

REPÚBLICA DE CUBA
INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS DE CAMAGUEY
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO
“ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ”

Caracterización de la intoxicación intencional suicida en adolescentes ingresados en cuidados intensivos pediátricos. 2000-2009

AUTOR: Dr. César Miranda Abreu.
Especialista de I Grado en Pediatría.
Diplomado en Terapia Intensiva Pediátrica.
Profesor Instructor.

TUTOR: Dr. Marino Ruiz de la Paz.
Especialista de II Grado en Pediatría.
Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y
Emergencias.
Master en Urgencias Médicas.
Profesor Auxiliar de Pediatría.

ASESOR: Dra. Evarista de la C. Suárez Morgado.
Especialista de I Grado en Psiquiatría Infantil.
Master en Atención Integral al Niño.
Profesora Auxiliar de Psiquiatría.

En opción al Título de Master en Urgencias Médicas

Ciudad de Morón, 2010

AGRADECIMIENTOS

A todas aquellas personas que ayudaron a que fuera posible.

DEDICATORIA

A la salud de niños y jóvenes, porque son el futuro.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el propósito de caracterizar algunos aspectos del comportamiento de la intoxicación intencional suicida en adolescentes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital General Provincial Universitario "Roberto Rodríguez Fernández" de Morón, en el período comprendido entre el 1ro de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2009. La muestra estuvo conformada por 42 adolescentes ingresados con el diagnóstico de intoxicación intencional con ánimo suicida. Las intoxicaciones intencionales con fin suicida representaron el 21,1% de las intoxicaciones en general atendidas en el período del estudio, el grupo de edad de 15-18 años y el sexo femenino fueron los más afectados (47,6% y 88,0% respectivamente), predominando los pacientes provenientes de área urbana (71,5%). Los tóxicos mas involucrados fueron los medicamentos y entre estos los psicofármacos (79,1%) y la Carbamazepina (52,3%); en el 57,1% se utilizaron más de un tipo de tóxico (intoxicación politóxicas). La evaluación por psiquiatría dentro del servicio de UCIP se logró en el 69,0% de los adolescentes intoxicados. Entre los factores de riesgo mayormente identificados tenemos las familias disfuncionales (68,9%), antecedentes familiares de trastornos mentales (65,5%), los trastornos de conductas (62,9%), la depresión (58,6%), los trastornos de la personalidad ((51,7%) y la disciplina rígida (51,7%).

Palabras Clave: INTOXICACIÓN INTENCIONAL; SUICIDA; ADOLESCENTE.

ÍNDICE

	Página
Introducción	1
Objetivos	4
Capítulo I. Antecedentes históricos y conceptuales sobre el suicidio y la adolescencia.	5
1.1. Epidemiología	5
1.2. Etiología	5
1.3. Reseña histórica del suicidio	6
1.4. Clasificación del suicida	8
1.5. Significado de la palabra adolescente	9
1.6. Suicidio en la adolescencia	10
1.7. Comportamiento suicida	11
1.8. Factores de riesgo suicida en la niñez	13
1.9. Factores de riesgo suicida en la adolescencia	15
Capítulo II. Diseño teórico y metodológico.	20
2.1 Aportes	20
2.2 Descripción de la investigación	21
2.3 Universo y muestra	21
2.4 Asignación al estudio	21
2.5 Definiciones en el estudio	22
2.6 Procedimiento, recolección y procesamiento de los datos	22
2.7 Operacionalización de las variables por objetivos.	23
2.8 Deontología médica.	24
Capítulo III. Análisis y discusión de los resultados	25
Conclusiones	31
Recomendaciones	32
Bibliografía	33
Anexos	

INTRODUCCION

Cuando hacemos referencia a la morbilidad del adolescente, tenemos que tener en cuenta las intoxicaciones. En esta etapa de la vida las intoxicaciones revisten características especiales y un rasgo distintivo es la intencionalidad, siendo la exposición al tóxico de forma voluntaria con un objetivo o finalidad, por lo que se clasifican en suicidas y por consumo de drogas llamadas por algunos autores como recreacionales, constituyendo un gran drama para el adolescente, la familia y la sociedad (1). Para referirnos a la intoxicación intencional suicida debemos valorar dos aspectos: la conducta suicida y las características del adolescente. El suicidio, definido como el “acto humano de autolesionarse con el fin de perder la vida”, constituye una muerte voluntaria, considerada por la mayoría de los científicos sociales como una conducta compleja que tiene causas biológicas, psicológicas y sociales. Aparece en todas las sociedades desde tiempos más remotos. Durante el imperio romano se consentía e incluso era considerado como acto honroso. Hoy está condenado por la religión cristiana, judía e islámica. A lo largo de la historia ha variado la actitud de la sociedad ante este acto, las formas y su frecuencia (2).

A nivel mundial, el suicidio ocupa un lugar entre las diez primeras causas de muerte, cada día más de 1000 personas se suicidan en el mundo, lo intentan cientos de miles de cualquier cultura, religión, etnia o posición socioeconómica. Lo intentan más los adolescentes, fundamentalmente del sexo femenino, sin embargo es más letal en el sexo masculino. La ingestión de sustancias constituye una de las vías más utilizadas, aunque se ha visto por diferentes estudios que la forma de ejecución está en relación con los medios disponibles (3,4). Existe una tendencia actual de incremento en las tasas de suicidio siendo la población diana los adolescentes y los jóvenes. En Cuba a partir de los años 80 se ha observado una tendencia descendente en las tasas de suicidio. Según datos registrados en 1999 en el grupo de edades entre 15 – 19 años, el suicidio ocupó el segundo lugar en la mortalidad y en el grupo de 10 – 14 años, el lugar quinto, produciendo señales que el suicidio representa la tercera causa de muerte en adolescentes cubanos (5). La conducta suicida incluye las ideas de muerte, la ideación suicida, las amenazas,

los gestos de suicidio o parasuicidio, los intentos y el suicidio consumado (2,4). En la génesis de la conducta suicida juega un papel esencial los factores de riesgo considerados como efectos con altas probabilidades de daño o resultados no deseados para el adolescente, teniendo como característica fundamental la interrelación entre ellos, lo que le da un carácter de multifactorialidad (4). En cuanto a la clasificación de los factores de riesgo, existe diversidad de formas para clasificarlos, aunque en su esencia todas estas se proyectan en el contexto bio-psico-social. De forma general el adolescente propenso a la conducta suicida, puede tener historia de trastornos en el control de impulsos, agresividad, hostilidad, baja tolerancia a la frustración, demandantes de atención y afecto, trastornos mentales del humor distímico, trastornos incipientes de la personalidad, intentos suicidas anteriores, entre otros factores. En la esfera familiar pueden existir antecedentes de hogares rotos, inestables, disfunción familiar, violencia doméstica y ausencia de padres (6).

La adolescencia es un concepto relativamente moderno, definido a mitad del siglo pasado, como una fase específica en el ciclo de la vida humana, estando ligada a los cambios económicos, culturales, sociales y políticos (7). Es una etapa entre la niñez y la edad adulta que cronológicamente se inicia por los cambios puberales caracterizados por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas 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 (7). De acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), trasciende entre los 10 y los 19 años de edad, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 – 14 años) y la adolescencia tardía (15 – 19 años) (5). Los adolescentes cubanos representan la séptima parte de la población total, proporción similar a Estados Unidos y Canadá. Difieren de los países de la región donde representan la quinta parte (8). Las características propias del adolescente derivadas de las transformaciones bio-psico-sociales presentes en esta fase de la vida, tales como búsqueda de autonomía, independencia, cambios de conducta, variaciones del estado anímico, por mencionar algunas, unido a factores de riesgo,

propician conflictos no tolerables, por lo que el suicidio representa una posibilidad de solución (8-9).

