

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS**

**ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA**

**IDENTIFICACIÓN DE LAS INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS  
POR PSICOFÁRMACOS Y SU INJERENCIA CON EL SUICIDIO EN  
MUJERES MENORES DE 60 AÑOS DE EDAD PARA EL TERCER  
CUATRIMESTRE DEL 2019**

**MODALIDAD DE TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN MEDICINA Y  
CIRUGÍA**

**SUSTENTANTES**

**KAROL REBECA CERDAS ZAMORA**

**WALTER REMIK LOAIZA LEZAMA**

**TUTOR**

**DR HONORIO PÉREZ MARTÍNEZ**

**SEDE ARANJUÉZ**

**DICIEMBRE, 2019**

## Contenido

Tablas .....	4
Figuras.....	5
Dedicatoria y Agradecimiento .....	6
Resumen .....	7
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN .....	8
Planteamiento del Problema .....	8
Objetivo General .....	12
Objetivos Específicos .....	12
Antecedentes .....	13
Antecedentes internacionales .....	14
Antecedentes nacionales.....	16
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO .....	20
Clasificación de las intoxicaciones.....	20
Accidentales o involuntarias .....	20
Vía de entrada .....	20
Tiempo de exposición .....	21
Otras clasificaciones .....	22
Síndromes toxicológicos.....	24
Escala de severidad de las intoxicaciones.....	25
Medicamentos.....	27
Psicofármacos. ....	28
Anticonvulsivantes.....	28
Sedantes .....	30
Antipsicóticos .....	31

Ansiolíticos- Hipnóticos .....	33
Acciones iniciales de Auxilio en Intoxicación .....	34
Tratamiento de las intoxicaciones.....	35
Lavado Gástrico .....	36
Carbón activado .....	37
Otras técnicas .....	38
Antídotos.....	38
Suicidio.....	41
Epidemiología.....	42
Clasificación .....	44
Parasuicidio.....	45
Crisis suicidas .....	46
Suicidio consumado .....	46
Suicidio Frustrado .....	46
Tentativa de suicidio.....	47
La conducta suicida.....	47
Prevenición del suicidio.....	49
Factores.....	52
Factores Desencadenantes .....	52
Factores Individuales .....	52
Consumo de Alcohol.....	53
Depresión .....	55
Depresión y Conflictos Familiares.....	60
Factores Protectores .....	62
Intervenciones.....	62

Intervención de Planificación de Seguridad .....	64
Decisiones clínicas en relación con el suicidio .....	67
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>70</b>
Tipo de estudio .....	70
Área del estudio .....	70
Criterios de inclusión y exclusión .....	70
Criterios de inclusión .....	70
Criterios de exclusión .....	71
Fuentes de información .....	71
Categorías de Análisis .....	83
Categoría de Análisis 1: Intoxicación .....	84
Categoría de Análisis 2: Suicidio.....	84
Categoría de Análisis 3: Factores .....	84
<b>CAPÍTULO IV: ANALISIS Y RESULTADOS.....</b>	<b>85</b>
Edad promedio de mayor riesgo suicida.....	85
Fármacos más utilizados en intoxicaciones.....	91
Factores de Riesgo.....	95
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>104</b>
Conclusiones.....	104
Recomendaciones .....	107
Referencias .....	109

## Tablas

Tabla #.....	Página
Tabla1.Sindromes toxicológicos.....	25
Tabla2. Escala de severidad de las intoxicaciones.....	27
Tabla3. POISONING severidad.....	27
Tabla4. POISONING severidad 2.....	28
Tabla5. POISONING severidad 3.....	28
Tabla6 Antídotos y Tóxicos en Intoxicaciones.....	46
Tabla 7. Rol de los Neurotransmisores en paciente alcoholizado.....	58
Tabla 8. Criterios Depresión.....	60
Tabla 9. Recomendaciones para Uso de Fármacos en Depresión.....	63
Tabla 10. Cuadro Comparativo de Estudios sobre Intervenciones para Reducir Riesgo Suicidio.....	70
Tabla 11. Recomendaciones en Ideación Suicida.....	73
Tabla 7. Fuentes de información.....	71

## Figuras

Figura #.....	Página
Figura 1. Antipsicóticos Típicos y Atípicos.....	34
Figura 2. Clasificación del suicidio.....	48
Figura 3. Algoritmo Factores Riesgo Ideación Suicida.....	73
Figura 4. Gráfico por Rango Edades Suicidio en Mujeres Menores de 65 años.....	96
Figura 5. Gráfico de Intento de Suicidio en Mujeres Menores de 65 años.....	98
Figura 6. Número de casos Intoxicadas por Benzodiazepinas.....	101

## **Dedicatoria y Agradecimiento**

Este trabajo quiero dedicarlo a Dios ya que sin su ayuda nada sería posible, seguidamente quiero expresar mi mayor admiración, agradecimiento y gratitud hacia mi familia que ha sido mi mayor soporte en todos mis años de vida y siempre ha estado dispuesta a darlo todo para verme cumplir mis sueños.

Dedico también éste trabajo a todos los que en el camino me han brindado una mano amiga capaz de mantenerme en esta carrera y que han servido de soporte para ayudarme a alcanzar mis metas, a todos mis amigos, jefes, compañeros de trabajos y doctores, en especial a mi tutor de tesis Dr. Honorio Pérez Martínez que han contribuido a mi formación profesional y me han ayudado a crecer en muchos ámbitos de mi vida.

Por último pero no menos importante quiero expresarle mi agradecimiento a mi compañera de tesis Karol Cerdas Zamora por ayudarme a concluir este trabajo, ya que no habría sido lo mismo sin su ayuda.

***Remik Loaiza Lezama***

Primero que nada quiero agradecerle a Dios por permitirme llegar a esta etapa final, sin él no podría estar donde me encuentro; a mis padres por brindarme la oportunidad de seguir construyendo mis sueños ya que sin ellos no sería lo que soy.

A mis hermanos que son mi apoyo fundamental todos los días, también quiero expresar mi agradecimiento a mis compañeros de trabajo de la farmacia que mostraron siempre su ayuda de una manera desinteresada y sincera. A todas las personas que me han apoyado desde un inicio y en especial a mi tutor Dr Honorio Pérez Martínez por ser un buen guía en este proceso y mi formación profesional.

Por último agradecerle a mi compañero de tesis Remik Loaiza Lezama por su paciencia y su colaboración en este trabajo, sin él no habría sido lo mismo.

***Karol Cerdas Zamora***

## **Resumen**

El suicidio es un acto voluntario por el cual la persona se provoca daño con el fin de acabar con su vida; actualmente representa una de las principales causas de muerte a nivel mundial, se ha visto que cada día las cifras van en aumento y cada vez son más diversos los métodos usados por las mujeres.

Uno de los diagnósticos más hechos en este contexto es la intoxicación por medicamentos, por este motivo es que surge la necesidad de ampliar el panorama y tener conocimiento acerca de las herramientas y medidas que deben tomarse en el correcto abordaje de una persona en crisis.

La presente revisión bibliográfica se centra en identificar las intoxicaciones medicamentosas por psicofármacos y su injerencia con el suicidio en mujeres menores de 60 años de edad y en cómo el personal de salud puede intervenir a favor de una persona con factores de riesgo.

## **Summary**

Suicide is a voluntary act whereby the person is harmed in order to end his life; It currently represents one of the leading causes of death worldwide, it has been seen that the numbers are increasing every day and the methods used by women are increasingly diverse.

One of the most made diagnoses in this context is medication poisoning, which is why there is a need to broaden the picture and have knowledge about the tools and measures to be taken in the correct approach of a person in crisis.

This literature review focuses on identifying drug poisoning by psychoactive drugs and their injection with suicide in women under 60 years of age and how health personnel can intervene in favor of a person with risk factors.

## CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

### Planteamiento del Problema

Existen diferentes definiciones acerca de una intoxicación, se puede decir que es una respuesta fisiológica en el organismo causada por una sustancia nociva, la cual puede introducirse por vía digestiva, inhalada, por contacto o circulatoria. Según Melgar, (2013) la define:

Una intoxicación es la respuesta del organismo a la ingesta de sustancias tóxicas, que producen alteraciones de las funciones vitales, en las que se puede comprometer la vida. Por lo tanto, es una reacción fisiológica del cuerpo a una determinada sustancia dañina, que ingresó por una vía de entrada, que podría ser la oral, una inyección, la absorción por vía tópica, entre otras (p.1848).

Del texto anterior se infiere que la intoxicación únicamente es producida por una sustancia como tal, sin hacer énfasis en cantidad o propiedades de ella. Es importante destacar que potencialmente casi todas las sustancias conocidas pueden ocasionar daños o incluso muerte si su concentración en el cuerpo sobrepasa los límites tolerados. Por tanto, no es útil clasificarles en sustancias tóxicas e inocuas, pero si resulta útil hacerlo con respecto a su grado de toxicidad; y para ello, en la literatura se han descrito para cada sustancia niveles o parámetros basados en lo denominado dosis letal, que es aquella cuya administración causa la muerte.

A nivel mundial se ha convertido en un problema de salud pública y ante esta situación surgió la necesidad de crear entes que se encargaran de ofrecer información fiable en cuanto a riesgo, tratamientos y composiciones químicas. Es por esto que en la segunda mitad del siglo XX comenzaron a desarrollarse los centros de información toxicológica, actualmente la mejor base de datos que se dispone en el mundo es la norteamericana conocida por sus siglas en inglés “TESS” que significan “Toxic Exposure Surveillance System” (Morán, Martínez, Marruecos y Nogué, 2011, pp.27).

El exceso de sustancias ha sido objeto de amplio estudio, no sólo por las repercusiones orgánicas sino a modo de prevención con la búsqueda de sustancias que reviertan sus efectos

llamadas antídotos. La industria química y farmacéutica constituye pilares fundamentales y tienen como reto en la actualidad la creación de éstas sustancias, así como la mejor vía de administración tanto de casos agudos como crónicos.

Las intoxicaciones medicamentosas se pueden dar por uno o más fármacos, siendo más frecuente la causa de intento de autoeliminación las que son por varios medicamentos. Según Mintegi, (2012) “están implicados en el 25% de las intoxicaciones con fin autolítico. Son intoxicaciones de difícil manejo y que, en muchas ocasiones, precisan de un manejo intrahospitalario” (p.6).

Respecto a la cita anterior se puede deducir que cuando éstas se dan por una tentativa de suicidio generalmente van a representar un mayor gasto al sistema de salud, debido a que, requieren un manejo más específico y por lo tanto es a nivel intrahospitalario. El estudio se encuentra dirigido a la población femenina, por medio de la revisión sistemática de las últimas publicaciones realizadas sobre el tema, sin embargo, de acuerdo a la interpretación de los casos y resultados de los reportes, las recomendaciones se amplían a la población en general debido a sus alcances a nivel social.

La importancia radica no sólo en las consecuencias en la salud de cada persona y su círculo social más cercano, sino en la forma de impacto a nivel socioeconómico. Se pretende que se logren identificar personas expuestas o con una conducta más atípica y sus factores desencadenantes de intento de suicidio.

Para Jiménez y Palomo (2009) los desencadenantes se pueden definir como “(...) la intensidad de los lazos sociales son una fuerza social capaz de influir en el comportamiento de los individuos, y en concreto en la posibilidad de cometer suicidio” (p.68).

Actualmente esta problemática ha tomado mucha fuerza debido al alto acceso de los diversos medicamentos para la población general, de los cuales varios se pueden adquirir sin prescripción médica. Existen poblaciones más vulnerables como lo son los adolescentes, sin

embargo, la intensidad de los lazos sociales de alguna manera cumple un factor importante en la toma de decisión de la intención suicida.

De acuerdo con Peña, Parra, Rodríguez y Zuluaga, (2009) para el manejo del paciente intoxicado:

Para realizar el manejo del paciente intoxicado debemos hacer un acercamiento diagnóstico que nos permita encaminarnos hacia las medidas que impidan la absorción del tóxico, favorezcan la eliminación y la utilización del tratamiento específico (antídoto). La mayoría de las intoxicaciones requerirán un manejo sintomático, pero en algunas de no ser utilizado el antídoto el pronóstico será sombrío. Cada nivel de atención debe disponer de antídotos según el grado de complejidad y la capacidad operativa de cada institución (p.22).

Dentro de las principales herramientas o métodos utilizados por las mujeres para la autoeliminación destaca el uso de medicamentos. Según Trevisan y de Oliveira (2012):

La dosis excesiva (sobredosis) de un medicamento es el método más común en los intentos de suicidio de mujeres, por el acceso y disponibilidad de estos productos. Algunos estudios demuestran que las mujeres que atentan contra su propia vida, que, en su mayoría son jóvenes de hasta 30 años, utilizan medicamentos como principal medio para el intento de suicidio (párr.3).

El auge que ha tenido esta problemática ha llevado a distintas autoridades de salud a realizar una labor más exhausta en la correcta identificación de pacientes con mayores factores de riesgo, así como en la correcta educación en cuanto a la administración y efectos adversos de los medicamentos que consume cada paciente, respecto a interacciones y dosificación de quienes tienen tratamiento crónico.

El desarrollo de esta investigación busca alertar a la población general y personal de salud en la prevención y abordaje del individuo con conducta suicida, identificar población más vulnerable y el intento de suicidio en este caso en la población femenina menor de 60 años, y

para ello se realiza una revisión de artículos que traten sobre el tema, y por ello se propone la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación que mantienen las intoxicaciones medicamentosas por psicofármacos y el intento de autoeliminación real en mujeres menores de 60 años?

### **Objetivo General**

- Determinar la relación entre las intoxicaciones medicamentosas por psicofármacos y el intento de autoeliminación real en mujeres menores de 60 años

### **Objetivos Específicos**

- Identificar cual es la etapa y edad promedio de mayor riesgo de suicidio en la población femenina menor de 60 años.
- Enumerar los fármacos más utilizados en las intoxicaciones por las mujeres menores de 60 años.
- Señalar los factores desencadenantes del intento suicida en mujeres menores de 60 años.

## Antecedentes

El suicidio ha estado presente en todas las culturas y épocas históricas. Sin embargo, la actitud social y humana ante el mismo evento ha variado notablemente en función del contexto sociocultural.

El suicidio no ha sido bien tolerado en ninguna de las culturas antiguas, según Artieda (2017) sobre la historia del suicidio, menciona:

En Mesopotamia, por ejemplo, según los mitos imperantes de aquella época, se creía que el primer hombre fue modelado con barro y sangre del dios suicida Bel. En Egipto parece que tampoco estaba condenado el suicidio, la primera nota suicida de la que se tiene conocimiento es del siglo III a.C y fue redactada por un consejero faraónico. (p.22)

Se evidencia que el continente africano era el lugar donde más condenado y rechazado estaba el suicidio a diferencia de América donde se adoraba a un Ixtab, diosa del suicidio. El suicidio provocado era una práctica común en esta época entre los aristócratas y gente relevante como una muerte digna a un castigo peor que la tortura o ejecución. En oposición se encontraban los filósofos Pitágoras, Platón o Aristóteles que condenaban por completo el acto del suicidio. Pitágoras siempre recalco argumentos más matemáticos y mecánicos que morales aduciendo que en el mundo existía un determinado número de almas y que si una partía de una forma imprevista, el orden imperante podía desestabilizarse.

