

## Intento de suicidio en niños: algunos aspectos biodemográficos

Mario Valdivia P.<sup>1</sup>; Claudia Schaub M.<sup>2</sup>; Marcela Díaz P.<sup>2</sup>

### Resumen

**Objetivo:** describir algunas características biodemográficas y de salud mental en niños que intentaron suicidio, así como las circunstancias del intento. **Pacientes y método:** se revisaron retrospectivamente los antecedentes clínicos de treinta casos de intentos de suicidio hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Regional de Concepción, entre octubre de 1995 y mayo de 1997. En la mayoría de los casos se había hecho una evaluación psiquiátrica durante la hospitalización. **Resultados:** la edad de los afectados fluctuaba entre 7 y 15 años. La mayoría eran mujeres (80%), sólo 36,7% vivían con ambos padres y cerca de 75% tenían algún trastorno psiquiátrico (principalmente depresión). El método más comúnmente utilizado en el intento fue la ingestión de medicamentos. En la mayor parte de los casos los intentos obedecieron a actos impulsivos desencadenados por conflictos familiares. Sólo 23,3% de los pacientes continuaba en tratamiento psiquiátrico uno a veinte meses después de egresar del hospital. **Conclusión:** el conocimiento adecuado de los factores de riesgo y precipitantes del intento de suicidio es importante para enfrentar y resolver correctamente el problema de estos niños.

(Palabras clave: suicidio, intento, depresión.)

### Suicidal attempts in children: some biodemographic aspects

**Objective:** to describe some biodemographic aspects of children who were admitted to a general hospital after attempted suicide. **Patients and methods:** clinical records of all thirty cases of attempted suicide that were hospitalized in the pediatric wards of a university associated public general hospital at Concepción, Chile, between October 1995 and May 1997 were reviewed for information on demographic aspects and those related with the suicidal attempt. **Results:** patient age varied from 7 years to 15 years. They were mostly female (80%) and only 36.7% lived with both parents. Nearly 75% of the children and adolescents had a psychiatric disease (mostly a depressive disorder). The most commonly employed method for the suicidal attempt was drug ingestion. In most cases suicidal attempt was the result of an impulsive action after a family conflict. Only 23.3% of the patients were still under psychiatric treatment or supervision one to twenty months after hospital discharge. **Conclusion:** more knowledge and better understanding of attempted suicide in children is very important for pediatricians because they are usually the first health professionals to take care of these cases.

(Key words: suicide, attempted, depressive disorder.)

Las conductas suicidas en niños y adolescentes se definen como "la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la muerte". Si bien la idea de

muerte o daño a sí mismo son parte de la definición, en el caso de los menores no es necesario un concepto maduro de la muerte<sup>1</sup>.

El suicidio es poco frecuente en menores de 10 años<sup>2</sup>, pero aumenta notoriamente en la adolescencia, llegando a ser la segunda causa de muerte en adolescentes en Estados Unidos de América<sup>3</sup>. En Chile, el mayor porcentaje de muertes en personas de 10 a 19 años (51,7%) se debe al rubro "accidentes y violencias", donde

1. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

2. Residentes becarias de pediatría, Departamento de Pediatría, Universidad de Concepción.

se incluyen los suicidios<sup>4</sup>, estimándose que estos corresponden a 12% de las muertes entre 15 y 19 años<sup>5</sup>.

Los intentos y la ideación suicidas en la población general son aspectos bastante más difíciles de precisar. Se calcula que los intentos serían entre 30 y 100 veces más frecuentes que los suicidios logrados. Los intentos constituyen entre 10 y 30% de la carga asistencial de los servicios ambulatorios de psiquiatría infantil y su prevalencia sería de 1 a 3% en escolares y de 3 a 15% en adolescentes<sup>1, 3, 6-8</sup>. En un estudio nacional en adolescentes se encontró 14,2% de prevalencia de vida para los intentos suicidas<sup>7</sup>.

