

**HOSPITAL PEDIÁTRICO DOCENTE
"GENERAL PEDRO AGUSTÍN PÉREZ"
GUANTÁNAMO**

COMPORTAMIENTO DE INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES

Dra. Caridad Otamendy Fernández¹, Dra. Yanieska Nápoles Gámez²,
Dra. Yadira Álvarez Rigual¹, Dra. Elvia Barja de la Fuente¹, Dr. Cristóbal
Argüelles Mesa.¹

*1 Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Pediatría.
Instructor.*

2 Especialista de I Grado en Pediatría. Instructor.

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo, con el objetivo de estudiar el comportamiento de intento suicida en 128 adolescentes ingresados en el Hospital Pediátrico "Pedro Agustín Pérez", en el período septiembre 2008-septiembre 2009. Se estudian las siguientes variables: edad, sexo, escolaridad, factores de riesgo, método empleado, antecedentes personales de intento suicida y nivel de arrepentimiento. La información es recogida a través de una planilla de vaciamiento, de las historias clínicas de dichos pacientes. Se encuentra predominio de grupo de edades 15-18 años, sexo femenino, escolaridad secundaria terminada. El factor de riesgo más importante es la dificultad en la comunicación familiar. El método más utilizado es la ingestión de psicofármacos; un pequeño número tuvo antecedentes de intento suicida y casi la totalidad se arrepiente de su acción. Los resultados son comparados con bibliografías revisadas, lo que permite arribar a conclusiones y emitir recomendaciones.

Palabras clave: intento suicida, adolescentes, ingestión de psicofármacos.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia constituye una etapa en el desarrollo del ser humano que, al igual que la niñez, juventud y adultez, presenta sus características especiales, que la diferencia de las restantes etapas. Con frecuencia se escucha que constituye una etapa de tránsito. Conocer las particularidades de la adolescencia como etapa del desarrollo humano, permite comprender mejor a cada uno de los adolescentes, en los que se manifiestan de forma muy concreta las características generales de la adolescencia, ya que cada cual como persona es único e irrepetible, tiene características propias, tiene una historia anterior que ha dejado huellas en su vida, afronta situaciones actuales a las cuales responder y en función de todo ello proyecta sus sueños y aspiraciones hacia el futuro.¹

En la adolescencia es evidente el cambio sustancial en la manera de pensar, que va de lo concreto a lo abstracto; también se produce un cambio en las exigencias intelectuales para lo que se necesita mayor esfuerzo y poder intelectual. En este período se pueden producir fracasos en la escuela, unido a presiones por parte de los padres, lo que conlleva a faltar a clases, mentir, avergonzarse, deprimirse e incluso tratar de suicidarse.²

El suicidio constituye un problema importante de salud, un verdadero drama existencial del hombre, conocido desde la antigüedad, recogido en la Biblia y otras obras literarias de entonces. En la era cristiana fue considerado un pecado y era perseguido y condenado por la iglesia, todo individuo de conducta suicida. A principios del siglo XX fue que comenzaron los estudios acerca del suicidio a partir de 2 corrientes principales, la sociológica representada por *Dorkhein* y la psicológica expuesta por *Meninger* y *Freud* que involucraban diferentes mecanismos inherentes al psiquismo.³⁻⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la conducta suicida como: "todo acto cometido en perjuicio de quien lo ejecuta con diverso grado de intento letal, incluye el intento suicida y el suicidio consumado."⁵

A muchas personas el suicidio les parece demasiado espantoso y sin sentido para concebirlo. Se puede decir que hay tabúes que impiden discutir este tema de forma abierta y sana, aunque este flagelo permanece arraigado en diversas latitudes y culturas, cobra un número importante de víctimas anualmente en las diferentes edades.⁶

La problemática de los intentos suicidas es abordada desde diferentes posiciones filosóficas y clínicas, y por consiguiente con interpretaciones

que distan bastante en diferentes momentos históricos, Guibert y Alonso plantearon que el intento suicida es: "cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente del método empleado y del conocimiento real de su intención." El Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero, plantea que el intento de suicidarse, junto con el suicidio, son las dos formas más representativas de esta conducta, aunque no las únicas.⁷⁻⁹

La Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP en Cuba reporta, aproximadamente seis intentos por cada fallecido suicida. En el 2000 las provincias más afectadas fueron: La Habana, Matanzas, Santi Spiritus, Tunas, Holguín y Granma.¹⁰

En el Hospital Pediátrico "Pedro A. Pérez" de Guantánamo, la morbilidad en el 2005 es de 109 casos, el 2007 cierra con un total de 108 pacientes, en el 2008 con 110 y el 2009, 124.¹¹

Por la importancia de este tema y todo lo expuesto anteriormente, se describe el comportamiento de este fenómeno, que es incluido en el manejo de los hospitales pediátricos con la implantación del Programa de Atención a la Adolescencia, tan sensible, para que nuestra juventud disfrute de una salud integral físico y mental, y con ello incorporar hombres sanos a la sociedad.