En la baja edad media la postura condenatoria del suicidio se relajó ligeramente y se empezaron a reconocer eximentes como los enfermos mentales o niños. En ese momento ya los diferentes tribunales hacían pequeñas distinciones entre aquellos a los que llamaban “locos inocentes” y los “criminales de sí mismos” que si eran juzgados por no cumplir con las leyes (Artieda, 2017, p.28).

Desde sus orígenes, los seres humanos se han expuesto a una amplia gama de sustancias de las cuales han obtenido beneficios, aunque también efectos adversos. Dentro de las primeras referencias sobre los efectos de las sustancias tóxicas en los seres humanos se encuentra el Papiro de Ebers, que desde hace alrededor de 1500 a.C. describe las propiedades curativas y nocivas de elementos como el arsénico, el opio y el antimonio (García, 2016, parr.3).

También en el papiro de Ebers también se menciona el uso que le daban los egipcios a diferentes plantas para poder contrarrestar el efecto de algunos tóxicos, así como también llamaba la atención la restricción que había de su conocimiento ,ya que solo se podía dar los antídotos a los faraones, esto ocurría en muchas otras tribus. Fue en el siglo XIX cuando la medicina presta atención a este fenómeno; es entonces cuando el suicidio se empieza a discriminar y verse como una consecuencia de una enfermedad mental.

El siglo pasado, específicamente a partir de 1980, en muchos países la exposición accidental o voluntaria a sustancias tóxicas ha sido causa frecuente de la aparición de procesos patológicos agudos y crónicos, constituye una de las principales causas de muerte, después de las enfermedades infecciosas (Berenguer, Macias, Perez y Suarez, 2009, p.37).

La Organización Mundial de la Salud, así como la Organización Panamericana de la Salud han expresado la necesidad de encontrar una solución para los problemas que se generan como consecuencia de la elevada incidencia de las intoxicaciones agudas, por lo que se ha incentivado la implementación y el desarrollo de servicios de información toxicológica, que estén al alcance de todos los profesionales de la salud y la población en general, para la búsqueda de una mejor calidad de vida.

### **Antecedentes internacionales**

Las intoxicaciones son un problema importante de salud pública mundial. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2004 aproximadamente 346 000 personas murieron de intoxicación no intencional en todo el mundo. De estas muertes, el 91% se

produjo en países de bajo y mediano ingreso. El mismo año, las intoxicaciones no intencionales ocasionaron la pérdida de más de 7,4 millones de años de vida ajustados por discapacidad (p.2).

Es por tanto la importancia de los centros nacionales de intoxicaciones a nivel mundial, ya que la labor que llevan en cada país respectivo es sumamente específica, la prevención y ejecución de planes para contrarrestar las cifras tan alarmantes a nivel mundial de intoxicaciones.

De acuerdo al Centro de Información Toxicológica de la Universidad Católica de Chile realizó un estudio que mostró que el 49% de los llamados telefónicos por consultas toxicológicas fueron debidos a ingesta de medicamentos y de ellos el 40% fue por medicamentos con efecto en el sistema nervioso central (SNC).

El año 2009 en Estados Unidos se registraron 1.158 muertes por todo tipo de tóxicos y exposiciones; el 15% de ellas fue por ingesta de medicamentos antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la receptación de serotonina, benzodiazepinas, antipsicóticos y analgésicos opiáceos. Las benzodiazepinas fue el tipo de fármacos más frecuente, estas cifras son coincidentes con publicaciones internacionales (Acuña, 2011).

La intoxicación por psicofármacos es motivo frecuente de consulta a centros de información toxicológica y servicios de urgencia. Habitualmente son por ingestión accidental en niños y por sobredosis intencional en adultos, pero también puede suceder por interacciones con otras sustancias o medicamentos que potencien la toxicidad de los psicofármacos; esto sucede muy frecuente en pacientes con enfermedades crónicas, donde por su enfermedad de base consume medicamento que le favorecen la accesibilidad para la realización del intento de suicidio con los cuales podría presentar una interacción medicamentosa que lo lleva a un acto fulminante.

En respuesta al importante crecimiento del comportamiento suicida a nivel internacional se han elaborado diferentes estrategias preventivas dirigidas a disminuir la incidencia y prevalencia de los comportamientos suicidas.

Berenguer, Macías, Pérez y Suarez (2009) mencionan en su publicación la existencia en Cuba de varios servicios que brindan información tanto farmacológica como toxicológica; de estos últimos, existen 3 distribuidos por todo el país: uno ubicado en el Centro Nacional de Toxicología (CENATOX); otro en el Centro para la salud y el desarrollo de la información toxicológica, y por último uno en el Centro de Toxicología y Biomedicina (TOXIMED).

Según la Encuesta Mundial de Salud Escolar, que se realizó a 28.368 alumnos de 544 escuelas secundarias de la Argentina en 2012, el 16,9% de los adolescentes había considerado la posibilidad de suicidarse ese año. Se registró también un incremento del 3,5% de los adolescentes que habían realizado un plan concreto de cómo suicidarse: pasó del 12,6% en 2007 al 16,1% en 2012 (UNICEF, 2019).

Un adolescente en riesgo de suicidio sufre de vulnerabilidad psicológica o mental, provocada por distintos factores; esto no quiere decir que la existencia de alguno de estos factores determinen un suicidio, pero son elementos a tener en cuenta.

De acuerdo a la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de Argentina existen factores protectores para evitar el suicidio específicamente en las poblaciones adolescentes, algunos ejemplos: poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva; poseer confianza en sí mismo, para lo cual los adolescentes deben ser educados destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, sin humillarlo ni crearle sentimientos de inseguridad (p.12).

### **Antecedentes nacionales**

En Costa Rica en el 2015 el Centro Nacional de Control de Intoxicaciones registró 3.376 intoxicaciones en niños menores de 12 años. Las intoxicaciones accidentales, voluntarias y profesionales aumentan considerablemente con el paso de los años, planteando problemas de orden médico y social por lo cual es de importancia dar a conocer los principales riesgos y las medidas que se deben llevar a cabo para mejorar la condición del afectado.

Arroyo, Salas y Arias (2014), en el artículo llamado “Tendencia de la mortalidad por casos de intoxicaciones en Costa Rica”, se planteaban como objetivo describir las 36 muertes por intoxicación producidas en Costa Rica en el periodo 2007-2011, según la frecuencia, sexo, grupo de edad, intencionalidad y lugar de ocurrencia. Se recolectaron datos de intoxicaciones provocadas por plaguicidas, medicamentos, drogas de abuso, gases, hidrocarburos, mezclas y productos de uso doméstico. También se determinaron variables como el agente tóxico, el sexo, lugar al momento de la intoxicación, la causa de muerte y la edad.

A los plaguicidas se les atribuyó el primer lugar de causa de las defunciones por intoxicaciones, en segundo lugar, las drogas de abuso y el tercer lugar se le atribuye a los medicamentos.

En cuanto a los fármacos más utilizados, se encuentran depresores del Sistema Nervioso Central y estos son utilizados en combinación, por ejemplo, de clonazepam con difenhidramina, ya que ambos se comportan como sedantes. En segundo lugar, se encontraron los analgésicos como acetaminofén y opioides como la oxicodona, meperidina, tramadol, morfina y metadona.

Según Artieda (2017), en Costa Rica, durante el 2007-2011, en el departamento de Medicina Legal del OIJ, se reportaron 497 defunciones por intoxicaciones. Lo que representa una tasa de mortalidad de 11 por cada 100 000 habitantes. Según esta investigación, a los plaguicidas se les atribuyó el primer lugar de causa de las defunciones por intoxicaciones, en segundo lugar, las drogas de abuso y el tercer lugar se le atribuye a los medicamentos (p.12).

Chinchilla (2016), manifiesta que las estadísticas de suicidio en Costa Rica van en aumento, dado el número de llamadas que ingresan a los centros de emergencia pidiendo ayuda para salvarse o para informar sobre la tentativa de suicidio. Hablando en cifras, en los últimos tres meses del año 2015, se han recibido doscientas noventa y ocho llamadas en promedio y ya para el año 2016 las cifras continuaron en aumento con un promedio de cuatrocientas cinco llamadas mensuales (párr.27).

En Costa Rica, el organismo encargado de llevar cuenta de todo el registro de intoxicaciones que se presentan, sin distinción del agente causal, es el Centro Nacional de Control de Intoxicaciones (CNCI) que se encuentra localizado en el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera; fundado en 1969, pero fue declarado carácter nacional hasta 1989 por el decreto ejecutivo N ° 19019-S. Éste centro ofrece asesoría tanto a los profesionales de la salud como a la población en general. Sólo en 2017, el CNCI notificó un total de nueve mil setecientos dos casos de intoxicaciones, de las cuales 4392 fueron mujeres menores de 60 años de edad.

Según Arias, Arroyo y Salas, (2014) “Resulta relevante para los sistemas de salud conocer en detalle las características de la población más vulnerable a intoxicaciones en el país o región al cual presta sus servicios para así tomar las medidas preventivas más adecuadas” (p.59).

De acuerdo a la OMS (2018) se tiene conocimiento que alrededor de 800 000 personas se suicidan cada año y que por cada suicidio consumado existía un número mucho mayor de tentativas. Se dice que la autoeliminación es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años, donde los métodos más utilizados son la ingestión de plaguicidas, seguido del ahorcamiento y las armas de fuego (p.1).

Indica Martínez, Arancibia y Silva (2015):

...en 2020 el suicidio será la causa de muerte de un millón y medio de personas. De acuerdo al Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades de Estados Unidos, en el año 2002 el suicidio fue una de las causas más importantes de mortalidad y al analizar los datos según cohortes por edad, ocupó el quinto puesto en el grupo etario de entre 5 y 14 años, el tercero entre los 15 y 24 años y el cuarto entre los 25 y 44 años (p.127).

A través de los años se han estudiado las intoxicaciones en un panorama amplio, desde el punto de vista de las causas, clasificación y consecuencias a nivel sistémico, así como también su repercusión a nivel social.

Según Fauci, Hauser, Jameson, Kasper, Longo y Loscalzo (2016) haciendo referencia a las intoxicaciones medicamentosas:

Los analgésicos opiáceos han sido objeto de abuso desde al menos el 300 a.C. El nepente (que significa en griego “libre de pena”) “ayudó al héroe de la Odisea; sin embargo, el uso generalizado del opio fumado fue en china, donde ha provocado daño durante años (p.2728).

La prevalencia que han tenido las intoxicaciones medicamentosas han sido estudiadas desde épocas muy remotas, sin embargo, se debe recalcar que no todas las intoxicaciones descritas han sido diferenciadas entre accidentales o intencionales.

Se ha demostrado un vínculo muy importante entre la conducta suicida y la presencia de trastornos mentales, sin embargo no es una regla estricta ya que se ha puesto de manifiesto que independientemente de esto, muchos intentos de autoeliminación se producen de forma impulsiva en momentos de crisis que menoscaban la capacidad del individuo para afrontar las situaciones que producen mayor tensión en su vida como lo son enfermedades, problemas financieros, rupturas de relaciones y muertes.

Actualmente a nivel mundial existe un gran desafío en prevención y manejo de pacientes con conducta e ideación suicida debido al estigma que aún prevalece y falta de sensibilización por parte de las autoridades respectivas en materia de salud. Gran cantidad de personas que reconocen estar en riesgo de un evento suicida disuaden de buscar ayuda debido a la falta de conocimiento y no tener idea hacia donde deben dirigirse.

Solo 38 países han notificado que cuentan con una estrategia nacional de prevención del suicidio, es difícil tener cifras exactas o muy confiables en materia de suicidio debido a que la calidad de los datos obtenidos a través del tiempo se ha mantenido en manos de unas pocas instituciones (OMS, 2018, p.12).

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

### **Clasificación de las intoxicaciones**

Dependiendo de la literatura existente, las intoxicaciones se pueden clasificar en dependencia del tiempo, tipo de vía de entrada en el organismo, etiología e incluso por el tipo de acción. Se comenzará desde la perspectiva más general hasta llegar a lo más específico, y se pueden agrupar en dos grandes apartados: las intoxicaciones accidentales o involuntarias y las intoxicaciones voluntarias o suicidas (García, 2013, pp.667-672).

#### **Accidentales o involuntarias**

Hechas las consideraciones anteriores una intoxicación accidental se asocia a cuadros más leves y podrá ser aquella ocurrida predominantemente en los ambientes doméstico y laboral, siendo el primero el de mayor relevancia con la población infantil, y por otro lado una intoxicación suicida será encasillada por un gesto de autoagresión, de forma independiente de la verificación del ánimo de producirse la muerte.

Según su uso y aplicaciones los siguientes agentes pueden intervenir en una intoxicación:

- Medicamentos
- Productos domésticos como disolventes, de limpieza o cosméticos
- Productos o desechos industriales como sustancias volátiles, metales, aniones y gases
- Productos agrícolas como fertilizantes, plaguicidas, pesticidas o insecticidas
- Productos alimentarios (Morán et al, 2011, p.28).

#### **Vía de entrada**

Así mismo la vía de entrada al cuerpo humano guarda considerable relación con una intoxicación, dividiéndose en: intoxicaciones por ingestión, por inhalación, por contacto e intoxicaciones parenterales.

A continuación, se realiza una reseña sobre los aspectos más importantes que destacan de cada una de las mencionadas anteriormente. Según Saracco (2014), se destaca lo siguiente referente a las vías de entrada al cuerpo humano:

- Por ingestión: Constituye la mayoría de los casos, por tanto, posee gran importancia epidemiológica.
- Por inhalación: Se da por la exposición a humos o gases, la absorción comienza a disminuir cuando la víctima es separada del ambiente contaminado.
- Por contacto: Puede darse por contacto cutáneo u ocular. En la mayoría de estos casos resulta útil el lavado de la zona afectada con abundante agua.
- Parenteral: Por medio de la inyección de una sustancia que resulte nociva, se produce con rapidez por lo que no hay tanto tiempo de frenar la intoxicación (pp1-10).

### **Tiempo de exposición**

Guardando relación con lo anterior también existe un determinado grado de afectación según el tiempo de exposición al químico que provoque la intoxicación:

Para efectos de esta investigación se hablará que una intoxicación puede ser aguda como el caso por exposiciones de corta duración y con una gran cantidad de absorción, en la mayoría de los casos se dan por una dosis única o múltiples dosis absorbidas en un corto tiempo que normalmente se fija en un máximo de 24 horas. Y una intoxicación crónica es aquella que se da en un tiempo mayor por absorciones repetidas, la exposición al tóxico durante un lapso prolongado, con absorción de dosis incluso mínimas y se da más en ámbito predominantemente laboral.

Para Acuña, (2011):

El diagnóstico etiológico del paciente gravemente intoxicado muchas veces es difícil porque no aportan datos del fármaco o tóxico responsable, de la hora y dosis

ingerida. Por otro lado los test toxicológicos de orina y sangre están disponibles en muy pocos centros y poseen limitaciones importantes que no hacen seguros sus resultados cuando son negativos (p.333).