Las estadísticas de nuestro país basadas en los registros de morbilidad, señalan que por cada suicidio en adolescentes de la fase temprana se realizan 90 intentos, con cifras similares en Estados Unidos donde existe una proporción suicidio/intento de 1/100 (10,15). Si a esto le añadimos que la forma más frecuente de ejecutarlo es la ingestión de sustancias tóxicas, podemos afirmar que la intoxicación intencional suicida es causa frecuente de morbilidad en los adolescentes (4). La intoxicación intencional suicida representa un problema de salud a nivel internacional si tenemos en cuenta el incremento de la morbilidad y la trascendencia social de la conducta suicida (4). Es una urgencia médica donde el tiempo es vida y calidad de vida, por lo que la evolución y el pronóstico dependerán en gran medida de la rapidez y la eficiencia del diagnóstico y tratamiento (10). La mortalidad es baja superando el 0.5 % de las intoxicaciones accidentales. Aproximadamente del 3-7 % requiere ingreso en la UCI por su gravedad, lo cual contrasta con lo expuesto por otros autores que citan cifras en el rango del 10-15%, lo que representa un peligro potencial de muerte y secuelas en el paciente así como la necesidad de invertir recursos económicos cuantiosos destinados a la atención de estos pacientes, hecho que puede evitarse con la aplicación de medidas de prevención (10-13). El manejo de la intoxicación intencional suicida debe ser multidisciplinario con la participación de pediatras, toxicólogos, nefrólogos y psiquiatras. La conducta suicida constituye una urgencia psiquiátrica frecuente en los adolescentes, por lo que la valoración por psiquiatría debe hacerse lo antes posible una vez que el paciente esté consciente y bien orientado (4, 14, 15). Las inclinaciones actuales de los índices de periodicidad o frecuencia son confusos y no totalmente fiables, dado que no existe uniformidad en la recogida de estadísticas y cada país lo registra de una manera diferente, limitándose en su mayoría a estudios en pequeñas muestras, elemento que también es agravado por la repercusión social de la conducta suicida y el hecho de ocultarlo por parte de los familiares.

Teniendo en cuenta la magnitud del problema que representa la intoxicación intencional suicida en adolescentes, grupo poblacional al que el estado ha priorizado y destinado cuantiosos recursos, es que nos vemos motivados a realizar esta investigación, con el fin de caracterizar algunos aspectos del comportamiento de la intoxicación intencional suicida en pacientes ingresados en la UCIP del Hospital General Provincial Universitario “Roberto Rodríguez Fernández” de Morón, en el período comprendido entre el 1ro de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2009.

Pregunta Científica.

¿Cómo caracterizar algunos aspectos del comportamiento de la intoxicación intencional suicida en adolescentes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital General Provincial Universitario “Roberto Rodríguez Fernández”?

OBJETIVOS

➤ **General**

Caracterizar algunos aspectos del comportamiento de la intoxicación intencional suicida en pacientes adolescentes ingresados en la UCIP del Hospital General Provincial Universitario “Roberto Rodríguez Fernández” de Morón, en el período comprendido entre el 1ro de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2009.

➤ **Específicos**

- Distribuir las variables epidemiológicas de la población estudiada en cuanto a:
 - Morbilidad.
 - Edad.
 - Sexo.
 - Lugar de procedencia.
- Distribuir los pacientes según tipo y cantidad de tóxicos involucrados en la intoxicación.
- Distribuir los pacientes según su evaluación psiquiátrica al ingreso.
- Distribuir los pacientes según factores de riesgo identificados en la evaluación psiquiátrica.

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CONCEPTUALES SOBRE EL SUICIDIO Y LA ADOLESCENCIA.

Las intoxicaciones exógenas agudas son tan antiguas como la humanidad. Desde épocas remotas el hombre ha estado expuesto a disímiles tipos de venenos (1). Las descripciones más antiguas provienen del Papiro de Ebers, que data de 1500 a.n.e (antes de nuestra era) y de la propia Biblia (2). Las primeras recogidas en la literatura médica se remontan al siglo XVIII (2).

Una intoxicación es el conjunto de signos y síntomas provocados por un tóxico, sustancia química capaz de producir la muerte u otros efectos perjudiciales en el niño. La vía de exposición más habitual es la vía oral. La piel, los ojos y la inhalación ocupan un pequeño porcentaje.

1.1. Epidemiología.

El 70-80% de las intoxicaciones Pediátricas son accidentales, ocurren en niños de 1-5 años, generalmente no son graves y suceden en el propio hogar. Después de la intoxicación por paracetamol, la más frecuente es la producida por productos domésticos. Esta intoxicación ha disminuido en los últimos años gracias a la educación sanitaria, la mejor identificación de las sustancias potencialmente tóxicas y la presencia de tapones de seguridad. Aun así, todavía un gran número de estos accidentes se producen por la ingesta de preparados que no estaban en su recipiente original. Las intoxicaciones voluntarias suelen darse en chicas adolescentes, generalmente con más de un medicamento relacionado con el sistema nervioso central (SNC); son menos frecuentes pero su gravedad es mayor (16-17).

1.2 Etiología.

La intoxicación accidental es más frecuente en niños menores de 5 años. Son en esencia accidentes relacionados con su conducta exploratoria e inciden con más frecuencia en el varón que en la niña. Los intentos de suicidio ocurren generalmente en niños por encima de los 12 años. Las sustancias más

frecuentemente implicadas son los medicamentos, sobre todo antitérmicos y psicofármacos, seguidos de productos domésticos. Los agentes más peligrosos, en términos de frecuencia y gravedad son, antidepresivos, fármacos de acción cardiovascular, salicilatos, opiáceos, teofilina, anticonvulsivantes, hipoglucemiantes orales, sales de hierro y anticolinérgicos. Los productos domésticos no farmacéuticos más peligrosos son los hidrocarburos, plaguicidas, alcoholes/glicoles y productos de limpieza de desagües y cocinas.

Aunque son globalmente poco frecuentes, es preciso reconocerlas, dada su gravedad. Las dos urgencias psiquiátricas prototipo, en la edad pediátrica, son el intento de suicidio y la psicosis (17).

1.3 Breve reseña histórica del suicidio.

El suicidio es un fenómeno que ha acompañado la historia del hombre. En la antigüedad, en países como Japón, China y gran parte de Europa, el suicidio no sólo era frecuente sino que en muchos casos era honroso; en los siglos VII y VIII, la Iglesia empezó a castigar severamente a quienes intentaban suicidarse y en el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino atribuyó el suicidio a una inspiración demoníaca y a un pecado contra Dios. Sólo seis siglos más tarde se haría un importante avance en la materia: hacia 1820, el médico J. P. Falret señaló que el suicidio era resultado de un "trastorno mental" y en 1838, Esquirol se refirió al acto suicida como a una consecuencia de una crisis de tipo afectiva. Hacia finales del siglo XIX, Morselli (1879) y el sociólogo francés Durkheim (1897) introducen los factores sobre los cuales se basarían los estudios posteriores y las teorías sociológicas sobre el suicidio. En sus textos, Durkheim define el suicidio como "todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado" y concluye que la forma de prevención más eficaz es la promoción del sentido de pertenencia de los individuos a un grupo o a una comunidad (2,18-19).

