

# Intoxicaciones voluntarias como intento de suicidio

R. Garrido Romero<sup>a</sup>, J.J. García García<sup>a</sup>, E. Carballo Ruano<sup>a</sup>, C. Luaces Cubells<sup>a</sup>, J.A. Alda Díez<sup>b</sup> y J. Pou Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Sección de Urgencias. Servicios de Pediatría y <sup>b</sup>Psiquiatría. Unidad Integrada de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic. Universitat de Barcelona.

(An Esp Pediatr 2000; 53: 213-216)

## Antecedentes

La intoxicación voluntaria como intento de suicidio es actualmente un problema importante entre la población adolescente. La tentativa de suicidio es la urgencia psiquiátrica más frecuente en la adolescencia. Presentamos nuestra experiencia sobre intoxicaciones voluntarias durante un período de 2 años.

## Material y métodos

Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes ingresados por intoxicaciones voluntarias desde enero de 1996 hasta diciembre de 1997. Se analizan: sexo, edad y hora de la intoxicación, antecedentes de hábitos tóxicos, controles psiquiátricos o intoxicaciones previas, tipo y obtención del tóxico utilizado, sintomatología presentada en el momento de acudir a urgencias, actitud terapéutica y exploraciones complementarias más utilizadas, y días de estancia hospitalaria.

## Resultados

Durante el período de estudio ingresaron 46 pacientes. La edad mediana fue de 15,6 años, siendo más frecuente en el sexo femenino (40 casos) (87%). Un 60,9% (28 casos) había sido controlado previamente en algún servicio de psiquiatría. El tóxico utilizado fue de naturaleza farmacológica, y es obtenido en 38 pacientes (82,6%) del botiquín del hogar. En 22 casos (47,8%) se trata de intoxicación múltiple. El 13% (6 pacientes) requirió hospitalización en cuidados intensivos. La duración media de la estancia hospitalaria fue de 3 días.

## Comentarios

Las intoxicaciones voluntarias como intento de suicidio representan un problema importante entre la población adolescente, y sobre todo entre las adolescentes de sexo femenino. La identificación de la población de riesgo sería la mejor medida preventiva, constituida por adolescentes, de sexo femenino en su mayoría, con depresión, trastornos de la conducta alimentaria o tentativas de suicidio anteriores.

## Palabras clave:

*Adolescencia. Conducta suicida. Intoxicación.*

## VOLUNTARY INTOXICATION AS A FORM OF ATTEMPTED SUICIDE

### Objective

Voluntary intoxication as form of attempted suicide is currently a significant problem among the teenage population. Suicide attempt is the most frequent psychiatric emergency in adolescents. We present our 2-year experience of voluntary intoxication in a pediatric population.

### Material and methods

Retrospective and descriptive study of patients admitted because of voluntary intoxication in our center from January 1996 to December 1997. We analyzed age, sex, approximate time of intoxication, toxic habit antecedents, psychiatric evaluations or previous intoxications, type of toxic substance and method of obtaining it, symptomatology on arrival at the emergency department, therapeutic attitude and most common complementary examinations, and days of hospital stay.

### Results

Forty-six patients with voluntary intoxication were admitted during the study period. The mean age was 15.6 years; 40 patients (87%) were female. Twenty-eight patients (60.9%) had previously been evaluated in a psychiatric department. The toxic substance used was of pharmacological origin, and in 38 patients (82.6%) it was obtained from the home first-aid kit. In 22 patients (47.8%) intoxication was due to multiple drugs. Six patients (13%) required admission to the pediatric intensive care unit. Mean duration of admission was 3 days.

**Correspondencia:** Dr. C. Luaces Cubells. Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Pg. Sant Joan de Déu, 2. 08950 Esplugues de Llobregat. Barcelona.

Recibido en noviembre de 1999.

Aceptado para su publicación en junio de 2000.