Se desprende de la idea anterior que ante un caso de un intoxicado que se encuentre consciente la evaluación será menos difícil, puesto que con una adecuada exploración se puede llegar a una idea de si se trata de una intoxicación aguda o crónica; sin embargo, en el caso de un paciente inconsciente esto demorará más tiempo. El conocimiento de la sustancia que causa el cuadro no debe retrasar la intervención en el paciente, lo ideal es contar con un protocolo adecuado en la institución mientras se consiguen los resultados de los exámenes solicitados.

### **Otras clasificaciones**

En cuanto a la magnitud del perjuicio clínico que ocasiona la intoxicación en las personas afectadas, se pueden clasificar en tres niveles (Bello & López de Cerain, 2001):

- Leves
- Moderadas
- Severas

De acuerdo con las características y del inicio de las manifestaciones se identifican tres tipos (Bello & López de Cerain, 2001):

- Intoxicaciones de efectos inmediatos versus retardados: se obtiene que algunos tóxicos al entrar en contacto con el organismo pueden producir efectos que se manifiestan inmediatamente y por el contrario existen otros tóxicos que se acumulan en el organismo los cuales revelan los daños provocados en un período de latencia que puede ser de varios años.
- Intoxicaciones reversibles versus irreversibles: En el caso de que una intoxicación sea reversible al eliminar el agente tóxico del organismo las manifestaciones desaparecen mientras que si se presentan una intoxicación irreversible ya no se puede recuperar el daño ocasionado y las lesiones van progresando así como las manifestaciones.

- Intoxicación local versus sistémica: En algunos casos los agentes tóxicos solo afectan el sitio donde entraron en contacto con el organismo mientras que otros al ser absorbidos y al afectar la diana o el receptor correspondiente afectan un órgano e incluso pueden desencadenar un efecto sistémico.

En relación a lo manifestado por el autor se puede decir que la magnitud del daño del tóxico al organismo va depender de su naturaleza química y física así como de su grado de absorción o penetración al organismo. De acuerdo con lo anterior, de esto depende la facilidad para eliminar la sustancia del organismo y la recuperación del daño.

Los efectos tóxicos son los que originan efectos nocivos consecuentes a la acción del agente tóxico, que se presentan por una alteración del equilibrio fisiológico corporal y se pueden presentar dos clases de efectos (Bello & López de Cerain, 2001):

Se pueden dar efectos reversibles cuando se presenta una unión de carácter débil entre la estructura del agente tóxico y el receptor. Además, estos dependen de la presencia del tóxico a una concentración específica y desaparecen cuando se elimina el tóxico.

Los efectos irreversibles se originan cuando se presentan enlaces covalentes entre la estructura del agente tóxico y el receptor. Por lo que el daño ocasionado perdura aunque se elimine el tóxico del organismo.

Efectos genotóxicos: Es un mecanismo que interviene en el desarrollo de la carcinogénesis. Existen fármacos que pueden interactuar y generar daños en el genoma provocando mutaciones puntuales, las cuales sino son reparadas por la célula afectada se puede provocar un crecimiento desordenado lo cual conlleva a la aparición de un tumor maligno. Algunos de los fármacos que pueden originar un mecanismo de genotoxicidad son los medicamentos anticancerosos de tipo alquilantes, estos podrían causar leucemia aguda o un linfoma como reacción adversa. (Patiño, 2008)

## Síndromes toxicológicos

**Tabla 1. Síndromes Toxicológicos**

Síndrome	Manifestaciones clínicas	Causas
Anticolinérgico Atropínico	Taquicardia, midriasis, hipertermia, piel seca, distensión abdominal, retención urinaria, alucinaciones, hipertensión, visión borrosa, agitación, convulsiones y coma	Atropínicos, escopolamina, glicopirrolato, benzotropina, antihistamínicos de primera generación, neurolépticos, antipsicóticos, antidepresivos tricíclicos, entre otros.
Colinérgico	Nicotínico: miosis, taquicardia, debilidad, temblor, fasciculaciones musculares, crisis convulsivas, somnolencia	Organofosforados, carbamatos, pilocarpina, neostigmina, piridostigmina, fisostigmina, colinomiméticos (carbacol, metacolina y colina)
Colinérgico	Muscarínico: bradicardia, miosis, sialorrea, broncorrea, dificultad respiratoria, vómitos, diarrea, fasciculaciones musculares y alteraciones neurológicas.	
Hipnótico sedante	Somnolencia, ataxia, bradicardia, dificultad para respirar, miosis, hipotermia, hipotensión, depresión respiratoria, coma.	Benzodiacepinas, fenobarbital, alcohol, anticonvulsivantes, barbitúricos, bloqueadores de canales de calcio, carisoprolol y etomidato.
Opiáceo	Depresión respiratoria, depresión neurológica, miosis	Morfina y derivados
Simpaticomiméticos	Taquicardia, hipertensión, agitación, hipertermia, diaforesis y pupilas	Cocaína, anfetamina y anfetaminoides, cafeína,

	dilatadas y convulsiones.	salbutamol, teofilina e inhibidores de MAO
Serotoninergico	Fiebre, taquicardia, hipertensión, taquipnea, midriasis, diaforesis, agitación, hiperreflexia, confusión, coma, crisis convulsivas, rigidez muscular y mioclonías.	Sertralina, fluoxetina, paroxetina, ácido valproico, fentanilo, tramadol, metoclopramida, Dextrometorfano

Fuente: (Rodríguez J & Zuluaga, 2010)

### Escala de severidad de las intoxicaciones (POISONING SEVERITY SCORE = PSS)

La escala de severidad, permite evaluar en forma cualitativa la morbilidad de las intoxicaciones e identificar los riesgos en forma más efectiva en todo tipo de intoxicación, tanto en adultos y niños, independientemente del tipo y número de agentes tóxicos involucrados.

El uso de la escala es simple. Se buscan los síntomas del caso en la tabla adjunta y se atribuye el grado de severidad de acuerdo a los síntomas y signos más severos.

**Tabla.2 Escala de severidad de las intoxicaciones (POISONING SEVERITY SCORE)**

Grado de Severidad	Sintomatología
Nula (0).	Sin síntomas ni signos vinculables a la intoxicación.
Leve (1)	Sintomatología leve, transitoria, de resolución espontánea.
Moderada (2)	Sintomatología marcada o persistente.
Severo (3)	Sintomatología severa o de riesgo vital.
Fatal (4)	Muerte

Fuente: (Poisoning Severity Score: Grading of acute poisoning, 1998)

**Tabla.3. Escala de severidad de las intoxicaciones .1.**

ORGAN	NONE	MINOR	MODERATE	SEVERE	FATAL
	0 No symptoms or signs	1 Mild, transient and spontaneously resolving symptoms or signs	2 Pronounced or prolonged symptoms or signs	3 Severe or life-threatening symptoms or signs	4 Death
GI-tract		<ul style="list-style-type: none"> <li>Vomiting, diarrhoea, pain</li> <li>Irritation, 1<sup>st</sup> degree burns, minimal ulcerations in the mouth</li> <li>Endoscopy: erythema, oedema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pronounced or prolonged vomiting, diarrhoea, pain, ileus</li> <li>1<sup>st</sup> degree burns of critical localization or 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> degree burns in restricted areas</li> <li>Dysphagia</li> <li>Endoscopy: ulcerative transmucosal lesions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Massive haemorrhage, perforation</li> <li>More widespread 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> degree burns</li> <li>Severe dysphagia</li> <li>Endoscopy: ulcerative transmural lesions, circumferential lesions, perforation</li> </ul>	
Respiratory system		<ul style="list-style-type: none"> <li>Irritation, coughing, breathlessness, mild dyspnoea, mild bronchospasm</li> <li>Chest X-ray: abnormal with minor or no symptoms</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prolonged coughing, bronchospasm, dyspnoea, stridor, hypoxemia requiring extra oxygen</li> <li>Chest X-ray: abnormal with moderate symptoms</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manifest respiratory insufficiency (due to e.g. severe bronchospasm, airway obstruction, glottal oedema, pulmonary oedema, ARDS, pneumonia, pneumothorax)</li> <li>Chest X-ray: abnormal with severe symptoms</li> </ul>	
Nervous system		<ul style="list-style-type: none"> <li>Drowsiness, vertigo, tinnitus, ataxia</li> <li>Restlessness</li> <li>Mild extrapyramidal symptoms</li> <li>Mild cholinergic/anticholinergic symptoms</li> <li>Paraesthesia</li> <li>Mild visual or auditory disturbances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unconsciousness with appropriate response to pain</li> <li>Brief apnoea, bradypnoea</li> <li>Confusion, agitation, hallucinations, delirium</li> <li>Infrequent, generalized or local seizures</li> <li>Pronounced extrapyramidal symptoms</li> <li>Pronounced cholinergic/anticholinergic symptoms</li> <li>Localized paralysis not affecting vital functions</li> <li>Visual and auditory disturbances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deep coma with inappropriate response to pain or unresponsive to pain</li> <li>Respiratory depression with insufficiency</li> <li>Extreme agitation</li> <li>Frequent, generalized seizures, status epilepticus, opisthotonus</li> <li>Generalized paralysis or paralysis affecting vital functions</li> <li>Blindness, deafness</li> </ul>	

Page 2 of 4

Fuente: Poisoning Severity Score: Grading of acute poisoning, J Toxicology - Clinical Toxicology, 1998.

**Tabla.4. Escala de severidad de las intoxicaciones.2.**

ORGAN	NONE	MINOR	MODERATE	SEVERE	FATAL
	0 No symptoms or signs	1 Mild, transient and spontaneously resolving symptoms or signs	2 Pronounced or prolonged symptoms or signs	3 Severe or life-threatening symptoms or signs	4 Death
Cardio-vascular system		<ul style="list-style-type: none"> <li>Isolated extrasystoles</li> <li>Mild and transient hypo/hypertension</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sinus bradycardia (HR ~40-50 in adults, 60-80 in infants and children, 80-90 in neonates)</li> <li>Sinus tachycardia (HR ~140-180 in adults, 160-190 in infants and children, 160-200 in neonates)</li> <li>Frequent extrasystoles, atrial fibrillation/flutter, AV-block I-II, prolonged QRS and QTc-time, repolarization abnormalities</li> <li>Myocardial ischaemia</li> <li>More pronounced hypo/hypertension</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Severe sinus bradycardia (HR ~&lt;40 in adults, &lt;60 in infants and children, &lt;80 in neonates)</li> <li>Severe sinus tachycardia (HR ~&gt;180 in adults, &gt;190 in infants and children, &gt;200 in neonates)</li> <li>Life-threatening ventricular dysrhythmias, AV block III, asystole</li> <li>Myocardial infarction</li> <li>Shock, hypertensive crisis</li> </ul>	
Metabolic balance		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mild acid-base disturbances (HCO<sub>3</sub> ~15-20 or 30-40 mmol/l; pH~7.25-7.32 or 7.50-7.59)</li> <li>Mild electrolyte and fluid disturbances (K<sup>+</sup> 3.0-3.4 or 5.2-5.9 mmol/l)</li> <li>Mild hypoglycaemia (~50-70 mg/dl or 2.8-3.9 mmol/l in adults)</li> <li>Hyperthermia of short duration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>More pronounced acid-base disturbances (HCO<sub>3</sub> ~10-14 or &gt;40 mmol/l; pH ~7.15-7.24 or 7.60-7.69)</li> <li>More pronounced electrolyte and fluid disturbances (K<sup>+</sup> 2.5-2.9 or 6.0-6.9 mmol/l)</li> <li>More pronounced hypoglycaemia (~30-50 mg/dl or 1.7-2.8 mmol/l in adults)</li> <li>Hyperthermia of longer duration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Severe acid-base disturbances (HCO<sub>3</sub> ~&lt;10 mmol/l; pH ~&lt;7.15 or &gt;7.7)</li> <li>Severe electrolyte and fluid disturbances (K<sup>+</sup> &lt;2.5 or &gt;7.0 mmol/l)</li> <li>Severe hypoglycaemia (~&lt;30 mg/dl or 1.7 mmol/l in adults)</li> <li>Dangerous hypo- or hyperthermia</li> </ul>	
Liver		<ul style="list-style-type: none"> <li>Minimal rise in serum enzymes (ASAT, ALAT ~2-5 x normal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rise in serum enzymes (ASAT, ALAT ~5-50 x normal) but no diagnostic biochemical (e.g. ammonia, clotting factors) or clinical evidence of liver dysfunction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rise in serum enzymes (~&gt;50 x normal) or biochemical (e.g. ammonia, clotting factors) or clinical evidence of liver failure</li> </ul>	
Kidney		<ul style="list-style-type: none"> <li>Minimal proteinuria/haematuria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Massive proteinuria/haematuria</li> <li>Renal dysfunction (e.g. oliguria, polyuria, serum creatinine of ~200-500 µmol/l)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renal failure (e.g. anuria, serum creatinine of &gt;500 µmol/l)</li> </ul>	

Page 3 of 4

Fuente: Poisoning Severity Score: Grading of acute poisoning, J Toxicology - Clinical Toxicology, 1998.

**Tabla.4. Escala de severidad de las intoxicaciones.3.**

ORGAN	0 No symptoms or signs	1 Mild, transient and spontaneously resolving symptoms or signs	2 Pronounced or prolonged symptoms or signs	3 Severe or life-threatening symptoms or signs	4 Death
<b>Blood</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mild haemolysis</li> <li>Mild methaemoglobinemia (methb &lt;10-30%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haemolysis</li> <li>More pronounced methaemoglobinemia (methb &gt;30-50%)</li> <li>Coagulation disturbances without bleeding</li> <li>Anaemia, leukopenia, thrombocytopenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Massive haemolysis</li> <li>Severe methaemoglobinemia (methb &gt;50%)</li> <li>Coagulation disturbances with bleeding</li> <li>Severe anaemia, leukopenia, thrombocytopenia</li> </ul>	
<b>Muscular system</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mild pain, tenderness</li> <li>CPK &lt;250-1,500 iu/l</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pain, rigidity, cramping and fasciculation</li> <li>Rhabdomyolysis, CPK &lt;1,500-10,000 iu/l</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intense pain, extreme rigidity, extensive cramping and fasciculation</li> <li>Rhabdomyolysis with complications, CPK &gt;10,000 iu/l</li> <li>Compartment syndrome</li> </ul>	
<b>Local effects on skin</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Irritation, 1<sup>st</sup> degree burns (reddening) or 2<sup>nd</sup> degree burns in &lt;10% of body surface area</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2<sup>nd</sup> degree burns in 10-50% of body surface (children: 10-30%) or 3<sup>rd</sup> degree burns in &lt;2% of body surface area</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2<sup>nd</sup> degree burns in &gt;50% of body surface (children: &gt;30%) or 3<sup>rd</sup> degree burns in &gt;2% of body surface area</li> </ul>	
<b>Local effects on eye</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Irritation, redness, lacrimation, mild palpebral oedema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intense irritation, corneal abrasion</li> <li>Minor (punctate) corneal ulcers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Corneal ulcers (other than punctate), perforation</li> <li>Permanent damage</li> </ul>	
<b>Local effects from bites and stings</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Local swelling, itching</li> <li>Mild pain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Swelling involving the whole extremity, local necrosis</li> <li>Moderate pain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Swelling involving the whole extremity and significant parts of adjacent area, more extensive necrosis</li> <li>Critical localization of swelling threatening the airways</li> <li>Extreme pain</li> </ul>	

Page 4 of 4

Fuente: Poisoning Severity Score: Grading of acute poisoning. J Toxicology - Clinical Toxicology, 1998.

