. Parece ser muy específico del niño el deseo de una unión mágica, más allá de la muerte, con una persona que ha perdido o cree haber perdido^{19, 21}. Entre los adolescentes, la mayoría de los intentos de suicidio son impulsivos^{1, 2, 5, 11, 19}. Al interrogarlos acerca de los motivos que tuvieron para esta conducta, los identifican como una forma de huida o escape de una situación insoportable, expresión de duelo o desesperación por la pérdida de una persona significativa o la separación de sus padres; autocastigo, intención de influir en el otro, conseguir atención, comunicar amor, rabia, o sentimientos de revancha. En ocasiones puede ser expresión de un funcionamiento psicótico^{1, 2, 5, 7, 11, 17, 22}.

Características de los niños y adolescentes suicidas

Este tipo de conductas se ve en niños con síntomas de depresión, rasgos de inmadurez, labilidad afectiva e impulsividad^{15, 19, 20}. En un estudio, la mayoría de los niños afectados se encontraba dentro de alguna de las categorías de irritables y sensibles a la crítica; impulsivos e hiperactivos; pasivos, tranquilos, poco comunicativos y difíciles de entender; perfeccionistas, con alto nivel de exigencias y temerosos ante la posibilidad de cometer errores. Para Pfeffer²⁰, los factores específicos que permiten distinguir a los niños suicidas de los no suicidas incluyen la presencia de depresión, de sentimientos de desesperanza y depreciación.

La mayoría de las tentativas de suicidio en adolescentes se presentan en ausencia de un trastorno psiquiátrico específico, siendo más bien expresión de problemas psicopatológicos del medio que rodea al sujeto. Estos jóvenes muestran algunas características psicosociales disfuncionales, que incluyen sentimientos de desesperanza, dificultades en el control de impulsos, escasas habilidades sociales de resolución de problemas y modulación afectiva. La desesperanza ha sido correlacionada con la se-

verdad del intento de suicidio. Sólo en 20 a 25% de estos casos se ha encontrado asociación entre tentativas autodestructivas y trastornos psiquiátricos, tales como desórdenes afectivos (depresión uni o bipolar), conducta antisocial y abuso de alcohol y drogas. Sólo una minoría tiene problemas de adaptación y rendimiento escolar^{1, 2, 5, 6, 9, 11, 12, 16, 22}.

Circunstancias familiares y tentativas de suicidio

En las familias de estos niños y adolescentes suele existir inestabilidad y desorganización. Entre los conflictos familiares destacan especialmente las separaciones y la ausencia del padre u otras figuras parentales. La actitud afectiva de los padres puede ser ambivalente, con aceptación y hostilidad o rechazo. Estos niños y adolescentes han estado expuestos, frecuentemente, a violencia familiar y han sido víctimas de abuso físico o sexual^{1, 2, 5-13, 15, 18, 20-22}. La falta de comunicación que existe entre padres e hijos dificulta el acercamiento y la solicitud de ayuda por parte del sujeto que enfrenta conflictos que no puede resolver^{8, 18}.

Suele haber antecedentes familiares de intentos de suicidio y suicidios consumados; de enfermedades psiquiátricas, especialmente alcoholismo del padre o de la madre, desórdenes afectivos y desórdenes antisociales^{1, 2, 6, 9-11, 13, 15, 20}. Esta conducta no se hereda, pero es mucho más frecuente en familias en que un componente se ha suicidado, lo que no sólo aumenta el riesgo para los niños, sino también para los otros miembros de la familia^{2, 10, 11, 16}.

Reincidencia

El individuo que ya ha realizado una tentativa de suicidio tiene alta probabilidad de repetirla y se estima que 30 a 50% de los casos reinciden. El riesgo es mayor en los tres meses que siguen al intento inicial; en sujetos de mayor edad (sobre los 13 años); cuando el primer intento ha sido potencialmente letal y premeditado; en personas con algún desorden psicopatológico o antecedentes de dificultades de adaptación o rendimiento escolar; miembros de familia numerosa, de 4 niños o más, con antecedentes de alcoholismo,

abuso y disfunción familiar; niños que no cumplen el tratamiento^{1, 2, 6, 10, 12, 15, 20}.

