

INTENTO DE AUTÓLISIS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES DE 7 A 13 AÑOS DE EDAD QUE INGRESAN AL SERVICIO DESCONCENTRADO HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDIÁTRICO DR. AGUSTÍN ZUBILLAGA

¹Rafael Yépez

RESUMEN

La autólisis es el acto por el que una persona se provoca la muerte de forma intencionada. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la frecuencia de intento de autólisis y los factores de riesgo asociados en 35 pacientes de 7 a 13 años que ingresaron a la Emergencia del Servicio Desconcentrado Hospital Universitario Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga durante el periodo enero 2017 a junio 2022. 63% de los pacientes fueron del sexo femenino y 91% de ellos eran mayores de 10 años. El 83% de los pacientes no tenían antecedentes médicos patológicos, 97% no presentaban patología psiquiátrica y 86% de los casos no mostraban historial de consumo de medicamentos. En el 83% de los casos no había antecedentes familiares de suicidio. En la escala de Graffar se encontró que el 61% de los casos se ubicó en el estrato IV. El 91% de los pacientes estudiaba siendo que 77% de ellos cursaba nivel secundaria. En 42% de los casos el grupo familiar estuvo formado por 4 integrantes. El 39% de los pacientes convivía con su madre y hermanos y el 30% con su padre y hermanos. Con respecto a la relación filial, la mayoría no tienen relación alguna con los padres (33%) y el 19% mantenía mala relación. En el 78% de los casos se ingirió algún tipo de sustancia por vía oral como método de autólisis. En el 94% de los casos, el intento de autólisis ocurrió en casa y fue fallido. El 67% no lo había intentado con anterioridad y el 61% no lo advirtió con anticipación. Los motivos principales de intento de autólisis fueron peleas con familiares (51%) y discusión con la madre (17%).

Palabras claves: autólisis, niño, factores de riesgo, intento de suicidio, prevención del suicidio

ATTEMPTED SELF-INJURY AND ASSOCIATED RISK FACTORS IN PATIENTS 7 TO 13 YEARS OF AGE ADMITTED TO THE SERVICIO DESCONCENTRADO HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDIÁTRICO DR. AGUSTÍN ZUBILLAGA

ABSTRACT

Self-injury is the act by which a person intentionally causes death. The aim of this research was to determine the frequency of attempted self-injury and the associated risk factors in 35 patients aged 7 to 13 years who were admitted to the Emergency Department of the Servicio Desconcentrado Hospital Universitario Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga during the period January 2017 to June 2022. 63% of the patients were female and 91% of them were older than 10 years old. Eighty-three percent of the patients had no pathological medical history, 97% had no psychiatric pathology and 86% of the cases showed no history of medication use. In 83% of the cases there was no family history of suicide. In the Graffar scale it was found that 61% of the cases were located in stratum IV. Ninety-one percent of the patients were studying and 77% of them were in high school. In 42% of the cases the family group consisted of 4 members. Thirty-nine percent of the patients lived with their mother and siblings and 30% with their father and siblings. Regarding the filial relationship, most of them had no relationship with their parents (33%) and 19% had a bad relationship. In 78% of the cases, some type of substance was ingested orally as a method of self-injury. In 94% of the cases, the attempt at self-injury occurred at home and was unsuccessful. Sixty-seven percent had not attempted it before and 61% had no warning beforehand. The main reasons for attempted self-harm were fights with relatives (51%) and arguments with the mother (17%).

Key words: autolysis, child, risk factors, suicide, attempted, suicide prevention

¹Servicio Desconcentrado Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga. Correo electrónico: ryopez06@gmail.com.

Recibido: 30/05/2023
Aceptado: 20/08/2023



Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud¹ registra que unas 703 mil personas se suicidan cada año lo que representa una tasa estimada de 11,4 muertes por cada 100 mil habitantes. Las defunciones por autólisis representan la segunda causa de fallecimientos entre los jóvenes entre 15 a 29 años. Entre los factores más comunes están los problemas familiares como situaciones de violencia física y verbal, abuso sexual, problemas escolares, tanto en relación con bajas calificaciones, así como el rechazo por parte del grupo de compañeros que, en algunos casos, se convierte en acoso escolar a través de burlas, discriminación y agresiones.

Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística y Censo citado en Gerstner y colaboradores² menciona que el suicidio en el Ecuador ha aumentado; en las últimas dos décadas casi 300 jóvenes y adolescentes de 10 a 24 años se quitaron la vida anualmente. El suicidio es un problema de salud pública complejo y multifactorial por lo que las estrategias de promoción de salud en el país deben estar diseñadas para llegar a la mayor parte de la población con la finalidad de reducir al mínimo el riesgo de suicidio al eliminar barreras a la atención y poder implementar políticas de salud con registros actuales y así reducir las defunciones por autólisis.

Así mismo, el suicidio infantil, entendido por aquel que se produce antes de los 14 años, es muy poco común porque apenas se tiene consciencia de lo que es la muerte y sus implicaciones, "...dentro de esas edades no es común, porque para que el suicidio sea considerado como tal, tiene que haber deseo explícito de muerte, en el cual el infante debe tener la consciencia de lo que es la muerte, teniendo en cuenta que son conceptos formados entre los 9 y 14 años de vida", según relata José Luis Pedreira, ex presidente de la sección de

Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría y psiquiatra en el Hospital Niño Jesús de Madrid, España.

Teniendo en cuenta esto, son muchos los factores que pueden aumentar el riesgo de suicidio en adolescentes tales como padecer un trastorno psiquiátrico tipo depresión, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, trastorno de oposición desafiante, antecedentes familiares de trastorno del estado de ánimo, suicidio o comportamiento suicida, antecedentes de maltrato físico o abuso sexual, exposición a violencia u hostigamiento, consumo de sustancias ilícitas, acceso a armas de fuego o medicamentos, exposición al suicidio de un familiar o amigo, pérdida o conflicto que involucre a amigos o a familiares cercanos, problemas físicos o médicos como cambios relacionados con la pubertad o una enfermedad crónica; los niños que intentaron suicidarse en el pasado también corren un mayor riesgo de suicidio infantil³.

En los Estados Unidos, los intentos de suicidio son más frecuentes en las niñas adolescentes que en los niños, pero éstos son más propensos a fallecer por suicidio. Es importante considerar que los adolescentes no tienen la experiencia de vida para saber que estas cosas serán temporales, que las superarán; se infiere que podrían pensar que preferirían estar muertos antes que sentirse de esa manera en ese momento. Así mismo, los malentendidos persistentes sobre el suicidio también pueden evitar que los adolescentes reciban la ayuda que necesitan⁴.

Algunas de las señales de advertencia de un adolescente que piensa en suicidarse son hablar de querer morir, sentirse desesperado, estar atrapado o ser presa de un dolor insoportable. Es por ello que se hace trascendental este tipo de estudios para tratar de reconocer los factores de riesgo y dar protección a la integridad de las personas afectadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

La población de este estudio estuvo conformada por pacientes de ambos sexos entre 7 y 13 años con 11 meses y 29 días con intento de autólisis ingresados a la Emergencia del Servicio Desconcentrado Hospital Universitario Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga durante el periodo enero 2017 a junio 2022. La muestra fue de tipo no probabilístico intencional censal conformada por los pacientes mencionados previamente.

Para efectos del presente estudio se solicitó la autorización al cuerpo directivo del Servicio Desconcentrado Hospital Universitario Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga. Al igual se solicitó la aprobación o aval de la comisión de Bioética del respectivo Hospital y al Departamento de Registro y Estadísticas de Salud. Luego de obtenido los permisos respectivos, se procedió a realizar visitas al servicio antes mencionado, donde se seleccionaron las historias clínicas que formaron parte de la muestra, se recolectaron los datos y se confeccionó una base de datos para la tabulación de los mismos.