## Medicamentos

Un medicamento es una sustancia o combinación de ellas que posea propiedades químicas para la prevención o tratamiento de enfermedades en los seres humanos, con el fin de reincorporar o corregir funciones fisiológicas alteradas. El campo que abarcan es grande y pueden usarse tanto para las funciones descritas anteriormente e incluso para procesos diagnósticos de algunas enfermedades que responden de acuerdo con su mecanismo fisiopatológico acciones farmacológicas específicas. (Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya, 2018, parr. 1).

La intoxicación medicamentosa, es el consumo voluntario o accidental de medicamentos de diferente tipo que actúan en veintidós diferentes órganos y sistemas, produciendo el efecto para el cual fueron diseñados, sin embargo, las sobredosis del consumo llevarán al deterioro progresivo de las funciones vitales, pudiendo incluso ocasionar la muerte (Melgar, 2013, p. 1848).

Es frecuente que se caiga en el error de pensar que una intoxicación por un medicamento ocurre únicamente por consumo excesivo o por deseos de autoeliminación, cabe destacar que existe una cantidad no despreciable de pacientes intoxicados con medicamentos por condiciones

como error en la dosis por falta de conocimiento, interacciones con otros fármacos o incluso por error en la toma de un producto que no era para la persona.

### **Psicofármacos.**

Ésta categoría engloba una cantidad diversa de medicamentos utilizados en la práctica clínica cotidiana, son sustancias químicas que inciden en el sistema nervioso central y pueden modificar dependiendo de su mecanismo de acción desde la conducta hasta la conciencia. Su uso es variado debido a sus efectos entre los cuales en el tratamiento del dolor crónico se han empleado bastante y es importante destacar que son objeto de adicción si no se emplean con cautela.

En esta investigación se abordarán los siguientes grupos de fármacos:

- Anticonvulsivantes
- Sedantes
- Antipsicóticos
- Ansiolíticos-Hipnóticos

### **Anticonvulsivantes**

En la guía de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Carulla y Casas, (2006) agregan lo siguiente en relación con este grupo de psicofármacos:

Los fármacos anticonvulsivantes (FACs) son un grupo heterogéneo de agentes que tratan de modificar los procesos implicados en el desarrollo de las crisis comiciales, favoreciendo la inhibición sobre la excitación, con el fin de detener o prevenir la aparición de la actividad comicial (p.39).

Son fármacos bastante conocidos por la población general y actualmente se comercializan en muchos lugares sin un debido control. Dentro de sus mecanismos de acción dependiendo sea el medicamento se encuentran: el bloqueo de los canales de sodio dependientes de voltaje y la

potenciación de la acción inhibitoria del ácido gamma-aminobutírico (GABA, que es un neurotransmisor ampliamente distribuido por el sistema nervioso central). Los de mayor utilidad y uso actual son los que se mencionan a continuación:

- Carbamazepina, Etosuximida, Gabapentina, Lamotrigina, Vigabatrina, Fenitoína, Fenobarbital, Primidona, Ácido valproico, Benzodiazepinas como el diazepam, midazolam, clorazepato y clonacepam (Bustamante, 2003, p.4).

Dentro de las interacciones farmacológicas de mayor importancia de ésta subcategoría cabe destacar que los anticonvulsivantes actúan como potentes inductores o inhibidores enzimáticos, afectando los niveles de otros medicamentos circulantes en el organismo y se ha descrito intoxicación mediante este mecanismo. Por tanto, es fundamental individualizar cada caso con un correcto ajuste de dosis y la correcta educación por parte del médico a cargo del paciente que se le prescriban estos medicamentos.

Siempre haciendo referencia respecto a las interacciones que posee este grupo, Bustamante (2003), aclara cuáles son los de mayor importancia:

Son múltiples las interacciones de los anticonvulsivantes con otros grupos de fármacos, pero hay algunas de mayor relevancia que se pueden destacar. Fenitoína, fenobarbital y primidona disminuyen por inducción enzimática la vida media del ácido valproico y la carbamazepina. El ácido valproico, a su vez, inhibe el metabolismo del fenobarbital, por lo que se requiere ajusta la dosis de éste último. Los antiinflamatorios no esteroideos desplazan a los antiepilépticos de sus sitios de unión a las proteínas plasmáticas, con el consecuente riesgo de intoxicación. Finalmente, se puede mencionar que fenitoína, fenobarbital y primidona, disminuyen la concentración plasmática de los anticonceptivos orales y fármacos digitálicos (p.10).

Tal como se describe en el texto anterior el autor, es un grupo especial que no debe pasar desapercibido, dentro de las interacciones descritas, se puede apreciar que son con un grupo

bastante significativo de otros medicamentos de uso diario para algunas personas en tratamiento de otras patologías concomitantes. Del mismo modo, entre ellos mismos podrían propiciar una reacción adversa bastante fuerte como para producir una intoxicación por la competitividad que tendrían.

## **Sedantes**

El caso de la sedación corresponde a un estado de disminución de la conciencia respecto al entorno, manteniendo una respiración constante y espontánea. La sedación consciente o ansiolisis es cuando se da la mínima depresión de la conciencia con el paciente reactivo. Por otra parte, existe la sedación profunda, también conocida como hipnosis en donde la depresión de la conciencia es controlada de forma médica pero el paciente no puede ser despertado con facilidad e incluso puede alterarse los reflejos y la respiración espontánea (Brandstrup y Ferragut, 2013, p.2).

En este apartado en lo que respecta a los fármacos sedantes es importante recalcar que algunos medicamentos se incluyen en dos categorías diferentes en dependencia de su dosis, debido a que poseen propiedades para tratar no solo una misma condición. Los pacientes más graves necesitan con mayor frecuencia sedación para contrarrestar factores del entorno que pueden exacerbar su estado.

A continuación, se enlistan los principales fármacos descritos con propiedad sedante:

- Benzodiacepinas
- Anestésicos y barbitúricos como tiopental, pentotal, etomidato, propofol y ketamina
- Fenotiacinas como la clorpromacina y levomepromacina
- Butirofenonas como haloperidol y dehidrobenzoperidol, que aunque son antipsicóticos, poseen efecto sedante
- Hipnóticos como la pregnanolona y el clormetiazol, éste último causa sedación profunda y sueño sin efectos analgésicos
- Clonidina, perteneciente a la familia de los alfa-2 agonista central

- Opioides: morfina, fentanilo y tramadol son los más usados (Kimiko, 2010, pp.360-365).

Haciendo referencia a las reacciones adversas que se presentan con mayor frecuencia, Lorenzo, Moreno, Leza, Lizasoain, Moro y Velásquez, (2009) lo indican de la siguiente forma:

Las principales reacciones adversas son las siguientes: sedación excesiva, somnolencia, hipotonía muscular o disminución de reflejos en general, así como, con menor frecuencia, disartria, ataxia, confusión o desorientación. También pueden producir efectos sutiles sobre la conducta, como desinhibición conductual o, por el contrario, ausencia de respuesta ante situaciones que podrían requerirla. Debe tenerse especial cuidado en pacientes que requieren una coordinación psicomotora íntegra, como conductores de automóviles, y debe advertirse a los pacientes de que no deben manejar maquinaria peligrosa ni exponerse a situaciones de riesgo bajos los efectos de una benzodiacepina (pp.281).

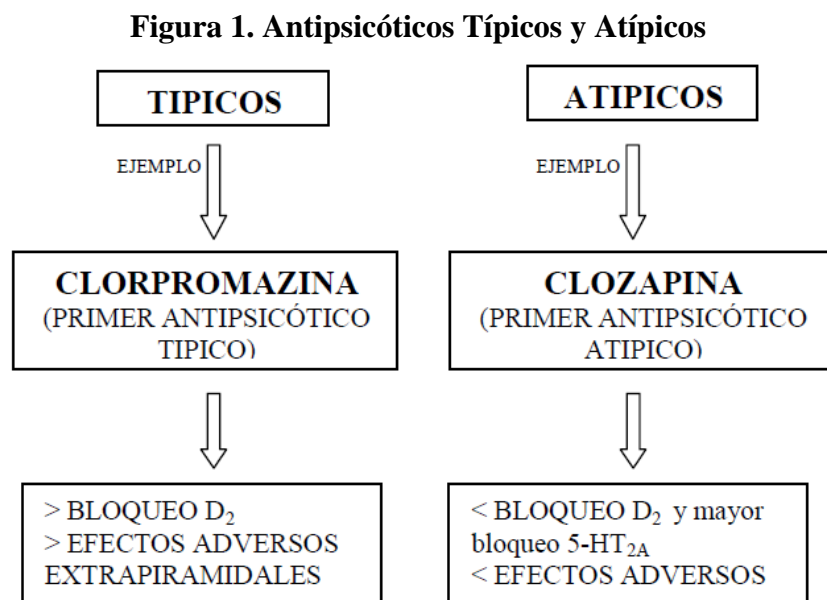
Tal y como se ha descrito en el tiempo y conforme avanza la ciencia y la tecnología, hay mayor acceso a información, al mismo tiempo que a la obtención de productos que se supone deberían estar restringidos o al menos manejados con mayor cuidado. Actualmente los psicofármacos se utilizan no solo en la práctica médica, sino que por sus efectos en el organismo han sido objeto en el mundo de las drogas y cada día son más las intoxicaciones tanto voluntarias como accidentales relacionadas con este ambiente.

### **Antipsicóticos**

Después de la década de 1950, con la aparición de las fenotiazinas en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas graves, se abrió paso al campo de la psicofarmacología y posteriormente se fueron sintetizando nuevos derivados hasta llegar a lo que actualmente se conocen como neurolepticos o antipsicóticos. Representan un grupo de fármacos de uso frecuente en trastornos como la demencia, esquizofrenia y trastorno bipolar, por mencionar algunos. En esta categoría existen diversas moléculas con estructura heterogénea, pero a modo general con una

característica en común que es la actividad antidopaminérgica; sin embargo, éste no es el único mecanismo que poseen (Ceruelo y García, 2007, p.637).

Fue entonces en la década del 50 como se describió anteriormente cuando estos fármacos comenzaron a surgir, el primero en ser descrito fue la clorpromazina, sintetizada en Francia e inicialmente sería utilizada por su efecto antihistamínico, sin embargo, luego se describió su efecto sedante y se empezó a prescribir a pacientes con trastornos de esquizofrenia. Posteriormente se dio la aparición de la clozapina, una droga de escasa repercusión en el sistema motor y de este modo surge la clasificación entre aquellas con este potencial y las que no, se comenzó a hablar de antipsicóticos típicos y atípicos (Rothlin, 2005, p.2).



Fuente: Rothlin, (2005). Farmacología de las Drogas Antipsicóticas

De acuerdo con el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM, 2004), en su boletín farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha, los principales efectos adversos que se han descrito debido al uso de antipsicóticos son:

- Efectos neurológicos, efectos motores extrapiramidales como acatisia, parkinsonismo, reacciones distónicas agudas y discinesia tardía.
- Efectos proconvulsivantes, debido a que disminuyen el umbral convulsivo.

- Síndrome neuroléptico maligno, caracterizado por hipertermia acompañada de rigidez muscular de tipo parkinsoniano, junto con una brusca elevación de creatinina plasmática.
- Sedación, se manifiesta principalmente al inicio del tratamiento y de forma crónica disminuye de manera progresiva.
- Efecto antiemético, interacciones con los receptores dopaminérgicos situados en la zona de gatillo del vómito.
- Efectos vegetativos, debido a la capacidad que tienen algunos de estos fármacos de bloquear distintos receptores del sistema nervioso autónomo.
- Efectos cardíacos, generalmente manifestaciones en el electrocardiograma como alargamiento del segmento QT (p.2).

Dentro del grupo de los antipsicóticos típicos se encuentran: Clorpromazina, Flufenazina, Levomepromazina, Perfenazina, Pipotiaina, Haloperidol, Zucloperixol, Amisulprida, Sulprida y Tiaprida por mencionar algunos. Y dentro de los antipsicóticos atípicos principalmente están: Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Ziprasidona, Aripiprazol y Sentindol (Ceruleo, 2007, pp. 638-643).

### **Ansiolíticos- Hipnóticos**

Este grupo de fármacos se comenzaron a introducir al mercado aproximadamente en el siglo XIX y se inició para tratamiento de la ansiedad y los trastornos del sueño. En esta categoría de forma similar a algunos descritos en párrafos anteriores se encuentran algunos medicamentos ya mencionados debido a que por su mecanismo de acción son útiles en el tratamiento de diversas patologías (Pita y Manzanares, 1992, p.29).

En un informe sobre la utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo de 2000-2012, El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en conjunto con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, (2014) estipularon lo siguiente:

Durante años, los ansiolíticos e hipnóticos han sido uno de los grupos farmacológicos más prescritos en la mayoría de países desarrollados. De hecho, diversos estudios, han mostrado que el consumo de estos medicamentos aumentó considerablemente y de manera sostenida en España en los años 90. Análisis más recientes sugieren que España estaría situada por encima de la media europea en consumo de ansiolíticos. En una encuesta reciente de drogas de abuso se ha estimado que la prevalencia de uso de hipnóticos sedantes en España durante el año 2011 fue del 11,4% en población general (p.1).

De la afirmación anterior se puede desprender que el consumo de psicofármacos en especial de los ansiolíticos e hipnóticos ha ido en aumento en las últimas décadas, esto no sólo por el tratamiento de trastornos psiquiátricos, sino para combatir algunas alteraciones del sueño como lo es el insomnio y que cada día afecta a mayor cantidad de personas, especialmente en países en vías de desarrollo.

Se pueden citar los principales fármacos disponibles para el tratamiento de la ansiedad y el insomnio de la siguiente manera:

- Ansiolíticos: Benzodiazepinas, Meprobamato, Azapironas, Beta bloqueantes y Alpidem.
- Hipnóticos: Benzodiazepinas, Meprobamato, Clometiazol, Barbitúricos, Zopliclona y Zolpidem (Pita, 1992, p.29).

### **Acciones iniciales de Auxilio en Intoxicación**

La palabra auxilio proviene del latín *auxilium* y es un concepto que se utiliza para denominar ayuda o socorro que se le brinde a alguien ante una situación de riesgo. Los primeros auxilios es el procedimiento mediante el cual se lleva a cabo estas medidas de socorro, es decir la técnica que se utiliza en ayuda de las víctimas de una enfermedad repentina o accidente y son los que pueden determinar salvarle la vida a una persona en cuestión de minutos. (Porto y Merino, 2014, parr.1).

## **Tratamiento de las intoxicaciones**

A continuación, se explicará el protocolo propuesto por Dalmazzo (2009) para tratar una intoxicación.

Primeramente, este autor menciona que, ante todo, a la hora de recibir un paciente intoxicado o con sospecha de haber tenido una ingesta medicamentosa en dosis tóxica lo primero que se debe hacer es asegurar la estabilidad del paciente y luego identificar cuáles fueron las drogas que provocaron dicha situación.