Otros importantes autores desarrollaron ideas muy distintas a la anterior y mientras que algunas de estas teorías permanecen vigentes, otras han desaparecido de la comprensión actual del suicidio: Freud introdujo la teoría sobre

la presencia innata de una pulsión de agresión y de muerte, una tendencia a la autodestrucción presente en el inconsciente; Ringel (1953) señaló que en el síndrome presuicida la inhibición de la agresividad causa el aislamiento del individuo y que éste termina descargando la agresión contra si mismo; y Schneider (1954) indicó, quizá por primera vez, las diferencias entre el suicidio y la tentativa suicida. Algunos años más tarde, Kreitmen (1977) propuso la substitución de la expresión "tendencia suicida" por la palabra "parasuicidio", introduciendo en este concepto el acto deliberado de ingerir drogas en cantidades no prescritas en las fórmulas terapéuticas, pero eliminando igualmente la intencionalidad de morir. En este mismo sentido, Farbelow y Litman (1970) clasificaron la conducta suicida en tres categorías: "Ser" (quienes no quieren morir pero consideran la posibilidad de llamar la atención por medio de una tentativa de suicidio), "No ser" (quienes ya tomaron la decisión de hacerlo y no buscan ayuda) y "Ser o no ser" (quienes no pueden decidir entre morir o vivir y dejan que sea el 'destino' o el azar quien decida por ellos). Según estos autores, la mayor parte de estos individuos guardan la esperanza de ver cambiar su situación, en caso de ser salvados (2, 18-19).

En su Carta Encíclica *Evangelium vitae*, el Papa Juan Pablo II alerta sobre lo que él llama la "libertad perversa", aquella que nos confiere "poder absoluto sobre los demás y en contra de los demás", y de la cual resulta, sigue diciendo, una "cultura de la muerte". La preocupación del Santo Padre nace de la realidad de que "grandes sectores de la opinión pública justifican ciertos crímenes contra la vida ajena y propia en nombre de la libertad individual". El origen de esta "libertad perversa" se encuentra en una concepción de la libertad que "exalta al individuo aislado de forma absoluta y no da cabida a la solidaridad ni a la apertura y el servicio hacia los demás". En resumen, el Santo Padre está diciendo que cuando un individualismo extremista se interpreta como libertad, el resultado es la "cultura de la muerte" (1-2,18).

La cultura de la muerte y especialmente el suicidio es un tema tan amplio que no tiene fronteras definidas, ya que abarca una extensa cantidad de temas que están íntimamente relacionados entre sí, como: el aborto, la eutanasia, la eugenesia, el terrorismo, la clonación, etc. Todo esto esta relacionado con la pérdida del sentido

y valor de la vida. La defensa de la vida se a visto relegada por otros factores como: las exigencias de la sociedad actual, el bienestar económico, el bienestar egoísta propio, la fama, el materialismo, etc.

Todos estos factores afectan a la juventud especialmente. Hoy en día la juventud se ve envuelta en el mundo de las drogas, alcohol, el del aislamiento de los nuevos medios masivos de comunicación y del sexo promiscuo, entre otros, causando la pérdida de valor y sentido de la vida (20). Etimológicamente la palabra suicidio procede de: sui "sí mismo" y cidium "matar". Esta problemática ha sido estudiada desde diversas perspectivas y disciplinas, entre ellas; Historia, Filosofía, Ética, y la Teología, o desde el enfoque de la Psiquiatría, el Psicoanálisis, la Antropología y la Sociología; también desde la perspectiva económica, geográfica, jurídica o política se ha intentado explicar esta conducta. (14,16).

1.4 Clasificación de suicida.

Existen diversos tipos de clasificación de suicidas, los dos más comunes están descritos a continuación.

1. El altruista, en el que la motivación hacia la muerte está originada por una rígida estructuración en la sociedad en la que se vive. La muerte en sí misma no es tan importante como preservar el "honor".
2. El egoísta, en el cual el individuo se orienta más por sus intereses particulares que por los de su grupo de referencia. No interesa lo que los demás opinen
3. El anómico, que se produce ante una confusión de valores sociales, que lleva a una crisis individual acerca del sentido de la existencia.

Otros autores clasifican al suicidio según:

1. El origen: puede ser sicótico, neurótico, psicodisplásico o filosófico. En el sicótico la persona se halla desconectada de la realidad y de lo que pasa en su entorno. Sufre alucinaciones y tiene ideas ilógicas no aceptadas por los demás. El neurótico se caracteriza por manifestaciones teatrales con escasa intención real

de suicidio. En el psicodisplásico, el psicópata dirige la agresividad hacia sí mismo. El filosófico se produce en personas que sienten un vacío en su existencia.

2. La forma: puede ser impulsivo, obsesivo y reflexivo. El primero se lleva a cabo súbitamente, sin avisos previos de la intención. El obsesivo se produce por una idea de autodestrucción, que resulta imposible rechazar. El reflexivo se caracteriza por un análisis detenido de la idea de suicidio, siendo más frecuente en personas deprimidas.

El suicidio está considerado como un acto biológico, psicológico y social. En cuanto a lo biológico, la deficiencia de la serotonina (un neurotransmisor) se encuentra presente en la conducta impulsiva, (tal como sucede en pacientes con trastorno depresivo). Se invoca además factores genéticos presentes en estos actos, como el que suele presentarse en determinadas familias. Con relación a lo psicológico, la depresión, la desesperanza y la impotencia se consideran las causas más comunes. También lo es la pérdida de un ser querido, o una situación que no se tolera. (11, 21).

1.5. Significado de la palabra adolescente.

El estudio etimológico del término adolescente permite establecer vinculaciones entre adolescencia y muerte. Por ejemplo: adoleo implica por un lado crecer, aumentar, vigor, pero a la vez significa quemar, sacrificar, ofrecer víctimas en honores a los dioses. Quizás estos sean algunos de los motivos por los cuales la muerte de los jóvenes se la disimula, se la silencia, o se la oculta, hecho, por otra parte que también hace marca a los jóvenes al concebir, genéricamente, que la muerte es siempre la muerte de los otros, la de los viejos, nunca la propia (16).

1.5.1. Adolescencia.

1.5.2. Concepto.

Es una etapa entre la niñez y la edad adulta que cronológicamente se inicia por los cambios puberales caracterizados por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas 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. La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la etapa que transcurre entre los 10 a 19 años con dos fases, adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. Es una etapa en la que experimentan fuertes situaciones de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos y en aquellos casos en que ha habido una buena formación y desarrollo de su personalidad, o viven en condiciones socio familiares adversas, el suicidio puede ser una vía “de solución” lo cual puede desembocar en una tragedia que afecta al propio adolescente, así como a la familia. (5)

La mayor parte de los cambios de conducta en la adolescencia son propios de la edad; sin embargo, muchas veces los problemas no son transitorios, sino son trastornos psiquiátricos serios que se presentan en el 20 por ciento de los adolescentes, por lo que padres, maestros y médicos, deben estar pendientes para detectar los indicadores en los cambios conductuales.