**Comments**

**Voluntary intoxication as a form of attempted suicide is a significant problem among the teenage population, especially among teenage girls. The best preventive measure would be identification of the at-risk population, which consists mainly of teenage girls with depression, eating disorders, or previous suicide attempts.**

**Key words:**

*Adolescence. Suicidal behaviour. Intoxication.*

**INTRODUCCIÓN**

En la mayoría de los países europeos el suicidio representa la segunda causa de muerte entre los adolescentes de edades comprendidas entre 15 y 19 años<sup>1-3</sup>. Existen diferentes tipos de conducta suicida, como son las de individuos con ideas suicidas sin ningún proyecto, los proyectos de suicidio no llevados a cabo y las tentativas de suicidio<sup>3</sup>. Diferentes estudios demuestran la prevalencia más elevada de ideas suicidas y de tentativas de suicidio entre los adolescentes de sexo femenino<sup>1,3</sup>. También está documentada la relación existente entre las conductas suicidas y las enfermedades psiquiátricas, y entre las conductas suicidas y otros problemas de salud, así como la relación con comportamientos de riesgo como el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas y la delincuencia<sup>1</sup>. Es evidente la existencia de factores familiares que predisponen a la conducta suicida, tales como la violencia intrafamiliar, las enfermedades psiquiátricas y el abuso de alcohol en los padres<sup>1,3</sup>.

La suma de varios de estos factores es lo que predispone a la tentativa de suicidio. Entre los jóvenes que han cometido una tentativa de suicidio, un tercio vuelve a intentarlo y la mitad no será capaz de establecer relaciones afectivas estables<sup>3</sup>.

El método de tentativa de suicidio más utilizado es la ingesta de medicamentos. Presentamos nuestra experiencia sobre intoxicaciones voluntarias en una población pediátrica durante un período de 2 años.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se presenta un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes que consultan en el servicio de urgencias del Hospital Sant Joan de Déu por intoxicaciones voluntarias, durante el período de tiempo comprendido entre enero de 1996 y diciembre de 1997. Todos los pacientes que consultan por este motivo fueron ingresados. Se analizan: sexo, edad, hora aproximada de intoxicación, antecedentes de hábitos tóxicos, controles psiquiátricos o intoxicaciones previas, tipo y obtención del tóxico utilizado, sintomatología inicial en el momento de acudir a urgencias, actitud terapéutica y exploraciones complementarias más utilizadas, y días de estancia hospitalaria.

**RESULTADOS**

Durante este período de estudio ingresaron 46 pacientes con intoxicación voluntaria. La mediana de edad fue de 15,6 años (rango: 11,5-18), siendo más frecuente en el sexo femenino (40 pacientes) (87%).

En 44 casos (95,6%) la intoxicación se produjo en el propio domicilio del paciente. El tiempo transcurrido entre la ingesta del tóxico y la consulta al servicio de urgencias oscila entre 30 min y 12 h. Más de la mitad de los casos (64%) se presentaron en la franja horaria comprendida entre 16:00 y 4:00 (tabla 1). En 16 pacientes (34,8%) el factor desencadenante que provoca el intento de suicidio es algún problema de tipo familiar. Otros motivos son los problemas sentimentales (6 pacientes, 13%), problemas escolares (5 pacientes, 10,9%) y otras causas, como embarazo no deseado (2 casos), obesidad o anorexia (tabla 2).

Un total de 28 pacientes (60,9%) habían sido controlados previamente por algún servicio de psiquiatría. Las razones más frecuentes de este control fueron los intentos previos de suicidio (16 pacientes), trastornos de la conducta alimentaria (10) y depresión (6). Sólo 2 de ellos (4,3%) reconocían tener hábitos tóxicos (consumo de alcohol y *Cannabis*) y 16 (34,8%) referían intoxicaciones voluntarias previas (tabla 3). En todos los pacientes el tóxico utilizado fue farmacológico, obtenido en el 82,6% de los casos del botiquín del hogar (38 casos); en el 13% restante (6 casos) se trataba de medi-

**TABLA 1. Distribución según la hora de intoxicación**

	Número
0-4	4
4-8	1
8-12	3
12-16	8
16-20	8
20-24	10

**TABLA 2. Factores desencadenantes**

	Número	Porcentaje
Familiares	16	34,8
Sentimentales	6	13
Escolares	5	10,9
Otros	19	41,3

**TABLA 3. Antecedentes personales**

	Número	Porcentaje
Hábitos tóxicos	2	4,3
Antecedentes psiquiátricos	28	60,9
Intoxicaciones previas	16	34,8

**TABLA 4. Obtención del tóxico**

	Número	Porcentaje
Botiquín del hogar	38	86,4
Medicación propia	6	13,6

TABLA 5. Tipo de tóxico utilizado

	Número	Porcentaje
Múltiple	22	48
Benzodiacepinas	13	28
Paracetamol	4	9
Antidepresivos	2	4
Ácido acetilsalicílico	1	2
Otros	4	9

cación propia del paciente (tabla 4). El 47,8% de las intoxicaciones (22 casos) fue de carácter múltiple (combinación de benzodiacepinas, antidepresivos o antiinflamatorios), seguida de benzodiacepinas en 13 casos (28,3%), paracetamol en 4 (8,7%) y antidepresivos en 2 (4,3%). Otros fármacos utilizados con menos frecuencia fueron ácido acetilsalicílico, antibióticos, antihistamínicos y anticomiciales (tabla 5).