Se sigue un protocolo identificado como ABCD el cual se conforma de cuatro pasos:

Asegurar la vía aérea (esta debe estar estable, y si no lo está se debe intubar al paciente), brindar una ventilación adecuada (si no ventila de manera adecuada se debe de apoyar la respiración con una bolsa, oxígeno o una máquina de ventilación mecánica), circulación (si la presión arterial no es satisfactoria, se debe aportar volumen y si esto no es suficiente se procede a utilizar drogas vasoactivas), ritmo cardiaco (se debe conectar el paciente a un monitor cardiaco y en caso de presentar arritmias se deben de tratar).

Una vez realizados estos pasos, se debe analizar el estado neurológico del paciente que incluye evaluar el estado de conciencia de acuerdo con la escala de Glasgow, un examen pupilar y tono muscular. Así mismo, una vez que el paciente esté vitalmente estabilizado, se procede.

Así pues, un paciente que presente compromiso de conciencia se le debe realizar un examen de glucosa en sangre, ya que algunas intoxicaciones por alcohol e hipoglicemiantes orales pueden producir una hipoglicemia y esta puede causar complicaciones severas en el estado de salud del paciente.

Hay que tener en cuenta que el tiempo de hospitalización para un paciente que haya tenido una ingesta de drogas muy tóxicas o de vida media larga será de 24 horas; esto tanto para el monitoreo como para el tratamiento de la intoxicación.

Este mismo autor considera que por lo que se refiere a lavado gástrico, en un paciente sin compromiso de conciencia, lo que se hace es introducir una sonda nasogástrica gruesa y se hacen lavados con suero fisiológico (10-15 ml/kg), seguidamente, se procede a aspirar todo el volumen administrado. Por otro lado, el lavado gástrico está contraindicado en aquellos pacientes que presenten compromiso de la conciencia, que hayan ingerido algún ácido o base fuerte e hidrocarburos.

En el momento de la emergencia se debe tener en cuenta principios básicos para una buena atención como lo son: proteger, alertar y socorrer, todo esto en dependencia de la causa que se esté tratando. De acuerdo con Dalmazzo, (2009) el tratamiento de las intoxicaciones por medicamentos se puede enfocar en los siguientes pilares:

- Evitar la absorción del fármaco: por medio de lavado gástrico, emésis y/o carbón activado.
- Favoreciendo la adsorción del tóxico: con carbón activado también.
- Favoreciendo la eliminación del tóxico: alcalinizando la orina o favoreciendo la diuresis.
- Antagonizando el tóxico: por medio del uso de un antídoto en dependencia del fármaco en cuestión, de los más usados son el flumazenil y la naloxona (p.879).

### **Lavado Gástrico**

Es un procedimiento mediante el cual se inserta un tubo flexible de plástico, sonda, al interior de la cavidad estomacal, puede ser a través la boca o de la nariz, con fines de la evacuación de algún contenido que puede ser un tóxico o sangre, sin embargo se ha descrito en la literatura consultada que no resulta tan eficaz entre mayor sea el tiempo que ha transcurrido la intoxicación. Munné y Arteaga, (2003) hacen referencia al lavado gástrico de este modo:

Es el método clásico para intentar rescatar el tóxico que aún permanezca en la cavidad gástrica. Al comparar la inducción del vómito y el aspirado-lavado gástrico, no hay diferencias importantes respecto a su capacidad de rescate tóxico si las condiciones clínicas fueran idénticas (intervalo, tipo de tóxico, estado

neuroológico, etc.). Por tanto, la elección entre un método u otro no se hará en base a su eficacia extractiva, sino en relación a las condiciones clínicas y toxicológicas de cada caso. En el ámbito extra hospitalario, se considera, que la inducción del vómito es la técnica más asequible a pesar de que en la práctica casi no se emplea pre-hospitalariamente en nuestro país. La administración de carbón activado podría tener una eficacia similar o incluso superior. Para inducir el vómito no deben utilizarse nunca los “viejos” eméticos (sulfato de cobre, solución salina saturada) debido al riesgo, incluso vital, que conllevan. La estimulación mecánica de la faringe presenta dos inconvenientes: no siempre provoca el vómito y el retorno gástrico que consigue es poco productivo. Puede utilizarse ante situaciones sin otro método alternativo (p.33).

Así mismo se ha descrito que existen también contraindicaciones para realizar este procedimiento y que son de vital importancia tomarlas en cuenta desde el momento de la primera evaluación. Por ejemplo en pacientes con compromiso de la conciencia, sospecha de ingesta de un líquido corrosivo o de hidrocarburos, ingestión concomitante de objetos punzocortantes, cirugía reciente, vía aérea no protegida, entre otros.

### **Carbón activado**

Cuando se dice que el carbón activado actúa como adsorbente se habla que es una sustancia con la capacidad de retener sobre su superficie componentes presentes gaseosos o líquidos de otros. Poseen una capacidad bastante específica y son de gran ayuda en las intoxicaciones. Por lo tanto, disminuye la cantidad de droga que vaya a ser disponible para la absorción en el resto del tracto gastrointestinal, puede utilizarse de forma conjunta después de un lavado o en el caso que ya hayan transcurrido varias horas de la intoxicación.

Se puede administrar en una dosis de 1 a 2 gramos/kg disueltos en 100 o 200 ml de agua o solución glucosada al 5%. Es una buena opción en casos que el centro de salud más cercano se encuentre lejos por mientras el afectado es trasladado para su atención, útil con respecto a los medicamentos que poseen circulación entero hepática ya que éste producto interrumpe ésta

recirculación y la repetición de la dosis permite establecer una suerte de diálisis intestinal que va a disminuir los niveles en la sangre del medicamento ingerido (Dalmazzo, 2009, pp.879).

### **Otras técnicas**

Se han descrito otras modalidades de tratamiento para intoxicaciones agudas medicamentosas como lo son la optimización de la eliminación renal, ya sea aumentando el flujo o alterando su pH. La forma de alcanzarlo es acelerando la eliminación renal por ejemplo con el aumento del aporte de volumen de forma intravenosa o administrando diuréticos.

Con respecto a terapias como la hemodiálisis y diálisis peritoneal no resultan tan eficaces para la desintoxicación, pero podrían utilizarse eventualmente de forma complementaria en intoxicaciones más específicas o que requieran un manejo un poco más complejo como las que se dan con litio, teofilina, ácido valproico, entre otras.

### **Antídotos**

Resultan ser la opción más específica para la condición de un paciente intoxicado, la más eficaz e incluso la más rápida, sin embargo, no siempre se encuentra disponible dependiendo del lugar donde se encuentre y el tiempo transcurrido. De manera integral, la indicación principal para poder acceder a ésta terapéutica será que exista una alta especificidad del antídoto frente al tóxico en cuestión y que el estado clínico y/o analítica toxicológica lo justifique y por último, pero no menos importante que sea mayor el beneficio que el riesgo, puesto que algunos también cuentan con actividad tóxica como reacción adversa.

De acuerdo con lo descrito por Munné y Arteaga (2003, p.47) los principales son:

**Tabla6. Antídotos y Tóxicos en Intoxicaciones**

Antídoto	Tóxico
1. Antagonismo farmacológico a nivel de receptor	
Atropina	Colinérgicos
Fisostigmina	Anticolinérgicos (acción central)
Fitometadiona	Dicumarínicos
Flumazenil	Benzodiazepinas
Glucagón	B-bloqueantes
Isoprenalina	B-bloqueantes
Naloxona	Opiáceos
Neostigmina	Anticolinérgicos (acción periférica)
Oxígeno	Monóxido de carbono
Propranolol	B-adrenérgicos
Piridoxina	Isoniazida
2. Contrarrestan la inhibición de sistemas enzimáticos	
Ácido folínico	Metotrexate
Pralidoxima	Insecticidas organofosforados
3. Formación de compuesto atóxico (reacción directa antídoto-tóxico)	
Protamina	Heparina
Hidroxocobalamina	Cianuro
4. Acción competitiva en la vía metabólica (contrarrestan la formación de metabolitos tóxicos o neutralizan al metabolito tóxico)	
Etanol	Metanol. Etilenglicol
N-Acetilcisteína	Parecetamol/ Tetracloruro de Carbono

5. Reducción de la metahemoglobina a hemoglobina	
Azul de metileno	Anilinas, Nitratos y otros metahemoglobinizantes
6. Quelantes	
Deferoxamina	Fe. Al
Dimercaprol	Pb. Hg. As. An. Au
DMSA/ DMPS	Pb. Hg. As
EDTA Ca Na <sub>2</sub>	Pb. Zn. Cu. Cd
EDTA Co	Cianuro
Penicilamina	Cu. Pb. Hg. Zn. As
7. Aporte de substancia depleccionada	
Glucosa	Insulina, A.D.O
Gluconato Ca	Oxalatos, Fluorados, Mg, Calcio antagonistas
8. Acción inmunofarmacológica	
Fab antidigoxina	Digoxina
Suero antiofídico	Mordedura serpiente
Suero antibotulínico	Toxina botulínica
9. Otras acciones	
Diazepam	Cloroquina
Penicilina	Amanitinas

Piridoxina	Ácido glioxílico (etilenglicol)
Tiamina	Ácido Glioxílico (etilenglicol)

Fuente: P. Munné, J. Arteaga. Asistencia general al paciente intoxicado. ANALES Sis San Navarra 2003, Vol. 26.

## Suicidio

Civilizaciones pasadas como la egipcia, griega y romana consideraban el suicidio como el producto de un estado de ánimo melancólico y también como el acto que pone fin a una situación dolorosa. En la Edad Media, en el año 1621 desde el punto de vista religioso, el suicidio era un pecado y un crimen, el cual mereció castigos, incautación de bienes, y la prohibición a la población de no mencionar el nombre del suicida.

Se consideró a la melancolía como la base del suicidio, por lo tanto, la persona enferma de melancolía o tristeza, era tratada por el médico a partir de la práctica de sangrías, en la cual se filtraba la sangre para eliminar la acumulación de bilis negra en el cerebro. (Martín del Campo, González y Bustamante, 2013, p.201).

Se define el suicidio por El Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF, 2013) como:

El acto deliberado de quitarse la vida. Su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo a los diferentes países. Desde el punto de vista de la salud mental, los y las adolescentes poseen vulnerabilidades particulares, por su etapa del desarrollo (p.8).

Se calcula que entre el 0,5-2% de las muertes son causadas por suicidio, siendo una de las causas principales de muerte en el mundo occidental. Aproximadamente el 7% de los jóvenes tendrán un intento de suicidio antes de los 25 años, aumentando con la edad, especialmente a

partir de los 65 años, y de hecho las mayores tasas de suicidio se recogen en mayores de 75 años en todos los países que suministran datos a la OMS (Arbesu,2006).

Por otro lado, los autores Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) mencionan que “el suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí” (p.2).

Etimológicamente, la palabra suicidio resulta de la unión de dos palabras latinas Sui (sí mismo) y Cidium (matar), siendo su significado literal "acción de matarse a sí mismo" y es la manifestación más extrema de violencia, por estar orientada hacia el propio individuo (Corona, Hernández y García, 2016, p.3).

Ceballos (2017) menciona que el suicidio es producto de la combinación de varios factores y no solo de uno y que entre estos factores se encuentran tanto las enfermedades mentales como las físicas, el abuso de sustancias, problemas familiares e interpersonales, estrés, abusos sexuales, estar en bancarrota, pérdida de un examen y pérdida de algún ser querido (p.7).

### **Epidemiología**

El problema de salud "suicidio" viene afectando a la humanidad de manera importante en las últimas décadas y tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre. Las estadísticas oficiales y los centros de tratamientos médicos muestran un aumento de las tasas, sobre todo en los ancianos y los jóvenes.

La OMS estima que para el 2020 los casos de suicidio van a representar un 2,4 % del total de los casos de morbilidad a nivel mundial. Teniendo América Latina tasas inferiores que el resto del mundo, incluyendo América del Norte con un 10,1 de casos por cada 10 000 habitantes (Ballester, Barrios, Castillejo, Cuspoca, Franco, Gutiérrez, Rodríguez Sarmiento, Zamora, 2015, p.271).

En cuanto a la incidencia de casos de suicidio con respecto al género, algunos autores indican que el suicidio se da de manera más frecuente en hombres que en mujeres, teniendo una proporción de 4:1. Excepto en China y el sur de India, donde las mujeres presentan una mayor tasa de casos de suicidio (Platt, 1984, citado por Mansilla 2010).

Por otro lado, Ballesteros et al., 2015 mencionan lo siguiente:

Llama la atención las elevadas tasas de suicidio en hombres en relación con las mujeres en los diferentes grupos de edad. Por cada mujer que se suicida, hay entre 3 y 4 hombres que lo hacen, y en mayores de 70 años la relación llega a ser de 1:12. Es importante señalar el incremento gradual en las tasas de suicidio de mujeres adolescentes y jóvenes (p.271).

En Costa Rica, otros autores también demostraron en el estudio epidemiológico descriptivo, retrospectivo y reciente, de los casos de suicidio registrados en la Morgue Judicial (Sección de Patología Forense del Departamento de Medicina Legal, Organismo de Investigación Judicial) de Costa Rica, en el año 2015-2016 que la proporción de hombres que se suicidan es mucho mayor a la cantidad de mujeres, representando una proporción de 7:2 (Vargas y Espinoza, 2017, p.15).

Según estudios realizados en Costa Rica anteriormente, estos datos fueron congruentes con estos estudios, ya que en el año 2005 la tasa de mortalidad por suicidio por cada 100 000 habitantes del género masculino fue de 12.37 mientras que para el género femenino fue de 2.12. Haciéndose notar un descenso entre la proporción de hombres y mujeres para los años 2015-2016 (Vargas y Espinoza, 2017, p.41).

Las tentativas suicidas a causa de intoxicación, que es la segunda causa por la que se suicida la población según en CNCI en el 2016, el 75% de las mismas se ingieren medicamentos, en otro 20% se utilizan plaguicidas (CNI, 2017, parr.5).

Según la OMS, unas 800 mil personas se suicidan cada año, lo que representa una tasa estimada de 11,4 muertes por cada 100 mil habitantes. Las muertes por propia voluntad representan la segunda causa de fallecimientos entre los jóvenes de entre 15 a 29 años, después de los accidentes de tránsito (OMS, 2016, parr.7).

En cuanto a la zona geográfica, durante el año 2014, en Costa Rica se registraron 625 intentos de suicidio. San Ramón fue el tercer cantón con mayor número de intentos registrados (42), solo por debajo de Cartago (50) y Vásquez de Coronado (45) (Ministerio de Salud, 2015).