En un seguimiento de 10 a 15 años de duración, de adolescentes y adultos jóvenes que habían presentado conducta suicida, 2,9% de las mujeres y 10% de los varones murieron por suicidio en período señalado. La etapa de mayor riesgo, en esta muestra, fueron los dos primeros años después del intento inicial⁶. En una experiencia chilena se ha observado que, en el momento de la primera consulta, 40% de los pacientes estudiados tenían antecedentes de tentativas previas y la mitad de ellos más de una¹⁸.

Medidas terapéuticas

Las medidas terapéuticas deben ser inmediatas, como respuesta directa al acto suicida. Se recomienda no dar de alta directamente al paciente desde el servicio de urgencia, dejándolo al menos 48 h en el hospital, lo que da tiempo para establecer una relación con él y evaluarlo, como también a su familia

El objetivo más importante de esta evaluación es precisar la magnitud del peligro inmediato del paciente. Para esto es necesario identificar las circunstancias que rodean la ideación o acto suicida, el método utilizado, la existencia de premeditación y planificación y las posibilidades que tenía de ser descubierto y rescatado^{11, 15}. Existe una escala de evaluación de riesgo-rescate, basada en la premisa que todos los intentos de suicidio reflejan ambivalencia, es decir, un deseo de morir y de ser rescatado simultáneamente. A mayor evidencia en favor del deseo de morir y no ser rescatado, mayor es el riesgo de reincidencia y muerte^{5, 12, 23}. La hospitalización permite, también, separar al niño o adolescente de su vida cotidiana, lo que facilita el control de los factores que han desencadenado la conducta autodestructiva. Es importante conseguir un acuerdo con el paciente (contrato no suicida) en el que éste se compromete a frenar sus impulsos autodestructivos y comunicarlos al médico u otro adulto^{2, 6}. Hablar sobre la ideación suicida no parece promover más ideas o actos de la misma naturaleza. Las preguntas sobre el tema deberían ser directas y no implícitas. Esto constituye el primer paso en la intervención terapéutica^{6, 12, 20}. En todo paciente se debe solicitar una inter-

consulta psiquiátrica para el examen de su estado mental.

El médico pediatra desempeña un importante papel en el cumplimiento de las indicaciones de tratamiento. Cerca de 50% de los pacientes no concurren a la primera consulta ambulatoria y sólo 32% completan tres sesiones². Para evitar estas fallas es útil que el pediatra que hizo la evaluación inicial mantenga el vínculo con el paciente y sea quien lo presente al profesional que va a continuar la terapia.

Las citas al especialista deben ser definidas desde el comienzo (lugar, día y hora) y, dentro de lo posible, el paciente debe ser atendido precozmente (dentro de las primeras 48 horas). Se debe evitar reaccionar con agresividad frente a la inasistencia de éste y de sus familiares. Un aspecto fundamental del manejo es ponerse de acuerdo con el paciente y la familia sobre el tipo y la duración del tratamiento que ellos necesitan y aceptan. Es útil involucrar en la terapia a otras personas significativas de la familia, escuela y amigos^{2, 6}. La hospitalización psiquiátrica está indicada si no hay posibilidad de establecer un contrato no suicida, la ideación suicida es activa, el intento ha sido potencialmente letal, hay un trastorno psicopatológico importante (psicosis, desorden depresivo o bipolar, abuso de sustancias, trastornos de conducta), no se cumple o fracasa el manejo ambulatorio o existe disfunción familiar severa.

El tratamiento debe ser integral y, dependiendo de la condición específica de cada paciente, se utilizarán psicofármacos, psicoterapia individual y familiar^{5, 11, 23, 24} por el tiempo que sea necesario. Puesto que la ideación suicida y las conductas autodestructivas son frecuentes en niños y adolescentes, es de gran importancia que los médicos interroguen sistemáticamente sobre estos aspectos a los pacientes con riesgo: aquellos en que se sospechan problemas psiquiátricos, que tienen antecedentes de mala adaptación social, historia de pérdidas interpersonales, problemas familiares (disfunción y afecciones psiquiátricas) y exposición a suicidio.

