

Caracterización de la conducta suicida en adolescentes.

Characterization of the suicidal behaviour in adolescents.

Mercedes I. Véliz Sánchez;¹ Héctor R. Díaz Águila;² Alberto de Armas Gómez;³ Alberto B. Barro García.⁴

1 Psicólogo clínico. Máster en Educación Superior. Auxiliar. Hospital Universitario "Mártires del 9 de Abril". Sagua la Grande. Villa Clara. Email: mercedesvs@hospisag.vcl.sld.cu

2 Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II grado en Medicina Intensiva y Emergencias y en Medicina Interna. Auxiliar. Hospital Universitario "Mártires del 9 de Abril". Sagua la Grande. Villa Clara.

3 Especialista de I grado en Pediatría. Asistente. Policlínico Universitario "Idalberto Revuelta". Sagua la Grande. Villa Clara.

4 Especialista de I grado en Pediatría. Instructor. Hospital Universitario "Mártires del 9 de Abril". Sagua la Grande. Villa Clara.

RESUMEN

El suicidio es un trastorno de la conducta que provoca impulso o deseo de morir. Alrededor de 1110 personas se suicidan y cientos de miles hacen el intento cada día; por cada suicidio se realizan unos 10 intentos. Se realizó un estudio descriptivo de los adolescentes que ingresaron por conducta suicida en el hospital universitario "Mártires del 9 de Abril" de Sagua la Grande, Villa Clara durante el quinquenio 2008-2012, con el objetivo de caracterizar la conducta suicida en adolescentes. La muestra estuvo conformada por los 53 adolescentes que fueron ingresados. Se

estudiaron las variables edad, sexo, municipio de procedencia, grado de escolaridad, ocupación, método utilizado para la conducta suicida y esfera de conflictos afectada. Los adolescentes que realizaron conducta suicida tenían un promedio de edad de 15,9 años; el 81,1% pertenecía al sexo femenino; el promedio de escolaridad fue de décimo grado; el 90,6% eran estudiantes de la educación general; la ingestión de tabletas fue el método utilizado por el 92% de los adolescentes para la conducta suicida; las esferas de conflictos que predominaron fueron la familiar (48,2%) y la personal (33,9%). Se concluye que los adolescentes que realizaron conducta suicida estaban comprendidos en el grupo de edad de 17 y 18 años; la mayoría pertenecía al sexo femenino con mayoría en la educación general y como promedio el décimo grado; mayoritariamente la ingestión de tabletas fue el método utilizado para la conducta suicida y las esferas de conflictos que predominaron fueron la familiar y la personal.

Descriptores DeCS: INTENTO DE SUICIDIO; HIPNÓTICOS Y SEDANTES/envenenamiento; CONDUCTA DEL ADOLESCENTE; CONFLICTO FAMILIAR; ENVENENAMIENTO; SALUD MENTAL.

ABSTRACT

Suicide is a dysfunction of the behaviour that causes impulse or desire to die. About 1110 people make suicide and thousands of people make the attempt every day; for each suicide they are carried out about 10 attempts. It was performed a descriptive investigation of the adolescents with suicide attempt and there were admitted at "Mártires del 9 de Abril" university hospital of Sagua la Grande in Villa Clara during the five-year period 2008-2012, with the objective of characterizing suicide attempt in adolescents. As variables we studied age, sex, municipality of residence, school grade, occupation, method used to commit suicide, and affected conflict sphere. The adolescents with suicide attempt had a 15,9 year-old average; the feminine sex prevailed (81,1%); the average school level was tenth grade; 90,6% of them were students of the general education; the ingestion of pills was the method used by the 92% of adolescents for the suicidal behaviour; the spheres of conflicts that prevailed were the familiar (48,2%) and personal (33,9%). It is concluded that adolescents who commit suicide were in the group of age of 17 and 18 years old; most of them were female with a majority from general education and a mean of tenth grade; most of them used as a method drinking pills and the conflict area that prevailed were family and personal ones.

Subject headings: SUICIDE ATTEMPTED, HYPNOTICS AND SEDATIVES/poisoning; ADOLESCENT BEHAVIOR; FAMILY CONFLICT; POISONING; MENTAL HEALTH.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno que tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre. Las teorías concluyeron que es de causa multifactorial, con la intervención de factores biológicos, psicológicos y sociales; constituye la expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto al medio, en la actualidad es una de las principales causas de defunción.¹

El suicidio es la segunda o tercera causa de muerte en adolescentes de los países occidentales² y continúa aumentando en casi todas las regiones del mundo.³

La autoagresión se define como la lesión o ingestión de sobredosis de drogas autoprovocada independientemente del intento subyacente,⁴ puede ocasionar la muerte, hecho que se denomina suicidio.

La adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivas. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social que se materializa en las relaciones interpersonales y fundamentalmente en el grupo de amigos.⁵ Esos cambios colman la adolescencia de conflictos,⁶ entonces el adolescente comienza a experimentar sentimientos incompatibles hacia un mismo fenómeno, frustraciones, angustia y estrés.

En la provincia de Villa Clara el suicidio constituye la décima causa de muerte, siendo el grupo de 15 a 49 años el más afectado. Dentro de los municipios que más incide en esta problemática se encuentra Sagua la Grande; durante el período de diciembre del 2007 a diciembre del 2010 ocurrieron 172 intentos suicidas, de ellos 75 eran adolescentes entre 12-19 años.

El objetivo de la investigación fue describir las características clínicas y epidemiológicas de los adolescentes que fueron ingresados por conducta suicida (CS) en el hospital provincial docente "Mártires del 9 de Abril" de Sagua la Grande, Villa Clara en el quinquenio 2008 al 2012.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, de los adolescentes ingresados por CS en el hospital universitario "Mártires del 9 de Abril" de Sagua la Grande, provincia de Villa Clara, durante el quinquenio 2008-2012. La muestra estuvo conformada por los 53 adolescentes que fueron ingresados por CS durante el período comprendido entre el primero de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2012. No fue necesario seleccionar la muestra, se incluyó la totalidad de los adolescentes ingresados por CS durante el tiempo determinado para el estudio.

Las variables consideradas en la investigación fueron: Edad (años cumplidos), sexo (según género: masculino o femenino), municipio de procedencia (municipio donde residía el adolescente), grado de escolaridad (último año escolar vencido), ocupación (principal labor que realizaba en el momento de realizar la conducta suicida: estudiante; obrero; ama de casa), método utilizado para la conducta suicida (acción con la intención de quitarse la vida por propia voluntad: ingestión de drogas; ahorcamiento; heridas autoinflingidas), esfera de conflictos afectada (causa que provocó el estado del sujeto sometido a motivaciones incompatibles: familiar; personal; escolar; laboral; amoroso).

Por cuanto se realizó un estudio retrospectivo, la información se obtuvo de los expedientes clínicos de los pacientes y no se divulgó información personal de los sujetos, no fue necesaria la aprobación del Comité de Ética del hospital ni la obtención del consentimiento informado de los pacientes.

Se emplearon medidas de resumen de estadística descriptiva de centro y dispersión (media y desviación estándar) así como porcentaje de los totales para variables cuantitativas. La información obtenida se sometió a análisis y síntesis. Se elaboraron tablas para facilitar la presentación de la información.

RESULTADOS

Ingresaron 53 adolescentes que realizaron CS durante el quinquenio 2008-2012. La tabla 1 muestra la edad y sexo de los adolescentes, predominó el sexo femenino (81,1 %) sobre el masculino. La edad promedio fue $15,9 \pm 1,9$ años; la mayoría de los pacientes eran del grupo correspondiente a 17 y 18 años de edad (47,2%).

Tabla 1. Distribución por edad y sexo. Adolescentes que cometieron conducta suicida. Hospital "Mártires del 9 de Abril". Villa Clara. Quinquenio 2008-2012.

Grupos de edad	Sexo		Total	%
	Femenino	Masculino		
11 a 13 años	8	1	9	16,9
14 a 16 años	14	5	19	35,9
17 a 18 años	21	4	25	47,2
Total	43	10	53	100

El 60% de los adolescentes ingresados por CS procedían del Municipio Sagua la Grande, Villa Clara.

El promedio de escolaridad de los adolescentes fue de décimo grado. El 90,6% eran estudiantes de la educación general.

Los métodos utilizados para la CS fueron: 39 (92%) adolescentes mediante la ingestión de tabletas; 3 (6%) realizaron CS mediante ahorcamiento incompleto y 1 (2%) se autoinflingió herida abdominal con arma blanca (tabla 2).