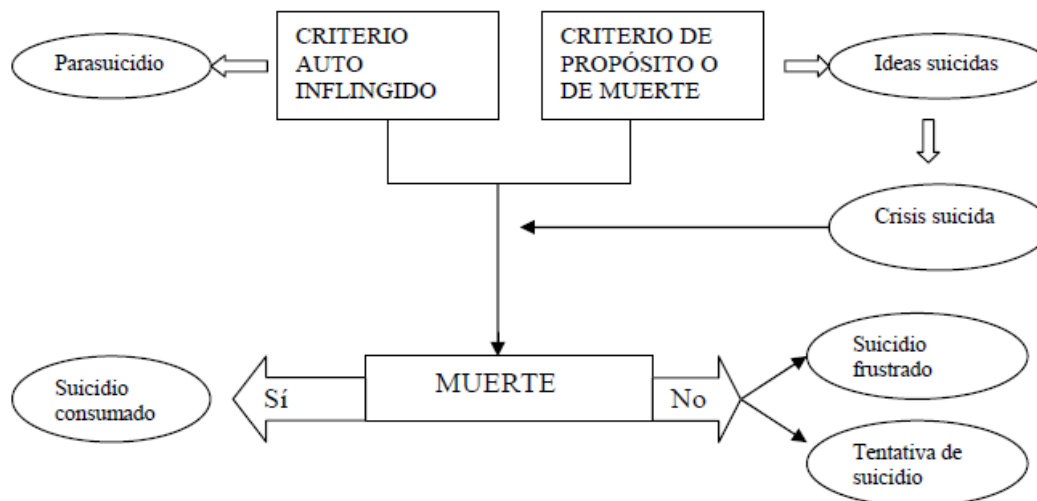
Según Vargas y Espinoza (2017), la provincia con mayor tasa de suicidio en Costa Rica fue Limón, seguido de San José y Cartago en segundo lugar y en tercer lugar la provincia de Heredia. Otro punto de relevancia es la edad, lo cual este estudio demostró que el mayor número de casos se dio en personas en un rango de edad entre los 20 y 39 años (p.15).

En el mismo estudio, se encontró que San José y Alajuela, al ser las provincias con mayor población, registraron alrededor de la mitad de suicidios anuales; Limón, Puntarenas y Guanacaste, que son las provincias con menor población, registraron cifras más altas que Cartago y Heredia (Sáenz, 2011 citado por García y Barrantes, 2017).

### **Clasificación**

Para poder hablar del suicidio tenemos que comprender que dependiendo de su desenlace recibirá una clasificación diferente. Es decir, que dentro de la conducta suicida no sólo hay que contemplar la consumación del suicidio, sino también la cantidad de matices autos agresivos existentes en la misma y que necesariamente no llevan a la muerte a la persona pero que marcan a partir de este momento su propia existencia. Para fines didácticos de esta investigación se clasificara de la siguiente manera:

**Figura 2. Clasificación del suicidio**



Fuente: Echávarri, (2010)

Para explicar mejor la imagen anterior a continuación se definen algunos términos:

### **Parasuicidio**

También llamado “Gesto Suicida”. Es el conjunto de conductas voluntarias e intencionales que el sujeto pone en marcha con el fin de producirse daño físico y cuyas consecuencias son el dolor, la desfiguración, la mutilación o el daño de alguna función o parte de su cuerpo, pero sin la intención de acabar con su vida. Se incluye aquí entre otros, los cortes en las muñecas, las sobredosis de medicamentos sin intención de muerte y las quemaduras (Echávarri, 2010).

Por otro lado el intento de suicidio o parasuicidio es un acto con desenlace no fatal que intenta deliberadamente el individuo y sin la intervención de otras personas, cuyo objetivo es obtener cambios en su propia situación vital a través de las consecuencias físicas esperadas o derivadas del propio acto (García, 2014, parr.2).

## **Crisis suicidas**

La crisis suicida es una crisis psíquica que puede conducir al suicidio, Por lo general, una persona del entorno cercano es testigo de los primeros signos que aparecen en el inicio de las crisis. Las crisis suicidas son una evidencia de la salud mental en ese momento.

Muchos síntomas pueden evidenciar una crisis suicida. Para detectar la crisis es necesario analizar todos los síntomas en conjunto y no de manera aislada. Estos síntomas y un cambio repentino de comportamiento son signos de alerta que los seres cercanos deben tener en cuenta.

- Expresión de pensamientos o intenciones suicidas.
- Desaliento.
- Sufrimiento psíquico intenso (angustia, depresión...).
- Pérdida del sentido de la vida y de los valores.
- Cinismo.
- Aislamiento o actitud de repliegue (la persona evita el contacto con quienes le muestran simpatía o afecto, anestesia afectiva).
- Gusto por lo morboso.
- Deseos de tener armas.
- Calma aparente. (Echávarri, 2010, (p.3).

## **Suicidio consumado**

Es aquel que termina con la muerte del suicida tras un intento no fallido, en otras palabras, es el intento de suicidio con resultado de muerte. Es decir, el suicida ha conseguido quitarse la vida como deseaba hacer. (Echávarri, 2010, (p.3).

## **Suicidio Frustrado**

Se puede entender que el suicidio frustrado se produce cuando la tentativa de suicidio no es efectiva, la persona es rescatada ilesa o con secuelas o daños físicos que requieren atención

médica y/o psicológica. También es definido como los suicidios que no se han consumado por errores de técnica, porque han sido sorprendidos en el momento de realizarse o a causa del tratamiento médico. (Echaverri, 2010, p.4).

## **Tentativa de suicidio**

### **La conducta suicida**

Para diferentes autores el suicidio es un acto suicida que consigue la muerte, mientras que el intento de suicidio es un acto no fatal, auto dirigido y potencialmente dañino cuyo objetivo es la muerte. Un intento de suicidio puede resultar en lesiones o no hacerlo. La autoagresión no suicida es un acto auto infligido que causa dolor o daño superficial, pero es muy poco probable que cause la muerte. (Echáverri, 2010, p.4).

La autoagresión no suicida puede ser una manera de reducir la tensión, aunque también lo definen como una manera importante de pedir ayuda, en muchos casos esta situación no logra su propósito de ayuda, sino culminar con una importante cantidad de dolor y pánico en los pacientes. (Pérez 2018).

Todos los pacientes con depresión deben ser interrogados sobre sus pensamientos respecto del suicidio; el temor a que este tipo de indagación puede imponer la idea de autodestrucción no tiene fundamento. El interrogatorio ayuda al médico a obtener una idea más clara de la profundidad de la depresión, favorece una conversación constructiva y aumenta la conciencia del médico sobre la desesperación profunda del paciente.

Es por esto que aún las personas que amenazan con un suicidio inminente, por ejemplo, un paciente que llama y declara que va a tomarse una dosis letal de un fármaco o una persona que amenaza con saltar desde una gran altura, pueden tener algún deseo de vivir, deseos que deben apoyar el médico u otras personas a las cuales apela el paciente en busca de ayuda. (MSD, 2018, p.2).

El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones según Pérez (2018):

- 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.
- 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.
- Ideas suicidas: Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:
  - Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual 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.
  - El plan suicida o idea suicida planificada, en la que 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 (p.2).

Según Pérez (2018) explica diferentes conductas suicidas:

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.

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.

Intento suicida también denominado para suicidio, 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.

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

Con respecto al suicidio accidental es 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 auto agrede 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.).

Suicidio intencional es cualquier lesión auto infligida 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 (pp.13-14).

### **Prevención del suicidio**

Las diferentes enfermedades mentales, específicamente la depresión y trastornos importantes como el consumo abusivo de alcohol y sustancias, también la violencia, las sensaciones de pérdida y entornos culturales y sociales son importantes factores de riesgo. Esto lleva a la importancia de evitar ciertos factores que puedan afectar a dichos pacientes con este trastorno.

La prevención del suicidio es tan importante como la adecuada intervención para un temprano y adecuado manejo y con esto llegar a un resultado oportuno. El 10 de septiembre, Día Mundial

para la Prevención del Suicidio, se fomentan en todo el mundo compromisos y medidas prácticas para prevenir los suicidios. Sobre la prevención del suicidio se puede mencionar según la OMS, (2014):

- En relación a las estrategias para contrarrestar estos factores de riesgo son de tres clases. Las de prevención “universal”, diseñadas para llegar a toda una población, pueden procurar aumentar el acceso a la atención de salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de difusión.
- Respecto a estrategias de prevención “selectivas” se dirigen a grupos vulnerables, como los de quienes han padecido traumas o abuso, los afectados por conflictos o desastres, los refugiados y migrantes y los familiares de suicidas, mediante “guardianes” adiestrados que ayudan a las personas vulnerables y mediante servicios de ayuda como los prestados por líneas telefónicas.
- Las estrategias “indicadas” se dirigen a personas vulnerables específicas mediante el apoyo de la comunidad, el seguimiento a quienes salen de los establecimientos de salud, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias (párr.8).

Respecto a prevención también puede desarrollarse fortaleciendo los factores protectores, como relaciones personales sólidas, un sistema personal de creencias y estrategias de afrontamiento positivas. Todo esto con un adecuado seguimiento del personal médico relacionado con estos tipos de trastorno, así como el auto ayuda de estos pacientes.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014), el conocimiento acerca del comportamiento suicida ha aumentado enormemente en los últimos decenios. La investigación, por ejemplo, ha mostrado la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas (p.8).

Al mismo tiempo, la epidemiología ha ayudado a identificar muchos factores de riesgo y de protección frente al suicidio tanto en la población general como en los grupos vulnerables.

También se ha observado variabilidad cultural en cuanto al riesgo de suicidio, y como la cultura puede aumentar el riesgo de comportamientos suicidas o proteger contra estos. Una manera sistemática de dar una respuesta nacional al suicidio es establecer una estrategia nacional de prevención del suicidio. Una estrategia nacional enuncia el compromiso claro de un gobierno con relación al problema del suicidio (pp.25-26).

Las estrategias nacionales, de manera general, abarcan varias medidas de prevención como la vigilancia, la restricción de los medios utilizables para matarse, directrices para los medios de difusión, la reducción del estigma y la concientización del público, así como la capacitación de personal de salud, educadores, policías y otros guardianes. También suelen incluir servicios de intervención en crisis y servicios post-crisis (OMS, 2014. p.16).

El suicidio es prevenible. Para que las respuestas nacionales sean eficaces, se necesita una estrategia integral multisectorial de prevención, la restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse da buenos resultados. Una estrategia eficaz para prevenir los suicidios y los intentos de suicidio es restringir el acceso a los medios más comunes, incluidos plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos. Para esto se necesita ayuda del gobierno para implementar ciertas disposiciones en contra de la fácil adquisición de los anteriores mencionados (OMS, 2014, parr.7).

Las comunidades desempeñan una función crucial en la prevención del suicidio. Pueden prestar apoyo social a los individuos vulnerables y ocuparse del seguimiento, luchar contra la estigmatización y apoyar a quienes han perdido a seres queridos que se han suicidado (OPS.2014. p.17).

Los servicios de salud tienen que incorporar la prevención del suicidio como un componente central. Los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a que se cometan

muchos suicidios en todo el mundo. La identificación temprana y el manejo eficaz son fundamentales para conseguir que las personas reciban la atención que necesitan.

### **Factores**

Un factor es un elemento capaz de influir o ejercer cierto impulso sobre algo, estos ayudan a determinar un desenlace. Se ha demostrado la relación entre los factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales con el desarrollo de los comportamientos suicidas; por cada adulto que se ha llegado a suicidar, posiblemente más de 20 lo han intentado (Corona, Hernández y García, 2016, p.96).

A grandes rasgos estos factores se pueden agrupar en dos grandes categorías, factores de riesgo o desencadenantes y factores protectores; los cuales pueden prevenir la acción suicida, retrasarla o acelerar para consumirla. Estos factores se deben analizar teniendo en cuenta el individuo, su familia, medio externo en el cual se desenvuelve diariamente, estado o nivel socioeconómico, así como las instituciones del estado encargadas de velar por la salud.

### **Factores Desencadenantes**

En todos los países se ha podido observar que el factor de encarcelamiento multiplica e impacta de manera muy significativa a las personas para propiciar el suicidio; no tanto por el hecho de la privación de libertad sino el cambio que representa en sus proyectos de vida, estigma, cambio de vivienda, condiciones de hacinamiento e higiene, salud mental y otras relacionadas con el apoyo social que reciben. Todo esto lleva a esta población a llegar incluso a fantasear con la muerte como alternativa de escape a un mundo adverso al que no logran adaptarse (Arrom, Arrom, Cuellar, Fresco y Vargas, 2017, p. 124-125).

### **Factores Individuales**

Debido a alteraciones previas en condiciones de salud de cada individuo, generalmente enfermedades crónicas, graves, hospitalización, eventos adversos en la vida cotidiana como sufrir

humillaciones, maltrato, aislamiento, enfermedades transmisibles o la misma presencia de patología mental y/o adicciones que tenga la persona (Corona et al, 2016, p. 96).

De acuerdo con Alison, Baron-Cohen, Bradley, Cassidy McHugh y Robinson (2016):

La depresión es un factor de riesgo de suicidio consumado y más del 90% de las personas que mueren por suicidio tienen depresión<sup>14</sup>. En vista de la evidencia de la alta incidencia de malos resultados y depresión en adultos con síndrome de Asperger, estas personas podrían estar en riesgo particular de experimentar ideación suicida y planes o intentos suicidas. Sin embargo, muy pocos estudios han explorado la tasa de suicidios en este grupo. La ideación suicida se reporta de manera anecdótica como muy común en las personas con síndrome de Asperger, especialmente en la adolescencia y la vida adulta temprana (p. 17).

Existe evidencia que apoya la idea que por sí solos los factores de riesgo individuales no explican diferencias claras en mortalidad por suicidios debido a escaso material que lo pueda poner en evidencia, sin embargo en los que se ha demostrado, no solamente se ha apreciado en pacientes con condición neuropsiquiatra de fondo sino incluso en padres y madres de estas personas.

Por tanto, el intento suicida o suicidio consumado es un fenómeno multicausal, en donde dos de los principales factores de riesgo son un intento previo de suicidio y pertenecer al sexo masculino, ya que se ha documentado que a pesar que es mayor la cantidad de mujeres que hacen el intento de suicidio, el mayor porcentaje de muertes se da en población masculina.

### **Consumo de Alcohol**

El número creciente de suicidios ha sido asociado al incremento en el consumo de bebidas alcohólicas, en países como por ejemplo Noruega o Suecia se ha logrado evidenciar que el incremento de 1 litro en el consumo de licor se encuentra asociado a un aumento en la tasa de

suicidios del 10-15%. Según Gálvez, P. (2015) el consumo de alcohol y, de forma especial el consumo perjudicial o excesivo, se asocia a la conducta suicida por medio de tres vías:

- A nivel poblacional, el consumo de alcohol se correlaciona con la tasa de suicidios.
- Por sus efectos desinhibidores, el consumo agudo de alcohol se asocia a la realización de intentos autolíticos que, en muchas ocasiones, acaban siendo letales o “completados”.
- Los adictos al alcohol presentan un mayor riesgo de suicidio que la población general, por los factores predisponentes y precipitantes que existen en un momento y lugar determinado (p.612).

Se ha correlacionado en un porcentaje importante de individuos con diagnóstico de intento suicidio que el sujeto había consumido alcohol previamente, sin embargo esto va muy de la mano con factores de naturaleza proximal que intervienen o media la influencia de la ingesta de alcohol en las distintas fases de la conducta suicida.

La impulsividad y agresividad, ambas incrementadas en situaciones de embriaguez; el incremento del estrés psicológico que va a producir la misma embriaguez, las expectativas creadas por la misma ingesta suicida que van a favorecer el paso de la ideación suicida y el grado de afectación cognitiva y en concreto la restricción que se produce respecto a la capacidad de generar y poner en práctica conductas adecuadas para el afrontar una ideación auto lítica (p.613).