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital Pediátrico "Pedro Agustín Pérez" de la provincia Guantánamo, con el objetivo de describir el comportamiento del intento suicida en los adolescentes ingresados en el período septiembre 2008-septiembre 2009. El universo de estudio está conformado por 128 adolescentes ingresados con el diagnóstico previo de intento suicida.

En cada uno de ellos se analizan las variables: grupo de edad, sexo, y escolaridad; se evalúa además los factores de riesgo más afectados y el método empleado, así como antecedentes personales de intento suicida y nivel de arrepentimiento.

Los resultados se muestran en tablas de asociación de doble entrada y de distribución de frecuencia. Se emplean las frecuencias absolutas y el porcentaje como medida de resumen para variables. Los resultados son valorados partiendo de las experiencias de los autores y contrastados con la información a la que se accede, ya sea de naturaleza nacional o internacional.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al analizar la Tabla 1 se encuentra que existe predominio de las féminas con 107 casos (83.4 %), y el grupo de edad entre 15 y 18 años con 83 casos (64.8 %). Se considera que esto se debe a los tabúes que existen sobre el papel de la mujer en la sociedad y el machismo; la adolescente es más limitada en sus relaciones sociales, la comunicación con los padres se torna más difícil y con frecuencia se establecen barreras para diferentes temas.

Estos resultados coinciden con estudios en México, donde González-Forteza y colaboradores (2000) encontraron una proporción 2.1 a favor de las mujeres (13.3 %) sobre los hombres (6.3 %) y la edad promedio en la cual se realizó el último intento o único intento suicida fue de 13 años.¹² Estudios realizados por Platas, Saucedo, Higuera y Cuevas (2002) señalan que en las menores de sexo femenino había mayor tendencia al suicidio entre los 12 y los 14 años a diferencia de lo encontrado en este estudio.¹³

En EEUU, YRBS señaló que el 11 % de mujeres y el 6 % de los varones había llevado a cabo algún intento de suicidio en el último año (1.8: I), 1999 (21).¹⁴ Igual sucedió con Garrison en 2003 y Lewinsohn en 2005, quienes demostraron que la idea o intentos suicidas son más comunes entre las mujeres, en Estados Unidos, Europa Occidental, Australia y Nueva Zelanda.¹⁵⁻¹⁶

Se representa en la Tabla 2 el nivel de escolaridad, siendo mayoritario los pertenecientes al nivel secundaria terminada (ST) 65 (50.8 %), mientras que el menor número se encontró en primaria sin terminar (PST) 2 (1.5 %). Lo encontrado está en estrecha relación con las edades en que se cursan estos grados y pudiera deberse además, que al encontrarse becados los preuniversitarios, se mantienen alejados del cuidado de los padres e influenciados por sus coetáneos.

Isabel Pérez Olmo y colaboradores en estudio realizado en una clínica infantil desde el 2003 al 2005, el nivel de escolaridad encontrado fue desde el 5to grado de primaria hasta el primer semestre universitario.¹⁷

En el estudio de la Dra. Novo Aguilar en Holguín 2007 predominaron los que cursaban el preuniversitario y la secundaria básica al igual que lo ocurrido en este.¹⁸

A continuación se describe en la Tabla 3 los factores de riesgo; se observa que la mayoría presentó dificultad en la comunicación familiar 72 (43.1 %), seguido de conflictos escolares 39 (23.3 %).

Universalmente el hogar y la escuela son los medios donde el adolescente se desarrolla, de ahí que sea donde más conflictos existan.

La OMS considera que estos actos están precipitados por un problema interpersonal (familiar, afectivo), otros factores precipitantes, son los problemas escolares, ambientes abusivos, duelo, rechazo, problemas de drogas y otros. Cuando no existen factores precipitantes suelen estar más relacionados con la existencia de una depresión, lo que coincide en cierta medida con estos resultados.