Tabla 2. Método utilizado para la conducta suicida. Adolescentes que cometieron conducta suicida. Hospital "Mártires del 9 de Abril". Villa Clara. Quinquenio 2008-2012.

Método utilizado	n	%
Ingestión de medicamentos varios	23	43,3
Ingestión de psicofármacos	19	35,8
Combinación de medicamentos	7	13,3
ahorcamiento incompleto	3	5,7

herida penetrante abdominal	1	1,9
Total	53	100

Los medicamentos que más se utilizaron fueron: psicofármacos (amitriptilina [23,8%], diazepam [14,3%] y carbamazepina [14,3%]) y otros no psicofármacos como metoclopramida y antiinflamatorios no esteroideos (tabla 3). Fue utilizada la combinación de 2 drogas por 13 pacientes (24,5%); 4 pacientes (7,5%) utilizaron 3 drogas y 3 pacientes (5,6%) ingirieron 4 drogas diferentes.

Tabla 3. Medicamentos utilizados por los adolescentes para conducta suicida.

Hospital "Mártires del 9 de Abril". Villa Clara. Quinquenio 2008-2012.

Medicamentos	n	%
Amitriptilina	5	23,8
Diazepam	3	14,3
Carbamazepina	3	14,3
Nitrazepam	2	9,5
Clorodiazepóxido	2	9,5
Metoclopramida	2	9,5
AINEs*	2	9,5
Trifluoperacina	1	4,8
Levomepromacina	1	4,8
Total	21 **	100

Leyenda:

*Antiinflamatorios no esteroideos

**Varios adolescentes ingirieron más de un medicamento

Las esferas de conflictos que presentaron los adolescentes y que motivaron la realización de CS son resumidas en la tabla 4. La mayoría mostraba conflictos familiares y amorosos. Varios pacientes presentaron más de una esfera de conflictos.

Tabla 4. Esferas de conflictos de los adolescentes que cometieron conducta suicida.

Hospital "Mártires del 9 de Abril". Villa Clara. Quinquenio 2008-2012.

Esferas de conflictos	n	%
Familiar	27	48,2

Personal	19	33,9
Escolar	6	10,8
Amoroso	4	7,1
Total	56*	100

Leyenda:

* Algunos adolescentes presentaban más de una esfera de conflictos.

DISCUSIÓN

En los adolescentes que ingresaron por CS predominó el sexo femenino, resultado que está en concordancia con otros estudios similares.⁷⁻⁹ Ninguno de los pacientes falleció, pero cuatro adolescentes del sexo masculino permanecieron en estado crítico como consecuencia de ahorcamiento incompleto perpetrado por tres de ellos y uno que sufrió autoagresión por herida abdominal con arma blanca. Con relación a este dato se evidencia que los jóvenes del sexo masculino y los hombres tienen mayor mortalidad porque completan el suicidio al utilizar métodos mortales, mientras que las adolescentes y mujeres tienen una mayor ideación suicida¹⁰ con una proporción de 3:1 con respecto al sexo masculino.¹¹

Relacionado con la edad, los resultados obtenidos no concuerdan con los hallados por Boeninger y colaboradores,¹² quienes afirmaron que la mayoría de los intentos suicidas ocurrían en la adolescencia media, mientras que en esta investigación se observa un predominio de los adolescentes de 17 a 18 años.

Bella y colaboradores¹³ encontraron que la mayoría de los adolescentes que cometieron intento suicida vivían en centros urbanos, resultado que se encuentra en concordancia con los hallazgos reportados por los autores de esta investigación. Sagua la Grande es una ciudad donde viven 55 000 habitantes; en el resto de los municipios de la provincia Villa Clara predominan las áreas rurales. El hospital donde se realizó la investigación está situado en la cabecera municipal de la ciudad de Sagua la Grande, se encuentra alejado y con difícil acceso desde algunas localidades del resto de los municipios; pudiera ser motivo de las cifras bajas de remisiones o traslados hasta el hospital, porque muchos pacientes con intentos suicidas sin repercusión aparente para la salud física o mental no requirieron atención médica y por tal motivo no acudieron a su área de salud y no fueron transferidos al hospital.