**Tabla 7. Rol de los Neurotransmisores en paciente alcoholizado**

Rol de los neurotransmisores en paciente alcoholizado	
Serotonina	Dopamina
Hipoactividad serotoninérgica asocia un incremento en la impulsividad y agresividad. La disminución de niveles en el córtex prefrontal produce una alteración en los mecanismos de inhibición conductual.	En sujetos deprimidos con historia de intentos previos autolíticos se han observado niveles disminuidos de metabolitos de la dopamina; este funcionamiento se asocia a la impulsividad, la desregulación emocional y el

	<p>alcoholismo.</p> <p>Existen datos suficientes que apoyan la teoría que esta disfunción se encuentra condicionada genéticamente, así como la conducta suicida en el alcoholismo.</p>
--	--

Fuente: Gálvez, P. (2015). *Prevención e intervención de la conducta suicida en personas consumidoras de alcohol.*

El antecedente de trastorno psiquiátrico es un potente factor de riesgo para la conducta suicida; se dice que al menos el 90% de las personas que fallecen con diagnóstico de suicidio podrían haber calzado con al menos un trastorno mental y son los grupos más vulnerables para este atentado.

Con respecto a factores de riesgo Chesin, M., & Stanley, B. (2015) citan:

Los factores de riesgo para el suicidio a largo plazo, a diferencia de las señales de alarma inminentes, son variables, biológicos, sociales o psicológicos en su naturaleza, predisponiendo a los individuos a un aumento del riesgo de suicidio, ya sea a lo largo de la vida o durante un largo período de tiempo (p.23).

Estos factores a largo plazo son bien conocidos y han sido estudiados, pero desafortunadamente debido a que estos factores no siempre alertan al médico de un riesgo inminente de suicidio, la capacidad para predecirlo es mucho más difícil y por tanto el correcto abordaje o intervención para evitarlo, sigue siendo pobre.

## **Depresión**

Según es bien conocido por todos la depresión es una enfermedad de índole psiquiátrica muy importante y de acuerdo a su grado puede llegar a ser totalmente incapacitante; en la actualidad se han llegado a desarrollar diferentes tratamientos o modalidades de familias de antidepresivos, sin embargo no todos los pacientes tienen una evolución favorable a ellos. Debido

a esto ha surgido la necesidad de buscar los procesos implicados dentro de este padecimiento para poder así brindar una terapéutica eficaz (Villa, B. & González, C. 2012, p.106).

Se habla que alrededor de 50 millones de personas en la región de las Américas viven con depresión, lo que es aproximadamente un 17% más que en el año 2005. Es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en el mundo y según las últimas cifras de la OMS, más de 300 millones de personas viven con este padecimiento que no discrimina edad, historia personal, raza ni estado socioeconómico (OPS, 2018)

De acuerdo con Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2012):

La literatura ha señalado dos dificultades principales en el diagnóstico de la depresión: el infra diagnóstico, es decir, el no diagnosticar depresión en personas que realmente sufren depresión, dando lugar por tanto a falsos negativos, y el sobre diagnóstico, es decir, el diagnosticar depresión en personas que realmente no sufren depresión, dando lugar a falsos positivos (p.4).

Se ha visto que una parte importante de la población que llega a ser diagnosticada con depresión inicialmente no siempre acuden a la primera consulta demandando atención por sus síntomas psicológicos o aquejando problemas de índole afectiva, sino más bien como manifestación principal indican alguna dolencia, sin hacer hincapié directa a sus problemas emocionales; por este motivo es que el diagnóstico oportuno no siempre es tan sencillo de realizar.

**Tabla 8. Criterios Depresión**

Criterios DSM V para Depresión	
A. Presencia de al menos episodio depresivo mayor. Este se define por los siguientes criterios:	A. Presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo 1 o 2 necesariamente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de ánimo deprimido</li> <li>• Disminución del interés o placer en cualquier</li> </ul>

	<p>actividad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento o disminución de peso/apetito</li> <li>• Insomnio o hipersomnio</li> <li>• Agitación o enlentecimiento motor</li> <li>• Fatiga o pérdida de energía</li> <li>• Sentimientos inutilidad o culpa</li> <li>• Problemas concentración o toma de decisiones</li> <li>• Ideas recurrentes muerte o suicidio</li> </ul> <p>B. Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.</p> <p>C. No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general.</p>
B. El episodio depresivo mayor no se explica por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno psicótico.	
C. Nunca ha habido episodio de manía o hipomanía.	
<p>**Cuando hay solo un Episodio Depresivo Mayor: Depresión mayor, episodio único</p> <p>**Cuando hay dos o más Episodios Depresivos Mayores: Depresión mayor, recurrente</p>	

Fuente: Muñoz & Jaramillo (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos?

Como se menciona en la actualización de los criterios de depresión, ya el duelo incluso no excluye éste diagnóstico, por lo tanto es muy importante realizar una adecuada historia clínica para valorar el trasfondo de los síntomas que refiere el paciente para poder brindar una intervención oportuna y eficaz.

López-Lanza, J. R., Puente, M. V., Videras, R. L., Arribas, I., Pandiella, M. J., & Sineiro, E. (2016) manifiestan:

El tratamiento se basa en dos pilares, la psicoterapia y la terapia farmacológica, la primera es más frecuente que se utilice de forma aislada en formas leves, siendo de elección el tratamiento con ambos abordajes en casos moderados y graves, recomendándose por la mayoría de las guías, los ISRS como fármacos de primera elección, pudiendo seleccionar uno concreto guiándonos más por los efectos adversos que por su eficacia (p.2).

En diversos estudios que se han hecho se ha comparado efectividad entre una modalidad y otra, sin embargo y como lo pone en evidencia una revisión de los principales metaanálisis comparando esto anterior, se documenta que el uso de antidepresivos por si solos sin complemento con psicoterapia no es superior en efectividad respecto al uso de la psicoterapia como monoterapia (Grados, P. G. 2015).

Existe gran preocupación también en la población acerca de los mitos y tabúes que existen respecto al uso de medicación para la depresión; en muchas ocasiones no basta solamente con indicar el tratamiento solamente, ya que los resultados son basados la mayoría de las veces tomando en cuenta una buena adherencia al tratamiento, sin tomarse en cuenta otros factores como la adecuada comprensión del inicio del mismo y el modo de administración.

Hasta un 50% de los pacientes que ingresan a una consulta médica donde se inicia tratamiento con antidepresivos salen de la misma sin haber logrado comprender completamente las instrucciones que el médico les ha brindado respecto al tratamiento. La mayoría de los casos son consecuencias relacionadas con el olvido dentro de las cuales destacan también estado sociocultural de la población; así como por desconocimiento de una reacción adversa al fármaco el mismo paciente lo decide suspender (Campoamor, F., Pareja, A., Aguirre, I., Salvá, J., & Roca, M. 2009 p.48).

**Tabla 9. Recomendaciones para Uso de Fármacos en Depresión**

Recomendaciones respecto al uso de fármacos en depresión
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomiendan los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) como fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión mayor. (Grado recomendación A)</li> <li>• En caso que un fármaco o ISRS no sea bien tolerado debido a la aparición de efectos adversos, deberá cambiarse por otro fármaco del mismo grupo. (Grado de recomendación B)</li> <li>• Los antidepresivos tricíclicos (ADT) son una alternativa a los ISRS si el paciente no ha tolerado al menos dos fármacos de ese grupo o es alérgico a ellos</li> <li>• Los nuevos fármacos podrían utilizarse en caso de intolerancia a los ISRS, guiándose por el perfil de sus efectos adversos</li> <li>• El tratamiento farmacológico debe mantenerse en todos los pacientes, al menos durante 6 meses tras la remisión (Grado de recomendación A)</li> <li>• En pacientes con respuesta parcial a la tercera o cuarta semana de tratamiento, se recomienda: esperar la evolución clínica hasta la octava semana, o aumentar la dosis del fármaco hasta la dosis máxima terapéutica</li> <li>• Si a la tercera o cuarta semana el paciente no mejora, se podría seguir cualquiera de las siguientes estrategias: cambiar de antidepresivo a cualquier familia, incluso otro serotoninérgico o combinar antidepresivos o potenciar el tratamiento iniciado, con litio o triyodotironina. (Grado de recomendación B)</li> <li>• No se recomienda incrementar la dosis de ISRS si tras 3 semanas de tratamiento no se produce respuesta.</li> </ul>

Fuente: López et al. Manejo en atención primaria de un primer episodio depresivo (2016)

A pesar de todo lo evidenciado, se ha visto que la depresión resulta de una interacción de factores genéticos con un ambiente estresor que incluso puede haber estado en la infancia y que propicia a atrofia en ciertas áreas cerebrales, se ha demostrado la participación de neurotransmisores como el glutamato, en el desarrollo de citotoxicidad cerebral e incluso de ha hablado de la inflamación como otro mecanismo fisiopatológico que está involucrado en la depresión, por lo tanto no existe una explicación que logre reunir todos estos hallazgos lo que da

como resultado que sea un trastorno heterogéneo y por ende no todos los pacientes reaccionan igual a un mismo tratamiento (Villa & González. 2012, p. 114).

### **Depresión y Conflictos Familiares**

En relación a la familia o el núcleo en donde se desarrolla cada persona forma parte muy importante tanto en los primeros años de vida como en el resto de años en donde la persona entra en etapa adulta y se separa de su círculo habitual de personas, la presión e influencia ejercida por éste círculo es tan fuerte que interviene en las posteriores formas en que se va a enfrentar cada persona en sus situaciones adversas cotidianas.

La carencia de redes de apoyo en el ambiente familiar en el adolescente, afecta de forma significativa en su proceso psicosocial, de aquí se habla que la familia se convierte en un potencial factor de riesgo para la depresión, así como de otro tipo de conductas autodestructivas como la ideación suicida, adicciones, embarazos precoces, entre otros (Zúñiga, M. Á., Jacobo, B. R., Rodríguez, A. S., Cabrera, N. C., & Rentería, M. L. J. 2009, p. 215).

El reconocimiento de estas problemáticas en población vulnerable debe suponer un reto para cada médico, de forma que intervenga a favor de mejorar las condiciones de vida de quienes están en riesgo de presentar sintomatología depresiva o de los que ya la experimentan para evitar consecuencias peores.

Se han hecho estudios donde se ha podido observar que el aumento en el uso de antidepresivos, en adolescentes principalmente, no se encuentra relacionado al descenso en las tasas de suicidio sino más bien al abuso por parte de la población sobre todo a consecuencias sociales debido a alta demanda o estrés al que se encuentran sometidos (Alameda-Palacios, J., Ruiz-Ramos, M., & García-Robredo, B. 2014, p. 309).

Respecto al tratamiento farmacológico en los casos de intento suicida por depresión Valladolid. (2011) indica que:

En el caso de depresiones con riesgo autolítico, en la fase aguda suministrar antidepresivos asociados a sedantes para alcanzar un mayor efecto serotoninérgico. La acción de los antidepresivos sobre la impulsividad causada por la estimulación de los receptores de serotonina, muestran que el postulado del efecto serotoninérgico del litio, es congruente con los mecanismos de acción propuestos para los ISRS y la clozapina, como se evidencia en algunos estudios para disminuir el comportamiento suicida (p.5).

Sin embargo, a pesar que ésta es una de las principales acciones que se llevan a cabo después del primer intento suicida, realmente lo que ocurre al mismo tiempo es brindarle armas al individuo o métodos alternativos para cometer otro intento suicida. Por lo que el punto quizás más importante es antes de iniciar la medicación tomar medidas generales de prevención por medio de la promoción de la salud mental, seguimiento médico y reforzar el rol de la familia o redes de apoyo con las que cuente la persona.

Como lo explica Vargas (2014) “La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes” (p.57). Esto significa que todos los miembros de la familia asumen nuevos y diferentes roles de acuerdo a la fase del ciclo de vida en que se encuentren y que pueden ir cambiando con el tiempo, sin embargo esto no debería repercutir de forma negativa en ninguno de los miembros.

El impacto que vaya a generar la familiar en la persona se correlaciona con otros factores del entorno en un momento determinado de la vida y es lo que sustenta la base para el desarrollo de un trastorno depresivo; es importante lograr una relación terapéutica de colaboración que genere en la familia un sentimiento de control realista y que favorezca la movilización de las capacidades para que promueva la mejoría (p.58).

## **Factores Protectores**

Dentro de este campo se expande el panorama y desarrollo profundo de factores que influyen en el individuo y se puede decir que de forma positiva, evitando una consecuencia nefasta. Existe toda una red que se interrelaciona en el momento determinado de la vida de la persona que actúa a favor de esta protegiéndola contra conductas suicidas; incluso como se logró evidenciar anteriormente, estos factores protectores previenen la aparición de algunos trastornos mentales que se han visto involucrados en el suicidio.

Intervienen a modo de protección los lazos familiares, el núcleo donde se desarrolla diariamente el individuo, el reconocimiento de logros, apoyo a sus metas, promoción de la amistad, tolerancia y la inclusión de este en la sociedad, el ambiente comunitario donde tenga oportunidades educativas y profesionales, así como un entorno agradable y sin riesgos. Las instituciones públicas y privadas juegan papel importante debido a que son entes encargados de dar formación a otras personas para la correcta identificación y atención de personas en riesgo y de ofrecer alternativas o métodos viables para el rescate de estos (Corona, Hernández y García, 2016, p.97).

El reto más grande que tienen estas instituciones como lo son la OMS, y todos los centros de salud y demás entes involucrados es el garantizar llegar a toda la población y no solamente a los grupos que se han descrito como más vulnerables; la correcta captación, seguimiento y posterior capacitación de estas mismas personas es lo que determina el verdadero impacto en la sociedad actual y lo que poco a poco hará que las cifras que cada día van en aumento lleguen a un punto donde comiencen a descender.

## **Intervenciones**

Es una necesidad el involucrar a toda la sociedad en capacitación y acción para prevención del suicidio, la comunicación y actualización constante es lo que puede hacer que lo que parece difícil de alcanzar se logre paulatinamente. El gobierno, sector educativo, cultural, medios de comunicación y sector salud deben actuar de forma conjunta, el suicidio es previsible

y es prevenible pero se ve limitado por la falta de estudios o investigaciones que no terminan de poner en manifiesto la realidad que se vive.

Un adecuado plan de acción para la prevención del suicidio no solamente es la identificación y captación, sino el desarrollo y desenlace posterior a este primer escenario. Muchas veces la falta de acceso a información o fuentes cercanas donde poder socorrer es lo que limita a quienes con dificultad logran impactar de forma positiva en estas personas.

En su mayoría los países no cuenta con un plan nacional contra el suicidio ni tampoco el gobierno dedica muchos fondos para financiar proyectos de este tipo, entonces los estudios o investigaciones hasta el día de hoy pueden estar mostrando una realidad que incluso realmente sea mucho peor si se lograra poner en evidencia los índices reales.

Con respecto a la salud mental la OMS (2013) cita:

La salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad (párr.1).

Un punto importante para poder determinar la percepción de estos factores protectores o desencadenantes es el del concepto que tenga la persona sobre salud mental pública, puesto que para la correcta identificación se necesita tener en cuenta primeramente si realmente se trata de un individuo en riesgo o simplemente existen otros factores de por medio que nublan ese juicio.