Resumen

Las tentativas de suicidio y el suicidio consumado constituyen una de las principales causas de muerte en adolescentes. Se hace una revisión

del tema, destacando los aspectos epidemiológicos, factores precipitantes, métodos autodestructivos utilizados, significado psicopatológico de la conducta, características de los niños y adolescentes suicidas y circunstancias familiares que rodean al hecho. Se proponen algunas medidas terapéuticas inmediatas, frente al acto suicida, y se describen las condiciones que favorecen el tratamiento especializado posterior.

(Palabras clave: tentativas de suicidio, suicidio, niños y adolescentes.)

Referencias

1. Marcelli D, Braconnier A: Las tentativas de suicidio. En: Marcelli D, Braconnier A. Manual de Psicopatología del Adolescente, Barcelona, Editorial Masson, 1986; 99-114.
2. Brent B, Kolko D: Suicide and suicidal behaviour in children and adolescents. En: Garfinkel B, ed. Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, Philadelphia, Editorial Saunders Company, 1990; 372-391.
3. Eisenberg L: The epidemiology of suicide in adolescents. *Pediatr Ann* 1984; 13: 47-53.
4. Casorla R: Suicidio e adolescencia. I.- Incidencia, histórico e factores suicidogénos. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1979; 25: 288-295.
5. Alonso-Fernández F: Conducta suicida en la adolescencia. *Psicopatología* 1985; 5: 147-159.
6. Brent D: Suicide and suicidal behavior in children and adolescents. *Pediatr Rev* 1989; 10: 269-275.
7. Velilla Picazo M: La tentativa de suicidio en la adolescencia. *Comunicación Psiquiátrica*. 1980; 21-59.
8. Svedo S, Rettew D, Kuppenheimer M, Lum D, Dotan S, Goldenberg E: Can adolescents suicide attempters be distinguished from at risk adolescents? *Pediatrics* 1991; 88: 620-629.
9. Turgay A: An integrative treatment approach to child and adolescent suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am* 1989; 12: 971-985.
10. Shaffer D: Suicide. En: Rutter M, Hersov L, ed. *Child and Adolescent Psychiatry*, Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1985; 708-719.
11. Pfeffer C: Attempted suicide in children and adolescents: causes and management. En: Lewis M, ed.: *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1991; 664-672.
12. Hergenroeder A, Kastner L, Farrow J, Deisher R: The pediatrician's role in adolescent suicide. *Pediatr Ann* 1986; 15: 787-798.
13. Drake R, Racusin R, Murphy T: Suicide among adolescents with mentally ill parents. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 921-922.
14. Fundulis T: Mood disorders, suicide and suicide behavior. *Curr Opin Pediatr* 1990; 2: 700-704.
15. Jiménez J, Barrón E, Pérez de Heredia J, Sastre M: Intentos de suicidio en la infancia. *Revista Española Pediatría* 1991; 47: 405-409.
16. Pfeffer C: Assessment of suicidal children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 1989; 12: 861-872.
17. Sáiz A: Las tentativas de suicidio del niño y del adolescente. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1985; 13: 77-82.
18. Rona E, Wettlin F: Tentativas de suicidio en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 1986; 57: 227-230.
19. Ajuriaguerra J, Marcelli D: Tentativas de suicidio en el niño. En: Ajuriaguerra J, ed. *Manual de Psicopatología del Niño*. Barcelona: Toray-Masson, 1987; 180-189.
20. Pfeffer C: Clinical aspects of childhood suicidal behavior. *Pediatr Ann* 1984; 13: 56-61.
21. Krinsky S: La conducta suicida en la infancia. *Psicopatología* 1985; 5: 137-142.
22. Laborde de Moya J: Tentativas de suicidio en menores de 16 años. *Neuropsiquiatría y Salud Mental (Arg)* 1981; XII 1-96: 42-48.
23. Nucette-Ríos: Prevención del suicidio en adolescentes. *Niños* 1988; 23: 110-118.
24. Pfeffer C, Newcorn J, Kaplan G, Mizruchi M, Plutchik R: Subtypes of suicidal and assaultive behaviors in adolescents psychiatric inpatients: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1989; 30: 151-163.