El 52,2% de los pacientes (24 casos) se encontraban asintomáticos en el momento de acudir a urgencias. El 47,8% (22 pacientes restantes) presentaron sintomatología inicial, predominando la de tipo neurológico (81,3% de los casos sintomáticos), como somnolencia, ataxia, hipotonía y midriasis. Otros síntomas observados fueron de naturaleza respiratoria (13,6%), como sensación de dificultad respiratoria, y digestiva (9%), en forma de náuseas y vómitos.

El 74% (34 pacientes) recibieron algún tratamiento en urgencias, siendo el lavado gástrico la práctica terapéutica más utilizada (67,7%), seguido de la administración de carbón activado (41,2%). El antídoto se utilizó en el 24,4% de los casos tratados (10 pacientes). Debido a que el tipo de fármaco involucrado en la mayoría de los casos fueron las benzodiacepinas, el antídoto utilizado fue el flumazenilo. El 26% restante de los pacientes (12 casos) no recibieron tratamiento porque estaban asintomáticos, porque la cantidad de tóxico ingerida era escasa, o bien porque eran remitidos desde otro centro hospitalario donde ya habían recibido asistencia previamente.

En 36 casos (78,3%) se solicitaron exploraciones complementarias en urgencias. El análisis toxicológico fue la exploración más solicitada (el 83,4% de todos los exámenes complementarios). Se determinaron concentraciones plasmáticas de paracetamol, benzodiacepinas, etanol, barbitúricos, salicilatos y opiáceos. En 3 pacientes se solicitó, además, un electrocardiograma (ECG), ya que el fármaco utilizado era potencialmente cardiotoxico (carbamacepina y fluoxetina).

Todos los pacientes que acudieron a urgencias por intento de suicidio fueron ingresados y valorados por psiquiatría. Entre los ingresos, 6 pacientes (13%) requirieron hospitalización inicial en cuidados intensivos y 7 (15,2%) en psiquiatría. No hubo ningún caso de muerte. La mediana de duración del ingreso fue de 3 días (P25: 2; P75: 6).

## DISCUSIÓN

La adolescencia es un período caracterizado por numerosos cambios, lo que puede comportar situaciones estresantes y problemas de maladaptación. La intoxicación voluntaria con fines suicidas es un problema importante entre la población adolescente. Existen diferentes estudios que investigan los motivos que llevan a los adolescentes a la tentativa de suicidio, y demuestran que éste es valorado como un mecanismo de escape ante una situación problemática<sup>1-3</sup>.

La conducta suicida es la urgencia psiquiátrica más frecuente entre la población adolescente. La bibliografía constata que las ideaciones y las tentativas suicidas son más frecuentes entre los jóvenes de sexo femenino<sup>3,4,6</sup>, tal como ocurre en nuestra serie (87% de los casos). Éstas presentan más frecuentemente problemas de salud o conductas de riesgo, como el uso de medicamentos, enfermedades crónicas y signos de depresión.

El servicio de urgencias es con frecuencia el primer punto de contacto entre el adolescente con intento de suicidio y la asistencia clínica, lugar donde se procede a la estabilización médica antes de recibir valoración psiquiátrica<sup>3</sup>. Una de las principales preocupaciones de los médicos después de dar el alta hospitalaria al adolescente con conducta suicida es la existencia de la probabilidad de que el paciente repita la tentativa de suicidio. Las tasas de reintentos de suicidio en adolescentes están cifradas alrededor del 6-14% durante el primer año de seguimiento<sup>3,8,9</sup>, aunque en nuestra serie hasta el 34,8% de los adolescentes había presentado previamente algún intento de suicidio. Los varones presentan más repetición de intento de suicidio que las mujeres, y los adolescentes de mayor edad también presentan mayor incidencia que los más jóvenes. Por otro lado, la tasa de adolescentes que acaban consumando el suicidio varía según las diferentes revisiones (0,09-1,89%). Entre las tentativas de suicidio las más frecuentes son por ingesta de medicamentos<sup>3,4,6</sup>.