1.6. Suicidio en la adolescencia.

El suicidio entre los adolescentes ha tenido un aumento dramático. Cada año miles de adolescentes se suicidan. En Estados Unidos, por ejemplo, el suicidio es la tercera causa de muerte más frecuente para los jóvenes de entre 15 a 24 años de edad, y la sexta causa de muerte para aquellos de entre 5 a 14 años. Para algunos adolescentes el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. Para algunos adolescentes, el suicidio aparenta ser una solución a sus problemas y al estrés. La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Hay que reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones tanto en niños como en adolescentes y se debe desarrollar un plan de tratamiento apropiado. Cuando hay duda en los padres de que el niño o el joven puedan tener un problema serio, un examen psiquiátrico puede ser de gran ayuda (22).

1.7. Comportamiento suicida.

En el individuo con tendencias suicidas pueden observarse algunas o todas de las siguientes manifestaciones:

1- El deseo de morir. Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto” y otras expresiones similares.

2- La representación suicida. Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

3- Las ideas suicidas. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

Idea suicida sin un método específico: el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.

➤ Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.”

➤ Idea suicida con un método específico no planificado: el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

➤ El plan suicida o idea suicida planificada: el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

4- La amenaza suicida. Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente

vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

5- El gesto suicida. Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

6- El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

7- El suicidio frustrado. Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

8- El suicidio accidental. El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se autoagrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida (inyección de petróleo en la pared abdominal, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.).

9-Suicidio intencional. Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional. Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida. El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se

considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos (21-23).

1.8. Factores de riesgo suicida en la niñez.

El conocimiento de los factores de riesgo que predisponen la aparición de determinada condición mórbida es una estrategia válida para su prevención. Este principio es aplicable a la conducta suicida.

Ante todo hay que considerar que los factores de riesgo suicida son individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representar problema alguno. Además de individuales son generacionales, ya que los factores de riesgo en la niñez pueden no serlo en la adolescencia, la adultez o la vejez. Por otra parte son genéricos, ya que la mujer tendrá factores de riesgo privativos de su condición y así también lo será para el hombre. Por último, están condicionados culturalmente, pues los factores de riesgo suicida de determinadas culturas pueden no serlo para otras.

Como es conocido, se considera que por debajo de los 5 ó 6 años, los niños tienen un concepto muy rudimentario de lo que es la muerte o el morir, por lo que resulta prácticamente improbable que se participe activamente de la muerte. En esta etapa la muerte se representa, personifica u objetiviza como una persona con buenas o malas intenciones, o un lugar desagradable o apacible. También a estas edades es común que la muerte se asocie a la vejez y a las enfermedades. Por encima de esta edad, se comienza a considerar la muerte como un suceso inevitable y universal, llegando el niño o la niña a la conclusión de que todas las personas, incluyéndolo a él, tienen que morir. Paralelamente con el concepto de muerte se desarrolla el de suicidio. Por lo general los niños han tenido alguna experiencia sobre el tema mediante la visualización de este tipo de acto en la televisión, sea a través de programaciones para los adultos o dirigidos a los niños y las niñas (muñequitos o comics). Otras veces, el concepto se va adquiriendo mediante diálogos con compañeros de su propia edad que han tenido familiares suicidas o por conversaciones que escuchan a los adultos. En sus concepciones

sobre el suicidio, en el niño se entremezclan creencias racionales e irracionales, articuladas y lógicas y poco coherentes y comprensibles (24).

Hay niños y niñas que adquieren ambos conceptos, muerte y suicidio a una edad más temprana y otros más tardíamente, creyendo estos últimos que la muerte es una continuidad de la vida o que es un estado parecido al sueño del cual es posible ser despertado tal y como ocurre en el cuento “La Bella Durmiente”. En la infancia, como es lógico suponer, los factores de riesgo suicida deben ser detectados principalmente en el medio familiar. Por lo general, el clima emocional familiar es caótico, pues no hay un adecuado funcionamiento de sus integrantes y no se respetan los roles ni las fronteras de sus respectivos miembros. Los padres, cuando conviven juntos se enrolan en constantes querellas, llegando a la violencia física entre ellos o dirigiéndolas a los integrantes más vulnerables, en este caso los más jóvenes, niños y niñas y los más viejos, ancianos y ancianas (25).

Es frecuente que los progenitores padezcan alguna enfermedad mental, entre las que se citan por su frecuencia, el alcoholismo paterno y la depresión materna. El alcoholismo paterno es sufrido por el resto de la familia, pues esta toxicomanía involucra a todos los integrantes, sea por los desórdenes conductuales, por la violencia, los actos suicidas, los problemas económicos o la incapacidad de cumplir con los roles asignados al alcohólico y que otros tienen que asumir (26).

La depresión materna, además del peligro suicida que conlleva se convierte en un estímulo para el pesimismo, la desesperanza, la sensación de soledad y la falta de motivación. A ello se añaden las situaciones de maltrato por no poder la madre, en estas condiciones, satisfacer las necesidades emocionales y de cuidados del niño o la niña (26).

Otro factor de riesgo suicida de importancia en la niñez es la presencia de conducta suicida en alguno de los progenitores. Aunque no está demostrado que el suicidio esté determinado genéticamente, es un hecho que el suicidio puede ser imitado, principalmente por las generaciones más jóvenes, lo cual ha dado origen al término “Efecto Werther”, por los suicidios ocurridos entre los jóvenes que habían leído la novela de Goethe. Las penas del joven Werther, cuyo protagonista termina su vida por suicidio con arma de fuego. En ocasiones este proceso no es

plenamente consciente y el suicidio se produce por un mecanismo de identificación, proceso mediante el cual se incorporan a la personalidad algunos rasgos de la personalidad o formas de ser del sujeto identificado (27).

Otras veces lo que se transmite es la predisposición genética, no para el suicidio, sino más bien para alguna de las enfermedades en las que este síntoma es frecuente. Entre estas enfermedades se encuentran las depresiones y las esquizofrenias en cualquiera de sus formas clínicas. Ambos trastornos están descritos como uno de los principales factores de riesgo suicida en la adolescencia (24, 27).

Las relaciones entre los progenitores y sus hijos pueden convertirse en un factor de riesgo de suicidio cuando están matizadas por situaciones de maltrato infantil y de abuso sexual, físico o psicológico. La violencia contra los niños y las niñas en cualquiera de sus formas es uno de los factores que entorpecen el desarrollo espiritual de la personalidad, contribuyendo a la aparición de rasgos en ella que predisponen a la realización de actos suicidas, entre los que se destacan la propia violencia, la impulsividad, baja autoestima, las dificultades en las relaciones con personas significativas, la desconfianza, por sólo citar algunos (26).

Otras veces las relaciones están caracterizadas por la sobreprotección, la permisividad y la falta de autoridad, todo lo cual conspira contra el buen desarrollo de la personalidad de los niños y las niñas, quienes se tornan caprichosos, demandantes, poco tolerantes a las frustraciones, manipuladores y egocéntricos, pretendiendo que todos los seres humanos los traten de la misma manera indulgente que lo hacen los familiares, lo que provoca diversos problemas de adaptación desde la más temprana infancia, los que se recrudecen en la adolescencia, cuando la socialización ocupa un lugar preponderante en la conformación definitiva de la personalidad (27).

1.9. Factores de riesgo suicida en la adolescencia.

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran:

- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional

- Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.
- Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.
- Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales.

Intentaré desarrollar cada uno de estos aspectos por separado para que el lector pueda conocerlos en detalle.

1.9.1. Factores culturales y sociodemográficos.

Los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales y el desempleo son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen.