La asociación de la CS con el rendimiento escolar fue investigada en 10 estudios evaluados en una revisión sistemática. Parece haber una relación significativa pero indirecta entre pobre rendimiento escolar e intentos suicida. La poca asistencia escolar ha estado asociada positivamente con ideación e intento suicida. Se realizaron tres estudios de análisis multivariados pero la relación encontrada no fue directa.¹⁴ En Cuba la niñez y adolescencia tiene amplio acceso a la educación general y especializada, el universo de los adolescentes que presentaron CS tenían un nivel educacional en correspondencia con la población escolar en Cuba.

El método más comúnmente utilizado para la CS fue la ingestión de tabletas, resultado que concuerda con los datos informados por otros autores,^{8, 15, 16} se encuentra en correspondencia con el predominio del sexo de la serie reportada en la presente investigación. Otros métodos de suicidio, considerados "duros" son principalmente utilizados por el sexo masculino y en la mayoría de ellos ocurre la muerte¹⁷.

Con referencia a los conflictos que presentaban los adolescentes, los resultados obtenidos coinciden con los reportados por Mosquera, quien plantea que el principal fue de índole familiar y en segundo lugar de tipo amoroso.¹⁸ Otros autores señalan que el motivo que llevaron a los adolescentes a cometer CS fueron problemas económicos¹⁹, rivalidades étnicas,²⁰ presencia de trastornos mentales y del comportamiento,¹³ violencia doméstica sobre las adolescentes²¹ y búsqueda de sensaciones nuevas.²²

Durante la etapa de la adolescencia ocurren cambios relacionados con las actitudes asumidas, se adquiere la independencia y se generan conductas que afectan al medio familiar y social, lo cual provoca estilos de vida poco saludables como la conducta suicida, con afectación personal, familiar y social. La presente investigación manifestó que los adolescentes que realizaron conducta suicida estaban comprendidos en el grupo de edad de 17 y 18 años; la mayoría pertenecía al sexo femenino; el promedio de escolaridad fue de décimo grado; casi todos eran estudiantes de la educación general; mayoritariamente la ingestión de tabletas fue el método utilizado para la conducta suicida y las esferas de conflictos que predominaron fueron la familiar y la personal.

La principal limitación metodológica del diseño de la investigación fue la realización de un estudio descriptivo retrospectivo, por ello no se incluyeron los pacientes que

no fueron ingresados en el hospital y los que fueron transferidos desde el cuerpo de guardia al Departamento de Salud Mental del hospital infantil provincial; otra limitación fue la no consideración de variables como los antecedentes personales y familiares de trastornos psicológicos y la presencia de violencia familiar, estresantes que han sido motivo de conducta suicida en adolescentes.²³

De la presente investigación se pudieran derivar otros estudios: investigaciones prospectivas; diseño de estrategias de intervención para disminuir la CS en adolescentes; validar por especialistas las intervenciones y aplicarlas y observar los resultados obtenidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carli V, Wasserman C, Hoven C, Sarchiapone M, Wasserman D, SEYLE Consortium. Prevalence of healthy and unhealthy lifestyles in European adolescents. Eur Psychiatr [Internet]. 2012 [citado 19 Dic 2012]; 27. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74021-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74021-X).
2. Ougrin D, Boege I, Sthal D, Banarsee R, Taylor E. Randomised controlled trial of therapeutic assessment versus usual assessment in adolescents with self-harm: 2-year follow-up. Arch Dis Child [Internet]. 2013 [citado 14 Jun 2013]; doi: 10.1136/archdischild-2012-303200. Disponible en: <http://adc.bmjjournals.org/content/early/2013/05/24/archdischild-2012-303200.full.pdf+html> .
3. Stoep AV, McCauley E, Flynn C, Stone A. Thoughts of death and suicide in early adolescence. Suicide Life Threat Behav [Internet]. 2009 December [citado 10 Dic 2012]; 39(6): 599. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819538/> .
4. NICE. Self-harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. Clinical Guideline 16. London: Gaskell & British Psychological Society; 2004.
5. Sánchez E. Psicología General y del desarrollo. La Habana: Editorial Deportes; 2004.
6. Miguel L, Lucena J, Heredia F, Rico A, Marin R, Blanco M, et al. Estudio epidemiológico del suicidio en Sevilla en 2004. Cuad Med Forense [Internet]. 2005