Pese a la creciente importancia del intento de suicidio hay pocas publicaciones en revistas nacionales sobre esta materia en diferentes poblaciones de niños y adolescentes: existen tres revisiones teóricas del tema<sup>2, 5, 6</sup>, un trabajo en población general<sup>7</sup>, uno en intentadores controlados en forma ambulatoria<sup>9</sup> y otro en hospitalizados<sup>10</sup>.

A continuación se expone un estudio descriptivo con el que se pretende mostrar las características biodemográficas de los niños hospitalizados por intento de suicidio y las características del intento en una muestra constituida por el total de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el servicio de pediatría del Hospital Guillermo Grant Benavente de la ciudad de Concepción en un período de 18 meses.

### Material y Método

En el período comprendido entre el 1 de octubre de 1995 y el 31 de mayo de 1997 se registraron todos los pacientes ingresados por intento de suicidio en el servicio de pediatría del Hospital Clínico Guillermo Grant Benavente de Concepción, Chile. Este servicio cuenta con horas de psiquiatría de enlace y por norma notifica a la unidad de la especialidad cada vez que ingresa un menor por un intento de esta naturaleza. La información contenida en el formulario de interconsulta, la ficha clínica y la evaluación psiquiátrica del paciente y sus padres se transcribió en un protocolo especialmente diseñado para ello en todos los casos. Además se revisó la ficha clínica para conocer el estado actual del paciente. Con los antecedentes obtenidos se hizo un análisis descriptivo cuyos resultados se dividieron en cuatro áreas: antecedentes biodemográficos de los pacientes; diagnósticos psiquiátricos; características del intento; estado actual del paciente y su problema clínico.

### Resultados

**Aspectos biodemográficos:** en el período en estudio se hospitalizaron 30 menores por intento de suicidio, 24 eran niñas (80%). La edad fluctuaba entre 7 años y 15 años. Tres pacientes (dos varones) tenían 10 años o menos, 12 (40%) entre 11 y 13 años y 15 (50%) adolescentes de 14 y más años. Cinco afectados (16,7%) cursaban enseñanza media y 23 (76,7%) enseñanza básica. Once víctimas (36,7%) vivían con ambos padres, en lo que se podría considerar un hogar bien estructurado, 14 (46,7%) con sólo uno de sus padres, tres (10%) con otros familiares y dos (6,6%) habitaban en un hogar de menores. Dieciséis (53%) de los afectados había sufrido algún tipo de maltrato y en sólo 10 (30%) se hizo algún diagnóstico pediátrico adicional, siendo el más frecuente el de epilepsia que se presentó en tres casos.

**Resultados de la evaluación psiquiátrica:** el diagnóstico más frecuente fue el de trastorno del estado de ánimo (depresión). Lamentablemente en tres casos no se realizó evaluación psiquiátrica y en otros cuatro no se identificó un trastorno de esta índole (tabla 1).

**Características del intento:** el método más utilizado para intentar el suicidio fue la ingestión de fármacos, que se registró en 23 (76,6%) de los intentos. Los otros dos métodos utilizados fueron la ingesta de tóxicos (raticidas, insecticidas o productos de limpieza) en seis casos (20%) y finalmente una niña intentó arrojar a una laguna en el curso de un trastorno psicótico. Los medicamentos más usados fueron las benzodiazepinas y los neurolepticos (tabla 2).

Un alto porcentaje de los intentos tuvo lugar en la casa del menor (n = 18, 60%), los demás sucedieron en el colegio (n = 4), el hogar de menores (n = 2), otros lugares (n = 3) o en sitios no precisado (n = 3). En 19 casos (63,3%) se trataba del primer intento y en 10 (33,3%) había habido más intentos previos (8 sólo otro intento, uno con dos y uno con cuatro). La mayoría de los intentos fueron descritos como actos impulsivos por los afectados. Así, 17 (56,6%) afirmaron no haberlo planificado con antelación, 10 (30%) admitieron algunas horas de planificación y sólo en un caso describió una preparación previa de varios días. En tres casos no hubo evaluación. La mayoría (83%) de los me-