Los factores asociados a la cultura adquieren una importancia capital en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de coloniaje cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres y también se hace patente entre los inmigrantes (28). Oberg fue el primero en utilizar el término “shock cultural” para referirse al proceso de adaptación del inmigrante, el cual se caracteriza por:

- Esfuerzos constantes por lograr adaptarse a la nueva cultura.
- Sentimientos de pérdida y pena, motivados por los recuerdos de los amigos, familiares, la profesión, las posesiones y cuanto se ha dejado atrás.
- Sentimientos de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura.
- Confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la nueva cultura.
- Sorpresa, angustia, disgusto e indignación ante las diferencias culturales a las que debe adaptarse.
- Sentimientos de no ser capaz de adaptarse a la nueva cultura.

Entre las razones que pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales se encuentran extrañar la tierra natal y sus costumbres, problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos o familiares, el aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma en caso que el país receptor difiera del natal.

Un proceso de este tipo, aunque con menos diferencias, puede desencadenarse en el curso de migraciones internas, cuando se trasladan las familias, en busca de oportunidades, desde las zonas rurales a las urbanas o de las provincias o departamentos a las capitales. La mudanza o migración interna, puede ser un factor de riesgo de suicidio de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno (28).

1.9.2. Situación familiar y eventos vitales adversos.

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
- Dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren.
- Frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.

- Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.
- Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.
- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores.
- Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales.
- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes.
- Llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.
- Si los padres están divorciados pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el otro y se le trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza.
- Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia.

1.9.3. Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio.

Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas (24-27-31). En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades:

- a) Depresión.
- b) Trastornos de Ansiedad.
- c) Abuso de alcohol.
- d) Abuso de drogas.
- e) Trastornos incipientes de la personalidad.
- f) Trastorno Esquizofrénico.

CAPÍTULO II. DISEÑO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

Objeto: intoxicación intencional suicida.

Campo de acción: factores de riesgo en adolescentes ingresados en la UCIP.

Hipótesis

El manejo de la intoxicación intencional suicida debe ser multidisciplinario con la participación de pediatras, toxicólogos, nefrólogos y psiquiatras. La conducta suicida constituye una urgencia psiquiátrica frecuente en los adolescentes, por lo que la valoración por psiquiatría debe hacerse lo antes posible una vez que el paciente esté consciente y bien orientado. Si consideramos la magnitud del problema que representa la intoxicación intencional suicida en adolescentes de nuestro territorio, podríamos realizar una investigación con el objetivo de caracterizar algunos aspectos del comportamiento de la intoxicación intencional suicida en adolescentes ingresados en la UCIP.

2.1. Aportes

- **Práctico:** al tratar algunos aspectos de la intoxicación intencional suicida en adolescentes podremos elevar la percepción de riesgo en la comunidad con respecto a los factores que inciden en la intención suicida entre adolescentes. De esta manera se identificarán precozmente los individuos con potencial para cometer actos de este tipo y tratarlos adecuadamente.
- **Teórico:** vinculación de la intoxicación intencional suicida con otras especialidades médicas como parte del manejo integral multidisciplinario que la misma requiere, comenzando desde la admisión del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- **Social:** identificación en la comunidad de los factores de riesgo potencialmente modificables, presentes en cada grupo social, y de esta manera lograr estilos de vida que conduzcan a un mejor estado de salud, tanto en la esfera individual como grupal, en aras de elevar el nivel de bienestar de la población en general.

- Científico: relación de los aspectos evaluados con otras ciencias como la Sociología y la Filosofía, partiendo del hecho de que la conducta suicida tiene una estrecha vinculación con formas alienadas de la conciencia social que determinan en gran medida la forma en que tanto el individuo como el grupo social perciben la realidad que los rodea, la interpretación y apropiación que hacen de la misma, y su influencia sobre el bienestar físico mental y social.
- Económico: los costos / pacientes se reducen al disminuir la incidencia de este tipo de intoxicación, así como los gastos por concepto de medicamentos, personal y otros recursos.
- Novedad: identificar factores de riesgo relacionados con el intento suicida en los adolescentes.

2.2. Descripción de la investigación

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el propósito de caracterizar algunos aspectos del comportamiento de la intoxicación intencional suicida en adolescentes ingresados en la UCIP del Hospital General Provincial Universitario “Roberto Rodríguez Fernández” de Morón, en el período comprendido entre el 1ro de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2009.

2.3. Universo y muestra

Constituido por 42 pacientes adolescentes que ingresaron con el diagnóstico de intoxicación intencional con ánimo suicida en la UCIP en el período de estudio.

2.4. Asignación al estudio

2.4.1. Criterios de inclusión

- Adolescentes con edades entre 10-18 años.
- Diagnóstico de intoxicación intencional suicida.
- Ingresados en la UCIP.
- Historias clínicas con la totalidad de los datos necesarios para la investigación.

2.4.2. Criterios de exclusión

- Diagnóstico de intoxicación intencional no suicida.
- Ingresados en salas de pediatría.
- Historias clínicas con datos incompletos para la investigación.

2.5. Definiciones en el estudio

Teniendo en cuenta que las intoxicaciones en esta edad son mayoritariamente por medicamentos y a algunas características propias de disponibilidad de los mismos en nuestro medio decidimos agruparlos en:

Psicofármacos: se incluyeron dentro de esta denominación todos los medicamentos clasificados como tal en el Formulario Nacional de Medicamentos.

Carbamazepina: se tuvo en cuenta este medicamento por la frecuencia de las intoxicaciones.

Otros medicamentos: se incluyó cualquier otro medicamento utilizado.

Otros productos: se consideraron las intoxicaciones por otros productos no medicamentosos.

Intoxicación monotóxica: intoxicación provocada por un solo tipo de tóxico.

Intoxicación politóxica: intoxicación provocada por dos a más tóxicos a la vez.

Evaluación por psiquiatría: se tuvo en cuenta que el paciente haya sido evaluado por el especialista de Psiquiatría durante su ingreso en la UCIP.

Ingreso por psiquiatría: se consideró como tal aquellos pacientes que requirieron una vez mejorados y egresados de la UCIP ingreso en la sala de adolescentes.

Factores de riesgo de suicidio: se tomaron en cuenta los factores identificados y registrados durante la evaluación psiquiátrica. Se clasificaron por el autor en biológicos, psicológicos, psicopatológicos y sociales.

2.6. Procedimiento, recolección y procesamiento de los datos

Para la realización de este estudio se consultaron los registros de morbilidad continua de los años 2000 – 2009 del Departamento de Estadística del Hospital General Provincial Universitario “Roberto Rodríguez Fernández” de Morón, de donde se obtuvo la información general de los pacientes ingresados en UCIP con

diagnóstico de intoxicación intencional suicida y se procedió posteriormente, previa coordinación y aprobación por la dirección del hospital y del consejo asesor científico, a la revisión de la totalidad de las historias clínicas, de donde se obtuvo la información necesaria. Para cada paciente se utilizó una planilla de recolección del dato primario, que fue confeccionado por el autor de acuerdo a los objetivos de la investigación (anexo 1). La revisión de las historias clínicas se realizó de manera minuciosa y detallada por el autor.

Una vez recopilada toda la información se procedió a realizar una base de datos en Microsoft Office Excel 2003, y los resultados fueron analizados y expuestos en cuadros y gráficos con expresión de las frecuencias absolutas y relativas.