La técnica que se utilizó para obtener la información necesaria fue a través de una fuente secundaria como lo son las historias clínicas de los pacientes seleccionados. El instrumento para la recolección de los datos fue mediante ficha. El instrumento estuvo estructurado en cuatro partes: datos demográficos, características clínicas, factores de riesgo y evolución. En el procesamiento y análisis de los datos se aplicó el programa SPSS para Windows versión 25.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 35 pacientes, 63% de los cuales fueron del sexo femenino, con la siguiente distribución porcentual por grupos etarios: 13 años y más (51%), 10 a 12 años (40%) y 7 a 9 años (9%). En el 83% de los casos no había

antecedentes familiares de suicidio. El 83% de los pacientes no tenían antecedentes patológicos, 97% no presentaban patología psiquiátrica y 86% de los casos no mostraban historial de consumo de medicamentos. En el 17% de los casos con antecedentes patológicos, éstos incluyeron asma (64,7%) y epilepsia, TDAH e irritación cerebral (5,88% c/u). Los medicamentos ingeridos en este último grupo de pacientes incluyeron el ácido valproico, sertralina, tegretol y trileptal.

En la escala de Graffar se encontró que el 61% de los casos se ubicó en el estrato IV, 31% en el estrato V y 8% en el estrato III. El 91% estudiaba para el momento del ingreso, 77% de los cuales cursaba nivel secundaria y 23% nivel primaria. Con respecto al rendimiento académico, el 51% reportó un rendimiento regular, 26% bueno y 23% deficiente. Ninguno de los pacientes trabajaba para el momento del estudio.

En 42% de los casos el grupo familiar estuvo conformado por 4 integrantes, un 23% por 5 integrantes, 11% con 3 integrantes, 9% con 6 integrantes, 6% con 7 y 12 integrantes, respectivamente y 3% con 8 integrantes. El 39% de los pacientes convivía con su madre y hermanos, el 30% con su padre y hermanos, el 17% vivía con ambos padres y hermanos, el 3% vivía con sus abuelos, madre padrastro y hermano o no específica. Con respecto al representante legal, en la mayoría estuvo representado por la madre (50%), un 22% no específica, 17% por su abuela y por el padre en el 11% de los casos.

Por otra parte, en el 54% de los casos por lo menos uno de los padres estaba ausente; igualmente en el 54% estaba ausente la figura paterna y en un 17% estaban ausentes ambos padres. Los motivos de la ausencia se muestran en la tabla 1.

| Motivo de ausencia | fa | % |
|------------------------|----|-----|
| Abandono | 2 | 6% |
| Bajos recursos | 5 | 14% |
| Divorcio por violencia | 1 | 3% |
| Fallecida y emigró | 3 | 8% |
| Migró a Chile | 4 | 11% |
| Privado de libertad | 2 | 6% |
| Separación | 8 | 22% |
| Desconoce | 1 | 3% |

Tabla 1. Distribución absoluta y porcentual del motivo de ausencia. Servicio Desconcentrado Hospital Universitario Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga.

Con respecto a la relación filial, la mayoría no tenían relación alguna con los padres (33%), el 19% mantenía mala relación, el 14% tenía una buena relación y el 11% una relación regular con los padres.

En el 78% de los casos se ingirió algún tipo de sustancia por vía oral como método de autólisis. Un paciente se inyectó una vitamina animal, siete pacientes utilizaron el ahogamiento y dos pacientes se cortaron las venas y se lanzaron de un segundo piso, respectivamente. Las sustancias por vía oral utilizadas en el intento de autólisis se muestran en la figura 1.

En el 94% de los casos el intento de autólisis ocurrió en casa. En el 94% de los casos el intento de autólisis fue fallido. El 67% de los pacientes no lo había intentado con anterioridad. En relación a si advirtió querer cometer autólisis, el 61% no lo advirtió con anticipación. El 14% de los casos le participó a sus familiares y el 3% a su mamá directamente. En la figura 2 se muestran los motivos principales del intento de autólisis.

DISCUSIÓN

Liu y colaboradores, en una revisión sistémica y metaanálisis de 58 estudios, determinaron que la prevalencia de ideación suicida, intento de

suicidio y lesiones autoinfligidas no suicidas en preadolescentes es de 15,1%, 2,6% y 6,2%, respectivamente, con una tasa de suicidio de 0,79 por millón de niños en la población general. En el estudio identificaron el sexo masculino, maltrato infantil, presencia de desorden de déficit de atención/hiperactividad y depresión como factores de riesgo mientras que el apoyo parental pudiera ser un elemento protector contra la ideación suicida⁵.