Cortés Alfaro A. y colaboradores en el 2006, en su estudio demostraron que los factores de riesgo que más afectaron a los adolescentes con esta conducta fueron los conflictos familiares y escolares.¹⁹

Como se aprecia en la Tabla 4 el método más empleado es la ingestión de psicofármacos 78 (69.4 %), seguido de la ingestión de otros medicamentos 43 (32.8 %) como los analgésicos, antihipertensivos y los antihistamínicos; predominando el sexo femenino, debido a que éstas son las que más utilizan los mal llamados métodos blandos, por ser menos agresivas y más sensibles. Se cree que esto se debe además a que pocas veces se comprueba el deseo real de querer morir, sino más bien realizan este acto para llamar la atención, pedir ayuda, necesidad de comunicación. El fácil acceso a estos medicamentos también favorece a que sean los más utilizados y no producen dolor ni sufrimiento momentáneo.

En EEUU la mayor parte de las chicas emplean la ingestión de fármacos (55 %) y los cortes (31 %). Los métodos utilizados por los chicos son más variados: el 25 % optan por cortes en la piel, el 20 % por ingestión de fármacos, el 15 % por armas de fuego y un 11 % por colgarse. Los métodos preferidos por las mujeres, tales como las sobredosis, tienden a ser menos letales en los Estados Unidos.¹⁴

En algunos países del sureste asiático y pacífico, la mayoría de los suicidios se debió a la ingesta de herbicidas, tales como el "Paraquat", según Shaffer & Hicks. (2002).¹⁷

En la Tabla 5 aparecen los antecedentes de intento suicida, predominando los adolescentes que intentaban contra su vida por primera vez (81.2 %). De los 24 pacientes con intentos anteriores, tres lo habían hecho hasta tres veces, los que constituyen el mayor riesgo de lograr un suicidio. Lo que mejor predice el suicidio es la presencia de intentos auto lesivos previos, lo que está a favor de fallos en los mecanismos de adaptación al medio y alteraciones psicológicas evidentes.

En EEUU la tasa de incidencia de los intentos reiterados es de un 10 % en unos 2 años; pero la mayoría de nuevos intentos tuvieron lugar dentro de los primeros 3 meses posteriores al primer intento. Esta reiteración es más común entre varones, entre los adolescentes con historia de abuso de sustancias, psicosis, y sintomatología depresiva, en jóvenes que viven apartados de los padres biológicos, y en aquellos con pocos amigos o compañeros.¹³

En la Tabla 6 se observa el nivel de arrepentimiento. Afortunadamente 109 de los adolescentes estudiados estaban arrepentidos de su acción y manifestaron no volver a hacerlo, pero 24 de ellos mantenían el riesgo de querer morir los que necesitaron mayor atención por psiquiatría y algunos requirieron tratamiento médico. Esto se comporta de esta manera debido a que estos adolescentes realmente nunca tuvieron la intención de morir, solo fue una manera de escape a sus problemas.

Diferentes autores nacionales e internacionales muestran el nivel de arrepentimiento de muchos de los adolescentes estudiados por ellos tras una conducta suicida.⁹⁻¹¹⁻¹⁴

CONCLUSIONES

1. El grupo de edad más significativo entre adolescentes que realizaron el intento suicida fue de 15-18 años y el sexo femenino es el más representativo. Los factores de riesgo más significativos: dificultades en la comunicación familiar y conflictos escolares.
2. La ingestión de psicofármacos fue el método más frecuente empleado en los intentos suicidas.
3. La mayoría de adolescentes intentaron suicidarse por primera vez y se arrepentían de haberlo hecho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garrison CZ, Jackson KL, Addy CL. Suicidal behaviors in young adolescents. Am J Epidemiol. 2001; 133: 1005-1014.
2. Pérez Barrero SA. Guía práctica para la evaluación del riesgo suicida. Revista Psiquiátrica Peruana. 2004; 1:33-36.
3. Colectivo de autores. Adolescente, período lógico formal. En: Pediatría. t1. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2006. p.72-78.