2.7. Operacionalización de las variables por objetivos

1. Edad: (cuantitativa). Se dividió en tres grupos de edades.
 - Grupo de 10 – 12 años.
 - Grupo de 13-14 años. ;
 - Grupo de 15 a 18 años.
2. Sexo: (cualitativa nominal politómica). Se consideró.
 - Masculino.
 - Femenino.
3. Lugar de residencia: (cualitativa nominal politómica). Se clasificó de acuerdo a las características del lugar de procedencia.
 - Urbana.
 - Rural.
4. Tipo de tóxico: (cualitativa nominal politómica). Teniendo en cuenta que las intoxicaciones en esta edad son mayoritariamente por medicamentos y a algunas características propias de disponibilidad de los mismos en nuestro medio decidimos agruparlos en:
 - Psicofármacos.
 - Carbamazepina.
 - Otros medicamentos.

- Otros productos. Se consideraron las intoxicaciones por otros productos no medicamentosos.
5. Cantidad de tóxicos: (cuantitativa nominal).
 1. Intoxicación monotóxica.
 2. Intoxicación politóxicas.
 6. Evaluados por Psiquiatría: (cualitativa nominal politómica).
 - Evaluados.
 - No evaluados.
 7. Factores de riesgo de suicidio: (cualitativa nominal politómica). Se clasificaron en:
 - Biológicos.
 - Psicológicos.
 - Psicopatológicos.
 - Sociales.

2.8. Deontología médica

No se tuvo en cuenta el consentimiento informado para realizar el estudio por tratarse de un estudio retrospectivo.

CAPÍTULO III. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el cuadro 1 podemos apreciar que durante el período estudiado las intoxicaciones intencionales con fin suicida han representado un 21,1% del total de las intoxicaciones atendidas en la UCIP de nuestro hospital, notándose que en el último año (2009) existió una tendencia al incremento de las mismas reportándose un 29,4% al compararlo con los dos últimos años (2007-2008). Comparando los resultados de este estudio con otros estudios que la sitúan entre un 10-15 % del total de las intoxicaciones, en la investigación que realizamos supera esta cifra pues constituyó en todo el período un 21,1% dentro de las intoxicaciones (1, 2, 17). Este comportamiento esta avalado por la tendencia actual al incremento del suicidio y del intento suicida (19-20).

INGRESOS.

AÑO.	T. INTOX.		T. INTOX. INTENCIONAL SUICIDA.	
	No		No	%
2000	26		3	11,5
2001	18		4	22,2
2002	25		4	16,0
2003	15		3	20,0
2004	23		5	21,7
2005	13		3	23,0
2006	18		6	33,0
2007	24		5	20,8
2008	20		4	20,0
2009	17		5	29,4
TOTAL.	199		42	21,1

Cuadro 1. Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital General Provincial Universitario “Roberto Rodríguez Fernández”. 2000-2009. Fuente: Historia Clínica y modelo cuestionario.

Según lo expuesto en el cuadro 2 el grupo de edades más comprometido en la intoxicación intencional suicida atendida en el servicio fue el de 15-18 años

correspondiendo a este grupo el 47,6% de las mismas. Predominó en este grupo comprendido en la fase tardía de la adolescencia, no correspondiendo los resultados de este estudio con la mayor parte de los autores quienes reportan que el intento suicida es mayor en la fase temprana de la adolescencia (3, 13, 21).

GRUPOS DE EDAD. (AÑOS)	No	%
10 - 12	7	16,6
13 - 14	15	35,8
15 - 18	20	47,6
TOTAL.	42	100,0

Cuadro 2. Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Grupos de edad. Fuente: Historia Clínica y modelo cuestionario.

El sexo femenino resultó el más implicado en la intoxicación intencional suicida (88,0%) como se muestra en el cuadro 3, al respecto se plantea en otros trabajos que la relación hembras/varones está en el rango 3:1 para el intento, lo que implica el amplio margen de positividad. Además por lo general las féminas utilizan métodos de menos potencialidad (21, 23, 28).

SEXO.	No	%
MASCULINO.	5	12,0
FEMENINO.	37	88,0
TOTAL.	42	100,0

Cuadro 3. Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Sexo. Fuente: Historia Clínica y modelo cuestionario.

El cuadro 4 muestra que el mayor número de adolescentes intoxicados procedía de un área de residencia urbana, constituyendo el 71,5% del total. De manera general existe un amplio consenso en cuanto a esta variable epidemiológica se refiere en los diferentes reportes revisados. A favor de este fenómeno se señala algunos aspectos como el proceso de migración interna de los adolescentes de las zonas rurales hacia las urbanas, lo cual incrementa la densidad poblacional de adolescentes en las mismas, y esto se ve sobre todo de manera muy marcada en las regiones de América Latina y el Caribe según publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo cual se sustenta en un mayor número de fuentes de empleo, mejores posibilidad para la educación y la percepción no siempre real de una mayor calidad de vida en las áreas más cosmopolitas (21).

ÁREA DE RESIDENCIA.	No	%
URBANA.	30	71,5
RURAL.	12	28,5
TOTAL.	42	100,0

Cuadro 4. Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Área de residencia. Fuente: Historia Clínica y modelo cuestionario.

Como se indica en el cuadro 5 el mayor número de intoxicaciones intencionales suicidas en adolescentes se produjo por medicamentos, siendo los psicofármacos los mayormente usados (79,1%) seguidos de la Carbamazepina que fue utilizada en el 52,3%. A nivel internacional se señala que los fármacos constituyen los tóxicos de preferencia que se reportan en las intoxicaciones con fines suicidas. Existe uniformidad en los reportes que refieren que son los psicofármacos los medicamentos más utilizados en estas, predominando sobre otros grupos de medicamentos. Como es lógico, las estadísticas varían de un país a otro en dependencia de su uso, control y disponibilidad (19, 21, 24, 29). En cuanto a los resultados obtenidos en nuestro trabajo con la Carbamazepina, podemos señalar que en un estudio realizado en el CENATOX, este medicamento antiepiléptico

encabezó la lista de medicamentos más frecuentes en la producción de intoxicaciones en edades pediátricas (25). Consideramos que este resultado responde a la alta disponibilidad de este fármaco teniendo en cuenta la diversificación de usos en el tratamiento de la epilepsia y algunas afecciones neurológicas y psiquiátricas.

TIPO DE TÓXICO.	No	%
n= 42		
PSICOFARMACOS.	32	79,1
CARBAMAZEPINA.	22	52,3
OTROS MEDICAMENTOS.	17	40,4
OTROS PRODUCTOS.	2	4,7

Cuadro 5. Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Tipo de tóxico utilizado.
Fuente: Historia Clínica y modelo cuestionario.

Con respecto al número de tóxicos empleados como muestra el cuadro 6 las intoxicaciones politóxicas fueron las de mayor índice (57,1%), lo cual concuerda con otros estudios (21). Se señala que la intoxicación polimedamentosa la utilizan más las adolescentes siendo los medicamentos relacionados con el SNC los de mayor uso y aunque son menos frecuentes, su gravedad es mayor teniendo en cuenta el efecto aditivo y el sinergismo de algunas drogas (5, 30).

CANTIDAD DE TÓXICOS.	No	%
MONOTÓXICO.	18	42,9
POLITÓXICOS.	24	57,1
TOTAL.	42	100,0

Cuadro 6. Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Cantidad de tóxicos.
Fuente: Historia Clínica y modelo cuestionario.