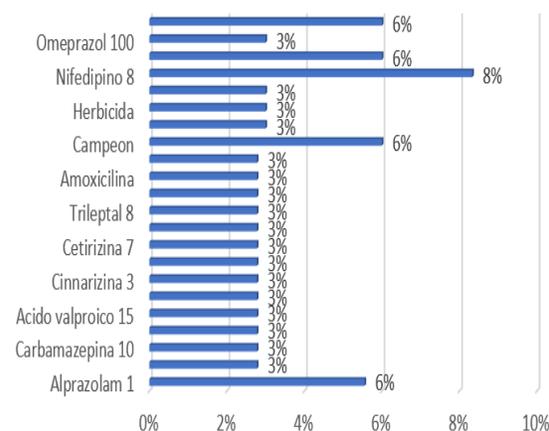


Figura 1. Distribución porcentual de las sustancias por vía oral utilizadas en el intento de autólisis. Servicio Desconcentrado Hospital Universitario Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga. Nota: el número que aparece al lado de la sustancia ingerida representa la(s) tabletas o cápsulas ingeridas por el paciente.

Marraccini y colaboradores⁶, en un grupo de niños entre 6 a 12 años hospitalizados por preocupaciones relacionadas con el suicidio, evidenciaron que los pacientes eran predominantemente blancos (63,5%), de sexo femenino (64,5%) y no hispanos/latinos (85,1%) y encontraron que entre los factores estresantes ambientales más frecuentes se encontraban la escuela (63,2%) y la familia (60,7%) y el diagnóstico más frecuente eran los trastornos depresivos.

Becker y Correll⁷ determinaron que en los niños y adolescentes con una enfermedad mental, el riesgo de suicidio es entre 3 y 12 veces mayor. Las experiencias de estrés en la escuela también

aumentan el riesgo de suicidio (OR = 2,21; $p < 0,05$). La conducta autolesiva no suicida es también un factor de riesgo tanto para la ideación suicida (OR = 2,95) como para los intentos de suicidio (hazard ratio = 2). La intoxicación con medicamentos es el método más común de intento de suicidio (67,7%). La mayoría de los suicidios van precedidos de signos de alerta precoz. La hospitalización psiquiátrica está indicada para niños y adolescentes que están en peligro agudo de hacerse daño a sí mismos. Se ha comprobado que determinados tipos de tratamiento, en particular los métodos centrados en la familia, disminuyen la frecuencia de las ideaciones suicidas y los intentos de suicidio. La administración de fármacos antidepresivos a niños y adolescentes es controvertida, ya que existen pruebas de un aumento de los suicidios (pero no de la mortalidad) en el caso de medicamentos únicos. Sin embargo, los fármacos antidepresivos no deben suspenderse por este motivo, si están indicados. El requisito previo en todos los casos es una observación estrecha.

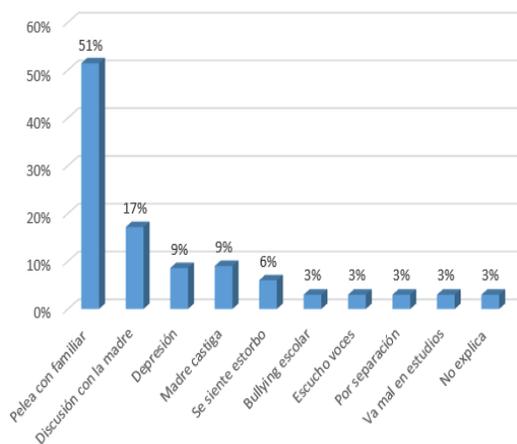


Figura 2. Distribución porcentual de los motivos del intento de autólisis. Servicio Desconcentrado Hospital Universitario Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga.