Tabla 1

Diagnóstico psiquiátrico en 30 niños  
que intentaron suicidio

Diagnóstico	n	%
Trastorno del ánimo (depresión)	16	53,3
Trastorno de personalidad	3	10,0
Trastorno de conducta	2	6,7
Otros diagnósticos*	2	6,7
Sin patología psiquiátrica	4	13,4
No evaluado	3	10,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

\* trastorno conversivo, psicosis orgánica

Tabla 2

Fármacos usados en 23 intentos  
de suicidio en niños

Medicamentos	n	%
Benzodiazepinas	5	21,7
Neurolepticos	5	21,7
Antidepresivos	2	8,7
Anticonvulsivantes	2	8,7
Analgesicos y relajantes musculares	4	17,4
Combinaciones*	3	13,0
Otros**	2	8,7
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>

\* Combinaciones: psicofármacos + analgésicos  
psicofármacos + antiinflamatorios

\*\* Otros: estrógenos, antiasmáticos

nores reconoció algún evento precipitante del intento (tabla 3), siendo los más frecuentes los conflictos y peleas con padres, pololos y otros.

Es interesante consignar que 66,6% de los afectados tenían idea de muerte, esto es, sabían que podían morir a consecuencia del intento. Sin embargo, al estudiar la finalidad del intento, sólo la mitad se proponía dejar de vivir, mientras el resto buscaba otros objetivos (tabla 4).

**Situación posterior:** después del alta del hospital, 21 pacientes (70%) asistieron a los controles programados, de los cuales 15 (71,43%) lo hicieron con psiquiatra infantil, 3 (14,29%) con psiquiatra infantil y psicólogo y 3 (14,29%) sólo con psicólogo.

Al cabo de uno a 20 meses de seguimiento a contar del egreso del hospital, cuatro pacientes

(13,3%) estaban de alta, siete (23,3%) continuaban en control, uno había fallecido en un accidente (3,3%), ocho (26,6%) nunca se controlaron y se desconocía su evolución y 10 (33,3%) habían abandonado el tratamiento.

## Comentario

Ante la potencial mortalidad del intento de suicidio existe especial interés en determinar los factores de riesgo y los elementos ambientales precipitantes, pues así se espera diseñar estrategias preventivas bien enfocadas. El conocimiento de las características personales y familiares de los menores que intentan suicidarse y de los

Tabla 3

Eventos precipitantes en 30 intentos  
de suicidio en niños

Tipo de precipitante	n	%
Conflicto o peleas con padres	5	16,6
Conflictos o pelea con otros*	5	16,6
Conflicto o pelea con pololo	4	13,3
Maltrato físico	3	10,0
Entrega de notas finales	2	6,6
Invitación	2	6,6
Otros desencadenantes**	4	13,3
Sin desencadenantes	3	10,0
No evaluado	2	6,6
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

\* profesor, tíos, amigos

\*\* presentación en público, traslado a otra casa, alucinaciones, aniversario del fallecimiento de un hermano.

Tabla 4

Finalidad de las víctimas en 30 intentos  
de suicidio en niños

Finalidad	n	%
Terminar con la vida	15	50,0
Modificar situación en la familia	8	26,6
Asustar a otros	2	6,6
Evitar situación negativa	2	6,6
Sin objetivo claro	1	3,3
No evaluado	2	6,6
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

sucesos previos, a través de estudios de series clínicas como la nuestra, aporta elementos para el análisis de los mecanismos involucrados.

El perfil de los afectados, entre los que predominan las mujeres, salvo en los menores de 10 años, la edad mayor a 10 años, la desestructuración familiar, el maltrato y la ausencia de afecciones somáticas, las características del intento, los medios empleados y la finalidad coinciden con lo descrito por otros autores<sup>1, 3, 5, 6, 8-12</sup>. La alta incidencia de alteraciones psiquiátricas en los pacientes de esta serie, en especial de los trastornos del ánimo, es también coincidente con otras experiencias<sup>3, 8, 10, 13-16</sup> pero se contraponen con lo planteado en una revisión nacional<sup>5</sup>.