Un número importante de pacientes (69,0%), fueron evaluados durante su ingreso en UCIP por Psiquiatría según los resultados expuestos en el cuadro 7. Los resultados de esta investigación coinciden en muchos aspectos estudiados a los referidos por otros autores, sin embargo consideramos de importancia especial tener en cuenta la evaluación por Psiquiatría desde la propia UCIP, lo cual permite la inmediata identificación de factores de riesgo que inciden en la génesis de la conducta suicida. También debemos resaltar el hecho de que esta intervención temprana por parte del psiquiatra sumado al equipo multidisciplinario de atención del paciente intoxicado con fin suicida, contribuye a una atención más integral e inclusive a continuar su asistencia en un servicio de psiquiatría en caso que el paciente lo requiera. Cazado Flores señala que el manejo del paciente con una intoxicación grave debe incluir el abordaje tanto médico como psico-social (7).

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA.	No	%
EVALUADOS.	29	69,0
NO EVALUADOS.	13	31,0
TOTAL.	42	100,0

Cuadro 7. Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Evaluación Psiquiátrica. Fuente: Historia Clínica y modelo cuestionario.

Entre los factores de riesgo mayormente identificados en este trabajo (cuadro 8), podemos mencionar las familias disfuncionales (68,9%), antecedentes familiares de trastornos mentales (65,5%), los trastornos de conductas (62,9%), la depresión (58,6%), los trastornos de la personalidad ((51,7%) y la disciplina rígida (51,7%). Es importante referir que varios de estos factores pueden coexistir en un mismo paciente y que se interrelacionan entre ellos dando el carácter multifactorial del suicidio. También esto refuta la teoría popular de que todo paciente con una conducta suicida debe ser portador de un trastorno psiquiátrico. Es válido resaltar que los intentos suicidas anteriores son considerados por algunos autores como un signo ominoso (31). Garrido Romero plantea que de los pacientes con intento

suicida la tercera parte lo repite. En otros estudios existe diversidad de criterios situándolos en un rango entre 10-40% (12, 21, 25).

FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS.		
n= 29		
	No	%
Biológicos.		
Epilepsia.	5	17,2
Psicopáticos y Psicológicos.		
Intento suicida.	6	20,6
Trastorno de la conducta.	18	62,0
Depresión.	17	58,6
Trastorno de la personalidad.	15	51,7
Frustración.	6	20,6
Sociales.		
Familias disfuncionales.	20	68,9
Conducta suicida familiar.	6	20,6
Disciplina rígida.	15	51,7
APF de trastornos mentales.	19	65,5
Sobre protección.	5	17,2
Esfera escolar.	14	48,2

Cuadro 8. Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Factores de riesgo identificados en la evaluación psiquiátrica. Fuente: Historia Clínica y modelo cuestionario.

CONCLUSIONES

- Los aspectos evaluados en el estudio no difieren de los resultados expresados por otros autores, con la excepción del grupo de edad de 15-18 años y la cantidad de tóxicos (politóxicas).
- La intoxicación intencional suicida constituye un problema en la salud del adolescente cuya morbilidad está en ascenso.
- La valoración por psiquiatría es imprescindible en estos pacientes, debiendo ser oportuna, lo que permite detectar estados psicopáticos que requieren ingreso por la especialidad.
- La identificación de los factores de riesgo tiene una importante implicación clínica en la génesis y prevención de la conducta suicida.

RECOMENDACIONES

- Realizar estudios sobre el tema donde se incluyan factores relacionados con la gravedad de la intoxicación intencional suicida.
- Crear nuevas estrategias para la implementación de programas más eficaces en la prevención de la conducta suicida.

BIBLIOGRAFIA

- 1- New York Academy of Medicine. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. December 2009; 76(4):512-4.
- 2- Ortega Villalobos J. Estudio sobre intoxicaciones. México DF. Agosto 2000 (citado febrero 16-2001) disponible en: www.elmedico.net
- 3- Álvarez Beleti N. Intoxicaciones exógenas agudas en el servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital "Luis Díaz Soto". Tesis para optar por el título de especialista de 1er grado en Pediatría. 1999.
- 4- Rojo Casares I, Pérez Orta A.M, Zayas Mujica R. Intoxicaciones Exógenas Agudas. En: MINSAP. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud del Adolescentes. La Habana: MINSAP; Mintegui S. Urgencias Pediátricas en Hospital de Cruces. España. An Pediatr. 2000; 45:282-292.
- 5- Arlaes Nápoles L, Hernández Sorí G., Álvarez Concepción d., Cañizares García T., Conducta suicida factores de riesgo asociados. Rev Cubana Med Integr 2008,14(2):122-6.
- 6- Rodríguez Méndez O et al. Conducta y factores de riesgo en la adolescencia: Suicidio. En: MINSAP. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud del Adolescentes. La Habana: MINSAP; 2008
- 7- Molina J.C. Intoxicaciones Agudas. En: Casado Flores J, Serrano A. Urgencias y tratamiento del niño grave. Madrid, España. Ed Ergón; 2000: 503-9.
- 8- MINSAP. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud del Adolescente. La Habana, Cuba: MINSAP; 2007.
- 9- Crespo J.M, Soria J. Suicidio e intento de suicidio. En: Manual del Residente y sus áreas específicas.. Madrid, España. Ed Norma; 2007: 1646-49.
- 10- Pérez Barrero A. El suicidio, comportamiento y prevalencia. Santiago de Cuba. Ed Oriente; 2006.
- 11- Mandomingo S et al. Intento de suicidio en la infancia y la adolescencia. Factores de Riesgo. An Pediatr. 1992; 76(6): 429-432. Pineda Pérez S, Aliño Santiago M. El concepto de Adolescencia. En: MINSAP. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud del Adolescentes. La Habana. MINSAP; 1999: 15-22.

- 12- Cruz Hernández M. Adolescencia. En: Tratado de Pediatría. Cuba. Ed Ciencias Médicas; 2006: 955-966.
- 13- Martínez Vásquez N, Córdova Vargas L. Situación de Salud del Adolescente Cubano. En: MINSAP. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud del Adolescentes. La Habana. MINSAP; 2006: 24-35.
- 14- Comisión Nacional de Terapia Intensiva Pediátrica. Atención al niño y al adolescente con intento suicida. En: Guías de Prácticas Clínicas de Terapia Intensiva Pediátrica. La Habana. Ed Política. 2001: 128-131.
- 15- Rojo Casares I. Intoxicación Exógena en Pediatría. En: Guías de Prácticas Clínicas de Terapia Intensiva Pediátrica. La Habana. Ed Política. 2005: 58-87.
- 16- Rusa F. Tratamiento general del paciente intoxicado. En: Tratado de Cuidados Intensivos Pediátricos. Madrid, España. 2004: 965.
- 17- Del Campo Molina E, García Delgado F. Estudio Descriptivo general de intoxicaciones agudas en el hospital clínico de Barcelona. España. CIMC 2000 (citado Enero 14 - 2001) disponible en: www.med0008733narcom.es
- 18- Center for Disease Control and Prevention Screening Young and Children for Poisoning: Guidance for State and Local Public Health Office. Nov 1997 (citado Enero 26- 2000) disponible en: www.cdc.gov
- 19- Sosa A. Urgencias Psiquiátricas en la primera atención. Neuropsiquiatría. En: Urgencias Médicas. Guía de Primera Atención. La Habana, Cuba. Ed Eci Med. 2004: 122-125.
- 20- Mandomingo S. Suicidio e intentos de suicidio. Madrid, España. Ed Díaz Santos. 1994: 495-519.
- 21- MINSAP. Centro para el desarrollo de la farmacodependencia. Psicofármacos. En: Formulario Nacional de Medicamentos. La Habana, Cuba. Ed Eci Med. 2006: 447-476.
- 22- Celis A, Gómez-Lomelí Z, J. Tendencias de mortalidad por traumatismos y envenenamientos en adolescentes. México, 1979-1997. Salud Pública de México 2008; 45(supl 1).
- 23- Ríos JC. Epidemiología de las Intoxicaciones que generaron llamadas durante el año 2004 al Centro de Información Toxicológica (CITUC) de la Pontificia

Universidad Católica de Chile. Región Metropolitana. Cuad Méd Soc (Chile) 2005; 45: 256–268.