4. Rodríguez Méndez O. Suicidio. En: Manual de Prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p.140-143.
5. Riera C, Alonso O, Madrid E. La conducta suicida y su prevención. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
6. Mardomingo MJ. Depresión, agresividad y suicidio. En: Mardomingo MJ editor. Estados depresivos en la adolescencia: Aportaciones para la práctica clínica. Madrid : Smithkline Beecham; 2007. p.47-54.
7. Myers K, McCauley E, Calderon R. The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001; 30:804-810.
8. Dirks BL. Repetition of parasuicide- ICD-10 personality disorder and adversity. Act Psychiatr Scand. 2000; 98(3): 208 -13.
9. Littman KE. Suicide prevention in a treatment setting. Suicide and Life-Threatening Behaviour. 2005; 25(1 Spring) : 134:142.
10. Pérez Barrero SA. La adolescencia y el comportamiento suicida. Granma: Ediciones Bayamo; 2002.
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico del hospital pediátrico de Guantánamo 2007. 2008.
12. Catalina ML, Mardomingo MJ. Patología psiquiátrica asociada a los intentos de suicidio. Rev Psiquiatr Inf. Juvenil. 2007; 1:17-2
13. Amezcua FR, Márquez TE. El suicidio en los adolescentes: una revisión bibliográfica. Rev Hosp Psiq de La Habana. 2005; 35: 61-5.
14. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit AA, Mann JJ. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. Am J Psychiatry. 2007; 154:1715-1719.
15. Rivera de Tarrab. Desarrollo integral del adolescente. Sistema nacional para el desarrollo integral de la familia. México : Dirección de promoción y desarrollo social; 2000.
16. Williams K. Preventing suicide in young people: what is known and what is need. Child care, health and development. 2007; 23(2): 173-185.

17. Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussán-Buitrago MM, Ayala-Aguilera PJ. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. Rev Salud Pública [internet]. 2007[citado jul 2010]; 9(2) 230-240. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n2/v9n2a07.pdf>
18. Pérez SA. Attitudes toward suicide in 107 first and second year medical students. Italian Journal of Suicidology. 2004; 8:35-7.
19. Cortés Alfaro A. Adolescencia, intento suicida y factores de riesgo asociados. Rev Cubana Hig Epidemiol [internet]. 2010[citado 13 jun 2010]; 48(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032010000100003&script=sci_arttext

Tabla 1. Sexo y grupos de edades.

GRUPO DE EDADES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
10-14	37	28.9	8	6.2	45	35.16
15-18	70	54.6	13	10.1	83	64.84
<i>TOTAL</i>	<i>107</i>	<i>83.5</i>	<i>21</i>	<i>16.4</i>	<i>128</i>	<i>100</i>

Tabla 2. Grado de escolaridad.

NIVEL ESCOLAR	No.	%
Primaria sin terminar	2	1.5
Primaria terminada	61	47.6
Secundaria terminada	65	50.8
Preuniversitario terminado	-	-
<i>TOTAL</i>	<i>128</i>	<i>100</i>

Tabla 3. Comportamiento de factores de riesgo.

FACTOR DE RIESGO	No.	%
Dificultades escolares	39	23.3
Dificultades en la comunicación familiar	72	43.1
Alcoholismo de los padres	9	5.3
Maltrato físico y/o sexual	4	2.4
Enfermedades mentales	3	1.8
Pérdida de una relación valiosa	15	8.9
Antecedentes familiares de intento suicida	7	4.2
Violencia intrafamiliar	18	10.7

Tabla 4. Método suicida y sexo.

MÉTODO SUICIDA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ingestión de psicofármacos	52	40.63	26	29.31	78	37.50
Ingestión de otros medicamentos	28	21.80	14	10.9	42	32.81
Ingestión de sustancias tóxicas	2	1.50	4	3.10	6	21.43
Precipitación de altura	1	0.70	-	-	1	0.780
Ahorcamiento	-	-	1	0.70	1	0.780
<i>TOTAL</i>	<i>83</i>	<i>64.84</i>	<i>45</i>	<i>35.15</i>	<i>128</i>	<i>100</i>

Tabla 5. Antecedentes personales de intento suicida.

ANTECEDENTE	No.	%
Si	24	18.7
No	104	81.2
<i>TOTAL</i>	<i>128</i>	<i>100</i>

Tabla 6. Nivel de arrepentimiento.

NIVEL DE ARREPENTIMIENTO	No.	%
Arrepentido	109	85.2
No arrepentido	19	14.8
<i>TOTAL</i>	<i>128</i>	<i>100</i>