Esto permite plantear que la génesis del intento de suicidio radicaría en la interacción de factores propios del menor, con su ambiente familiar que actuaría como protector o como gatillo y con el acontecimiento de eventos vitales negativos. Sin embargo, pensamos que para interpretar adecuadamente este fenómeno debemos ser capaces de analizar cada caso en particular, ya que las interacciones específicas son muy individuales. Baste citar dos ejemplos: el de una niña de 12 años, portadora de epilepsia del lóbulo temporal, que intentó autoeliminarse arrojándose a una laguna, obedeciendo a las voces alucinatorias que se lo ordenaban, y el de un varón de 7 años que ingirió una sobredosis de tioridazina "para no irme de la casa de mi abuelita", ante la noticia que sería llevado donde su madre con quien nunca había vivido. Ambos ejemplos ilustran como los tres factores mencionados (individuo, familia y eventos vitales) se entrelazan para provocar el intento de suicidio.

Un aspecto de especial preocupación debería ser resolver las dificultades para brindar adecuada atención psiquiátrica a estos casos durante la hospitalización y para efectuar un seguimiento y manejo posterior apropiados. Dada la potencial letalidad del intento de suicidio, parece importante coordinar las acciones con el aporte del servicio social y los consultorios primarios a fin de mejorar las tasas de adherencia a tratamiento. La incorporación del equipo del programa salud y violencia puede ser también un aporte valioso, como también la participación activa de los pediatras del servicio en el manejo de estos niños,

pues ello permite mejorar aún más las posibilidades de éxito del tratamiento.

## Referencias

1. Pfeffer C: Suicide and suicidality. In: Wiener J. Textbook of child and adolescent psychiatry. American Psychiatric Press Inc., Washington DC, USA, 1991: 507-514.
2. Ulloa F: Prevención del suicidio en niños y adolescentes. Rev Chil Pediatr 1994; 65: 178-183.
3. Brent D, Kolko D: Suicide and suicidal behavior in children and adolescents. In: Garfinkel B, Carlson G, Weller P: Psychiatric disorders in children and adolescents. W.B. Saunders Company, Philadelphia, USA, 1990: 372-391.
4. Kaempffer AM: Adolescencia y Salud Pública. Aspectos Sociodemográficos. In: Florenzano R, Maddaleno M, Bobadilla E. (Eds). La salud del Adolescente en Chile. Editorial CPU, Santiago, 1988: 17-40.
5. Ulloa F: Tentativa y consumación de suicidio en niños y adolescentes. Rev Chil Pediatr 1993; 64: 272-276.
6. De la Barra F: Conducta suicida en niños y adolescentes. Pediatría al día. (Santiago) 1989; 5: 152-158.
7. Salvo L: Ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes de enseñanza media de la Comuna de Concepción (Tesis para Optar a la Especialidad de Psiquiatría). Facultad de Medicina, Universidad de Concepción 1995.
8. Fergusson D, Lynskey M: Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16 year old New Zealanders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34: 1308-1317.
9. Valdívia M, Araya FM: Intento de suicidio en niños: atención en Policlínico de Psiquiatría Infantil (Presentado en el XXXVII Congreso Chileno de Pediatría). Rev Chil Pediatr 1996; 67 (Número especial): 56.
10. Rona E, Wettlin L: Tentativas de suicidio en niños y adolescentes. Rev Chil Pediatr. 1986; 57: 227-230.
11. Altamirano P: Comportamiento suicida en la adolescencia. ¿Causas y explicaciones? Pediatría al Día 1995; 11: 31-33.
12. Pfeffer C: Suicidal behavior in children and adolescent: causes and management. In: Lewis M, (Ed) Child and Adolescent Psychiatry a comprehensive Textbook. Williams and Wilkins, Baltimore, USA, 1996: 666-673.
13. Fergusson D, Lynskey M: Childhood circumstances adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34: 612-622.
14. Beautrais A, Joyce P: Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case control study. Am J Psychiatry 1996; 153: 1009-1014.
15. Wood E, Lin I: The Associations of Suicide Attempts in Adolescents Pediatrics 1997; 99: 791796.
16. Roberts R, Chen Y: Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican-origin and Anglo adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34: 81-90.