24- Mandomingo J.M, Catalina M. L. Factores de riesgo en los intentos suicidas en los adolescentes. An Esp. Pediatr. 2007; 2: 148-150.

25- Garrido Romero R, García JJ, Carballo Ruano E, Luaces Cubells C, Alda Díez JA, Pou Fernández J. Intoxicaciones voluntarias como intento de suicidio. An Esp Pediatr 2006; 53: 213-216.

26- Martínez Jiménez A, Moracén Disotuar I, Madrigal Silveira M, Almenaga Aleaga M. Comportamiento de la conducta suicida Infanto Juvenil. Rev. Cub. Med Gen Integr 1998; 14(6) 554-559.

27- Peña Galván LY, Casa Rodríguez L, Padilla de la Cruz M, Arencibia Gómez T, Gallardo Álvarez M, Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes Rev Cubana Med Milit. 2002(3); 182-7.

28- Brasil. Sistema Nacional de Información Toxicológica. Estadística Anual de Casos de Intoxicación. Río de Janeiro, 2007. Fio cruz. 2007: 6-17.

29- Eduardo I. M, Martínez C, Ramírez SM. Eventos tóxicos en la infancia según consultas telefónicas atendidas en el CENATOX (1994-1997). Rev Cubana Pediatr. 1999; 7 (2): 80-5.

30- Nogué S. Bases del tratamiento de las intoxicaciones agudas. Med Clin (Barc). 2009; 93: 68-75.

31- Barkin RM, Rosen P. Urgencias pediátricas. Guía para el tratamiento Madrid, España. Ed Horcourt Mosby SA, 2006: 775-776.

Anexo1. MODELO DE RECOLECCION DEL DATO PRIMARIO

I- GENERALES.

➤ Nombre del paciente:

➤ Edad (al momento del evento): _____

➤ Sexo: _____

➤ Lugar de residencia:

➤ Área urbana: _____ Área Rural: _____

II- RELACIONADO CON EL TOXICO.

➤ Psicofármacos: _____

➤ Carbamazepina: _____

➤ Otros medicamentos: _____

➤ Otros productos: _____ ¿Cuál?

➤ Intoxicación monotóxica: _____

➤ Intoxicación politóxicas: _____

III- PSIQUIATRÍA.

➤ Evaluación por Psiquiatría: Si ___ No ___

➤ Requirió ingreso por psiquiatría: Si ___ No ___

➤ Factores de Riesgo: Si ___ No ___ ¿Cuál (es)?

IV- Clasificación de los factores de riesgo.

A- Biológicos.

➤ Enfermedades malignas.

➤ Enfermedades crónicas.

➤ Minusvalía física.

B- Psicológicos y psicopáticos.

➤ Autoimagen pobre.

➤ Frustración.

➤ Desesperanza.

➤ Impulsividad.

➤ Trastornos del humor distímico (Depresión).

➤ Trastornos incipientes de la personalidad.

➤ Trastornos de conducta.

➤ Trastornos de adaptación.

➤ Trastornos de la personalidad.

➤ Esquizofrenia.

➤ Conducta suicida.

C- Sociales.

- Familiares.
- Familia disfuncional.
- Familiares con alteraciones psiquiátricas.
- Familiares con conducta suicida.
- Ausencia de madre y/o padre.
- Disciplina rígida.
- Sobreprotección.
- Escolar.
- Deserción escolar.
- Bajo rendimiento escolar.
- Dificultades en relaciones con profesores.
- Inadaptación a regímenes escolares.

Cuadro 1. Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital General Provincial Universitario “Roberto Rodríguez Fernández”. 2000-2009.

INGRESOS.			
AÑO.	T. INTOX.	T. INTOX. INTENCIONAL SUICIDA.	
	No	No	%
2000	26	3	11,5
2001	18	4	22,2
2002	25	4	16,0
2003	15	3	20,0
2004	23	5	21,7
2005	13	3	23,0
2006	18	6	33,0
2007	24	5	20,8
2008	20	4	20,0
2009	17	5	29,4
TOTAL.	199	42	21,1

Fuente: Historia Clínica y modelo cuestionario.

Leyenda: Total de intoxicaciones (T. Intox.).

Total de intoxicaciones intencional suicida (T. Intox. Inten. Suicida).

Cuadro 2. Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Grupos de edad.

GRUPOS DE EDAD. (AÑOS)	No	%
10 - 12	7	16,6
13 - 14	15	35,8
15 - 18	20	47,6
TOTAL.	42	100,0

Fuente: Historia Clínica y modelo cuestionario.

Cuadro 3. Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Sexo.

SEXO.	No	%
MASCULINO.	5	12,0
FEMENINO.	37	88,0
TOTAL.	42	100,0

Fuente: Historia Clínica y modelo cuestionario.

Cuadro 4. Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Área de residencia.

ÁREA DE RESIDENCIA.	No	%
URBANA.	30	71,5
RURAL.	12	28,5
TOTAL.	42	100,0

Fuente: Historia Clínica y modelo cuestionario.

Cuadro 5. Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Tipo de tóxico utilizado.

TIPO DE TÓXICO.	No	%
	n= 42	
PSICOFARMACOS.	32	79,1
CARBAMAZEPINA.	22	52,3
OTROS MEDICAMENTOS.	17	40,4
OTROS PRODUCTOS.	2	4,7

Fuente: Historia Clínica y modelo cuestionario.

Cuadro 6. Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Cantidad de tóxicos.

CANTIDAD DE TÓXICOS.	No	%
MONOTÓXICO.	18	42,9
POLITÓXICOS.	24	57,1
TOTAL.	42	100,0

Fuente: Historia Clínica y modelo cuestionario.

Cuadro 7. Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Evaluación Psiquiátrica.

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA.	No	%
EVALUADOS.	29	69,0
NO EVALUADOS.	13	31,0
TOTAL.	42	100,0

Fuente: Historia Clínica y modelo cuestionario.

Cuadro 8. Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Factores de riesgo identificados en la evaluación psiquiátrica.

FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS.		
n= 29		
	No	%
Biológicos.		
Epilepsia.	5	17,2
Psicopáticos y Psicológicos.		
Intento suicida.	6	20,6
Trastorno de la conducta.	18	62,0
Depresión.	17	58,6
Trastorno de la personalidad.	15	51,7
Frustración.	6	20,6
Sociales.		
Familias disfuncionales.	20	68,9
Conducta suicida familiar.	6	20,6
Disciplina rígida.	15	51,7
APF de trastornos mentales.	19	65,5
Sobre protección.	5	17,2
Esfera escolar.	14	48,2

Fuente: Historia Clínica y modelo cuestionario.