La identificación de los factores de riesgo asociados a la ideación suicida (IS) durante la infancia puede ser fundamental para prevenir

futuros intentos. Huber y colaboradores⁸ demostraron que los niños con IS presentan una disminución de la memoria episódica. Estos hallazgos son similares a los resultados de estudios en adultos y adolescentes que han informado de una disminución del rendimiento de la memoria entre los que intentan suicidarse. Los déficits en la memoria episódica pueden afectar a la capacidad del niño para resolver problemas y generar posibles resultados futuros, lo que puede aumentar el riesgo de autólisis. La identificación temprana de los déficits de memoria en los niños puede informar a los esfuerzos de prevención e intervención del suicidio.

En relación a la prevención de las lesiones autoinfligidas, Witt y colaboradores⁹ realizaron una revisión de 17 estudios con 2.280 participantes evaluando la efectividad de diversas formas de intervenciones psicosociales. Ninguno de los ensayos incluidos evaluó la efectividad de agentes farmacológicos en esta población clínica. Hubo una tasa más baja de repetición de lesiones autoinfligidas en pacientes bajo terapia dialéctica-conductual (30%). Sin embargo, dada la calidad moderada o muy baja de las pruebas disponibles y el pequeño número de ensayos identificados, sólo hay pruebas inciertas con respecto a una serie de intervenciones psicosociales en niños y adolescentes. Dadas las pruebas de su beneficio en adultos, la psicoterapia individual basada en la terapia cognitiva conductual también debería desarrollarse y evaluarse más en niños y adolescentes⁹.

RECOMENDACIONES

Con base a los hallazgos obtenidos, se sugieren las siguientes recomendaciones:

- Los padres deben ser observantes y vigilantes de las actitudes y cambios de conducta de sus hijos, de tal manera que

cuando estas sucedan acudan a buscar ayuda en forma inmediata.

- Tomar consultas de terapia preventiva y de educación en la crianza de niños y adolescente, sobre todo en las etapas de pre púber y pubertad.
- Inducir a que los centros educativos impartan clases de asesoría psicológica para niños y adolescentes, a fin de detectar posibles conductas que lleven al suicidio o el intento del mismo.
- Acudir a atención con el psicólogo o psiquiatra si observase cambios de conducta, además de normalizar dichas visitas a estos especialistas.
- Mantenerse vigilantes de las actividades que realizan sus hijos, promoviendo y motivando a las rutinas deportivas o realización de actividades de recreación.
- Fomentar la creación de grupos de apoyo para niños y adolescentes en circunstancias especialmente difíciles, tanto en las escuelas como en otras instituciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suicidio [Internet]. Who int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
2. Gerstner R, Soriano I, Sanhueza A, Caffé S, Kestel D. Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes del Ecuador. Epidemiología del suicidio de adolescentes y jóvenes en Ecuador. Rev Pan Am Salud Publica 2018; 42:e100.
3. Kennebeck S, Bonin L. Suicidal behavior in children and adolescents: Evaluation and management. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/search>.
4. Rosenbaum J, Hughes J, Babeva K, Sugar CA. Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017; 56(6): 506-514.
5. Liu R, Walsh R, Sheehan A, Cheek S, Sanzari C. Prevalence and Correlates of Suicide and Nonsuicidal Self-injury in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry 2022; 79(7): 718-726.
6. Marraccini M, Drapeau C, Stein R, Pittleman C, Toole E, Kolstad M, Tow AC, Suldo S. Characterizing children hospitalized for suicide-related thoughts and behaviors. Child Adolesc Ment Health. 2021; 26(4): 331-338.
7. Becker M, Correll C. Suicidality in Childhood and Adolescence. Dtsch Arztebl Int 2020; 117(15): 261-267.
8. Huber R, Sheth C, Renshaw P, Yurgelun-Todd D, McGlade E. Suicide Ideation and Neurocognition Among 9- and 10-Year Old Children in the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) Study. Arch Suicide Res 2022; 26(2): 641-655.
9. Witt K, Hetrick S, Rajaram G, Hazell P, Taylor T, Townsend E, Hawton K. Interventions for self-harm in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2021; 3(3): CD013667.