En cuanto a la presencia de hábitos tóxicos, 2 de los adolescentes de nuestro estudio (el 4,3%) reconocían consumir habitualmente alcohol y *Cannabis*. Los factores que contribuyen a la aparición de abuso de sustancias entre la población pediátrica son múltiples<sup>5</sup>. Cuanto más precoz es la aparición de consumo de sustancias, mayor es el riesgo de consecuencias serias para la salud y de abuso de sustancias en la edad adulta. El uso de alcohol y drogas en la población adolescente lleva a un mayor riesgo de fracaso escolar, delincuencia, embarazo juvenil no deseado y depresión<sup>5,10-12</sup>.

Se pueden establecer unos factores predictivos de riesgo, ya que la adicción a sustancias se desarrolla a partir de una interacción compleja entre el individuo, la sustancia de abuso y el medio ambiente. La iniciación al primer uso de drogas está determinada por la interacción entre factores sociales, cognitivos, culturales y de

desarrollo de la personalidad. Las primeras influencias para el consumo de tabaco, de alcohol o de drogas pueden partir de la propia familia. Una serie de factores relacionados con el uso de drogas durante la adolescencia incluyen una imagen pobre de sí mismos, un progreso escolar reducido, el rechazo o también la sobreprotección por parte de los padres, historia de abusos, y divorcio de los padres.

En cuanto a los factores de prevención, es importante el papel de la salud pública, la psiquiatría, la psicología y la educación, que han participado en el desarrollo de factores de protección. Entender los factores de riesgo que llevan al adolescente al abuso de sustancias es de suma importancia para su temprana identificación y, por tanto, para la prevención de abuso de sustancias en este grupo de pacientes.

Todos estos datos poseen una importante implicación clínica, ya que la prevención del suicidio está basada en la identificación de la población de riesgo, constituida por individuos adolescentes, sobre todo de sexo femenino, con antecedentes de trastornos psiquiátricos, de la conducta alimentaria, o de intentos previos de suicidio. En este grupo hay que extremar las precauciones, eliminando la medicación que puedan encontrar a su alcance y limitando la prescripción de medicamentos.

En el servicio de urgencias, en este tipo de intoxicaciones es frecuente la necesidad de intervención terapéutica para estabilizar al paciente, la realización de exploraciones complementarias y el ingreso hospitalario. Una buena alternativa al ingreso tradicional lo constituyen las unidades de corta estancia, en las cuales podemos realizar el diagnóstico y el tratamiento de la intoxicación y un primer abordaje de la situación psiquiátrica del adolescente. A partir de aquí se puede establecer el recurso más apropiado para un posterior seguimiento. Es importante no descuidar estos aspectos,

ya que de la correcta organización de nuestro trabajo en equipo puede depender que nuevas tentativas de suicidio no acaben en suicidios consumados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mardomingo MJ, Catalina ML. Factores de riesgo en los intentos de suicidio del adolescente. *An Esp Pediatr* 1997; 2: 148-150.
2. Mardomingo MJ, Catalina ML. Intento de suicidio en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. *An Esp Pediatr* 1992; 36: 429-432.
3. Rey C, Michaud PA, Narring F, Ferron C. Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse: le rôle des médecins. *Arch Pédiatr* 1997; 4: 784-792.
4. Windle M, Windle RC. An investigation of adolescents' substance use behaviors, depressed affect, and suicidal behaviors. *J Child Psychol Psychiat* 1997; 38: 921-929.
5. Belcher H, Shinitzky H. Substance abuse in children. Prediction, protection and prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152: 952-960.
6. Shepherd G, Klein-Schwartz W. Accidental and suicidal adolescent poisoning deaths in the United States, 1979-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152: 1181-1185.
7. Borowsky I, Resnick M, Ireland M, Blum RW. Suicide attempts among American Indian and Alaska native youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 573-580.
8. Ottino J. Suicide attempts during adolescence: systematic hospitalization and crisis treatment. *Crisis* 1999; 20: 41-48.
9. Goldston DB, Daniel SS, Reboussin DM, Reboussin BA, Frazier PM, Kelley AE. Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 660-671.
10. Hodgman CH. Adolescent depression and suicide. *Adolesc Med* 1990; 1: 81-96.
11. Marcelli D. Suicide and depression in adolescents. *Rev Prat* 1998; 48: 1419-1423.
12. Mardomingo MJ. Suicidio e intentos de suicidio. En: Mardomingo MJ, editor. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1994; 499-519.