- [citado 16 Abr 2012];11(39):43-53. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmf/n39/art05.pdf>.
7. Pataki CS. Mood disorders and suicide in children and adolescents. En: Kaplan G, ed. *Handbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
8. Maraš JS, Kolundžija K, Dukić O, Marković J, Okanović P, Stokin B, et al. Some psychological characteristics of adolescents hospitalized following a suicide attempt. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* [Internet]. 2013 [citado 18 Abr 2013];17 (suppl 1):50-4. Disponible en: <http://www.europeanreview.org/article/2273>.
9. Vargas HB, Saavedra JE. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2012 [citado 10 Ene 2013]; 75 (1):19-28. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RNP/article/view/752/786>.
10. Centers for Disease Control, and Prevention. Youth risk behavior surveillance, 2009. *MMWR* [Internet]. 2010 Jun [citado 10 Ene 2013]; 59: SS-5. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss5905.pdf>.
11. Coronado Santos S, Díaz Cervera I, Vargas Ancona L, Psado Franco A, Zapata Peraza A, Díaz Talavera S. Prevalencia del intento de suicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital General "Dr. Agustín O'Horán" de enero de 1998 a diciembre de 2003. *Rev Biomed* [Internet]. 2004 [citado 16 Feb 2012]; 15: 207-13. Disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb041542.pdf>.
12. Boeninger DK, Masyn KE, Feldman BJ, Conger RD. Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2010 Oct [citado 18 Abr 2012]; 40(5):451-64. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2995258/>.
13. Bella ME, Fernández RA, Willington JM. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2010 [citado 10 Jun 2012]; 108 (2). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000200006&lng=es&nrm=iso.
14. Álvarez Ariza M, Atienza Merino G, de las Heras Liñero E, Fernández Martínez R, Ferrer Gómez del Valle E, Goicochea Castaño A, et al. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y la adolescencia. [Internet] 2009. [citado 14 Jun

- 2012]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_resum.pdf.
15. Omar HA, Merrick J. The young and suicide. Int J Adolesc Med Health [Internet]. 2013 [citado 21 Mar 2013]; 25(1): 1-2. Disponible en: <http://www.degruyter.com/view/j/ijamh.2013.25.issue-1/ijamh-2013-0001>.
16. Cristiansen E, Larsen KJ, Agerbo E, Bilenberg N, Stenager E. Incidence and risk factors for suicide attempts in a general population of young people: A Danish register-based study. Aust N Z J Psychiatry [Internet]. 2013 [citado 21 Mar 2013]; 47:259-70. Disponible en: <http://anp.sagepub.com/content/47/3/259.long>.
17. Laghi F, Baiocco R, D'Alessio M, Gurrieri G. Suicidal ideation and time perspective in high school students. Eur Psychiatry. 2009; 24(1):41- 6.
18. Mosquera F. El comportamiento suicida. En: Téllez J, Forero J. Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Bogotá: Nuevo Milenio Editores; 2006. p. 10-22.
19. Supple AJ, Graves K, Daniel S, Kiang L, Su J, Cavanaugh AM. Ethnic, Gender, and Age Differences in Adolescent Nonfatal Suicidal Behaviors, Death Studies [Internet]. 2013 [citado 14 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0193953X05703270>.
20. Baca García E, Pérez Rodríguez M, Keyes KM, Oquendo MA, Hasin DS, Grant BR, et al. Suicidal ideation and suicide attempts among Hispanic subgroups in the United States: 1991–1992 and 2001–2002. J Psych Res [Internet]. 2011[citado 14 Sep 2012]; 45 (4):512-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3032009/>.
21. Espinosa Gómez F, Zepeda Pamplona V, Bautista Hernández V, Hernández Suárez CM, Newton Sánchez OA, Plasencia García GR. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. Salud Pública Mex [Internet]. 2010[citado 14 Sep 2012]; 52:213-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n3/05.pdf>.
22. Ortín A, Lake AM, Kleinman M, Gould MS. Sensation seeking as risk factor for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence. J Affect Disorders. 2012; 143:214-22.

23. Nair M, Russel P, Shankar S, Subramaniam V, Nazeema S, Mammen P, et al. Adolescent suicide: characterizing the need and identifying the predictive factors for preventive consultation or hospitalization in a rural community setting. Int J Adolesc Med Health. [Internet]. 2013 [citado 14 Jun 2013]; 25(1). Disponible en: <http://www.degruyter.com/view/j/ijamh.2013.25.issue-1/ijamh-2013-0011/> .

Recibido: 23 de mayo de 2013.

Aprobado: 13 de junio de 2013.