Según la literatura y lo que se ha logrado estudiar respecto a la definición de salud se ha documentado que en múltiples ocasiones se ha partido de la idea que la salud es la ausencia de enfermedad y esto ha hecho que dejen de lado el resto de recursos personales y sociales que posee el individuo y que son capaces de ejercer fuerza sobre sus procesos de recuperación, rehabilitación o por el contrario acelerar un proceso (Cardona, Muñoz y Restrepo, 2016, p. 170).

## **Intervención de Planificación de Seguridad**

Existen diversos métodos que se pueden aplicar de forma breve y sencilla en pacientes vulnerables o en riesgo de suicidio, uno de los más utilizados es la Intervención de Planificación de Seguridad SPI, el cual constituye una completa intervención desarrollada desde las estrategias basadas en la evidencia e identificada como buena práctica por la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio y por el Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio.

Éste método fue desarrollado como instrumento independiente para la prevención de suicidio en pacientes con previo intento y que fueron dados de alta en centros de atención aguda y continúan en riesgo. Se trata de crear de forma conjunta por escrito un plan de seguridad personalizado como referencia para el paciente en futuras crisis de suicidio.

El plan una vez creado, se brinda al paciente y consta de seis componentes que se detallan a continuación:

- Señales de alarma de crisis de suicidio: pueden ser pensamientos, sentimientos, conductas, imágenes, eventos o situaciones inesperadas por el paciente que previamente fueron los que estuvieron relacionados con el evento anterior.
- Estrategias internas de afrontamiento: deben ser habilidades enumeradas que se encuentren fácilmente disponibles para el individuo aislado y deben servir principalmente para distraer, aunque también sean posibles otros beneficios adicionales, como sentimientos de maestría o placer.
- Contactos sociales que pueden distraer de pensamientos e impulsos suicidas: Son situaciones sociales y los miembros de apoyo del sistema que pueden distraer al paciente de su malestar actual.
- Familiares o amigos que pueden ofrecer ayuda: Lista de personas de confianza a los que pueden recurrir en caso de crisis.

- Contactos profesionales y de la agencia para ayudar a resolver las crisis: Organismos y personas que apoyen salud mental del individuo, como un médico, un servicio local de atención urgente 24 horas o servicio de urgencias y una línea telefónica disponible.
- Restricción de medios: Limitar el acceso a medios letales que eventualmente le salvarán la vida (Chesin, M., & Stanley, B. 2015, p. 29).

El siguiente cuadro es hace referencia a los diferentes estudios que se han realizado en pacientes con conducta suicida y los resultados a largo plazo de acuerdo con las estrategias que se tomaron posterior al primer intento.

**Tabla 10. Cuadro Comparativo de Estudios sobre Intervenciones para Reducir Riesgo Suicidio**

Ensayos controlados aleatorizados de las intervenciones breves para reducir el riesgo de suicidio entre los adultos y adolescentes				
Estudio	Muestra	Brazo tratamiento	Brazo control	Efectos
Motto y Bostrom 2001	Pacientes deprimidos o suicidas que no están en tratamiento 30 días después del alta	Contacto	Sin tratar	En los años 1 y 2, menor tasa de suicidios en el grupo de tratamiento. En años 2-15, no hay diferencia en la supervivencia.
Carter et al. 2005	Auto envenenamiento deliberado	TH + contacto	TH	Al año, no hay diferencia entre grupos en la proporción de individuos con autointoxicación repetida.

				Menor riesgo de repetición de la autoagresión en el grupo de tratamiento.
Beautrais et al. 2010	Intentadores de suicidio o auto lesión deliberada	TH + contacto + psicoeducación	TH	Al año, menos visitas totales por autolesión entre grupo tratamiento. Al año, no hay diferencia entre grupos en la proporción de individuos revisitados por autolesiones repetidas
Fleischmann et al. 2008	Intentadores de suicidio	TH + psicoeducación	TH	A los 18 meses después del alta, había un menor número de suicidios en el grupo de tratamiento que en el grupo TH
King et al. 2009	Adolescentes con IS o Int. S significativo los últimos 4 semanas	TH + psicoeducación y soporte social	TH	A las 6 semanas, fue menor entre el grupo de tratamiento. No hay diferencias significativas en Int. S entre los grupos durante las semanas 6-12 de tratamiento o post-tratamiento.

Fuente: Chesin, M., & Stanley, B. (2015)

## Decisiones clínicas en relación con el suicidio

Echeburúa, E. (2015) menciona:

Si un paciente no expresa directamente pensamientos suicidas pero es un sujeto de riesgo (con trastornos mentales graves, con enfermedades crónicas incapacitantes, con intentos suicidas previos o con un profundo malestar emocional), hay que preguntarle directamente por ellos. Esto no aumenta el riesgo de suicidio. Se trata de valorar el grado en el que el sujeto ha transformado un vago deseo de morir en una decisión concreta de matarse (p.124).

El suicidio constituye una urgencia no sólo en el contexto biográfico del individuo involucrado sino que también revela o refleja un debilitamiento de redes afectivas y sociales que lo rodean. Por tanto, la decisión de querer acabar con la vida incluye grandes esferas como lo son: el nivel emocional acompañado de un sufrimiento intenso, una carencia de recursos psicológicos para poder enfrentarlo y una afección cognitiva ante la desesperanza profunda por el futuro acompañada de percepción de muerte como única salida.

Respecto a la demanda terapéutica según el tipo de paciente se puede clasificar en tres tipos:

- Aquellos que aún no expresan de forma verbal sus intenciones pero que tienen ideación suicida.
- Los que acuden a consulta manifestando que tienen pensamientos suicidas reiterados.
- Pacientes que han sobrevivido a un intento de suicidio (p.123).

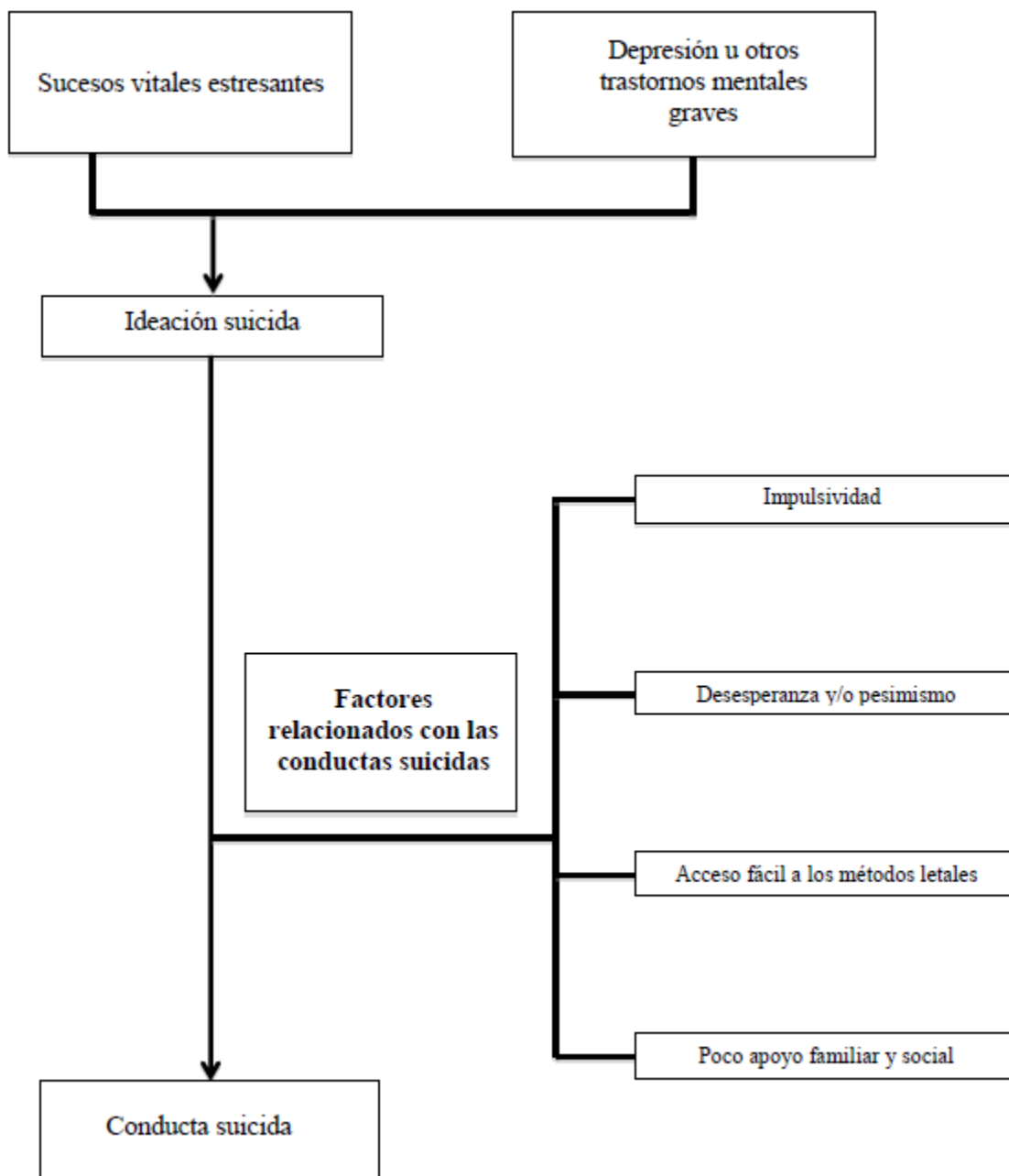
**Tabla 11. Recomendaciones en Ideación Suicida**

Recomendaciones de cómo, cuándo y qué preguntar sobre ideación suicida	
¿Cómo preguntar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se siente infeliz o desvalido?</li> <li>• ¿Se siente desesperado?</li> <li>• ¿Se siente incapaz de enfrentar a la vida diaria?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Siente la vida como una carga?</li> <li>• ¿Siente que la vida no merece la pena vivirse?</li> <li>• ¿Siente deseos de cometer suicidio?</li> </ul>
¿Cuándo preguntar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Después de que se ha establecido una empatía y la persona se siente comprendida</li> <li>• Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos</li> <li>• Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad o de impotencia</li> </ul>
¿Qué preguntar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?</li> <li>• Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿Tiene pastillas, algún arma, algún objeto peligroso o algo similar?</li> <li>• Para obtener información acerca de su la persona se ha fijado una meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?</li> </ul>

Fuente: Organización Mundial de la Salud (WHO, 2014).

De acuerdo con lo visto anteriormente, la evidencia y experiencia las metas terapéuticas deben ir enfocadas en el cambio de los factores modificables para así lograr contrarrestar el peso de los otros factores no modificables y así inducir al paciente a poder darle un tipo de esperanza y control sobre su conducta. Cualquier indicio o anuncio de muerte autoinducida siempre debe suponer una luz roja de alarma de peligro e inmediatamente iniciar un plan de acción.

**Figura 3. Algoritmo Factores Riesgo Ideación Suicida**

Fuente: Echeburúa, E. (2015).

## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **Tipo de estudio**

El presente trabajo está realizado con una metodología de enfoque cualitativo, el cual se basa en métodos de recolección de datos sin una medición numérica, utilizando descripciones y observaciones.

Este capítulo le permite al lector comprender de una mejor manera el tipo de investigación realizado en este trabajo así como también las diferentes categorías, características y parámetros utilizados para abordar de la mejor manera la investigación.

### **Área del estudio**

Es por esto que se realiza un análisis completo y extendido de revisiones bibliográficas y artículos de medicina esto alrededor del tema sobre evidencias e identificación de las intoxicaciones medicamentosas por psicofármacos y su injerencia con el suicidio en mujeres menores de 60 años.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Así mismo la investigación se realiza bajo el criterio de inclusión y exclusión donde se exponen los criterios de inclusión y exclusión que se utilizaron para seleccionar los artículos científicos con los que realizará la discusión de resultados.

#### **Criterios de inclusión**

Se han seleccionado artículos con algunos requisitos específicos:

- Estudios o artículos realizados en España y países como México, Colombia, Estados Unidos, Cuba, Costa Rica, Chile, Ecuador, Argentina, Perú, Bolivia, Uruguay, Brasil y Angola.
- Artículos libres de cualquier tipo de pago o brindados por el BINASS sobre evidencias e identificación de las intoxicaciones medicamentosas por psicofármacos y su injerencia con el suicidio en el periodo del 2012-2019.
- Artículos que traten sobre la incidencia de diferentes psicofármacos en suicidios.
- Artículos que brinden estadísticamente datos sobre suicidio y su impacto en las diferentes edades.
- Artículos redactados en los idiomas inglés, portugués o español.
- Artículos que involucraran mujeres menores de 60 años de edad.

### **Criterios de exclusión**

- Artículos sobre evidencias e identificación de las intoxicaciones medicamentosas por psicofármacos y su injerencia con el suicidio publicado antes del 2013.
- Estudios o artículos exclusivos en personas mayores de 61 años.
- Artículos o estudios realizados solo en hombres.
- Artículos en idiomas que no fueran inglés, portugués o español

### **Fuentes de información**

Las fuentes de información se recabaron en las diferentes bibliotecas del país, así como también en distintas bases de datos como fueron: Dialnet, SCielo, revistas académicas de la UCR, Google Académico, PubMed, BINASS, Science Direct.

**Tabla 7. Fuentes de información**

<b>Artículo</b>	<b>Resumen</b>
2012. Simon, G., Roy-Byrne, P. P., & Solomon, D. Effect of antidepressants on suicide risk in adults. USA.	Análisis de los principales estudios aleatorizados, observacionales y

	ecológicos acerca de la relación entre uso de antidepresivos y tendencia suicida. Se documenta que existe una mayor probabilidad de desarrollar comportamiento suicida en pacientes tratados con antidepresivos, sin importar clase perteneciente del fármaco, entre los 18-24 años durante las primeras semanas de tratamiento.
2012. Felix, M., Toledo, E. Medicamentos psicoactivos: estudio de mujeres con intento de suicidio en un municipio del sur de Brasil.	Estudio cuantitativo en mujeres atendidas en control de intoxicaciones, mediante visita domiciliaria, la edad media fue de 29 años con más de la mitad de la muestra con antecedente de depresión y el 50% mantenían tratamiento psiquiátrico y el medicamento más común son las benzodiacepinas.
2012. Calderón, A., Pérez. Prevalencia del suicidio femenino en el departamento del magdalena (Colombia)	Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo, en mujeres durante el 2004 al 2010, siendo las adolescentes con más tasa de suicidios, el método más utilizado fue el envenenamiento. También se determina el tener pareja e hijos como factor protector.
2013. Castrillón, J., Latorre, J., Buitrago, S., Ocampo, L., Molina, A., Cruz, P., Agudelo, L., Estrada, J.,	Estudio de corte transversal en una población de estudiantes

<p>Mejía, M., Rodríguez, C. Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de palestina-caldas, Colombia.</p>	<p>colombianos, con edad promedio 14 años, principalmente áreas urbanas, donde se documenta como principales factores asociados el maltrato infantil, siendo el común abuso psicológico e intentos de suicidio en familiares, bajo nivel socioeconómico y en menor proporción la enfermedad mental asociada.</p>
<p>2014. González, C., Rodríguez, E., Fuentes P., Vega, L., &amp; Jiménez, A. Correlatos psicosociales de depresión y riesgo de suicidio en trabajadoras sexuales del Estado de Hidalgo, México.</p>	<p>Estudio transversal descriptivo, realizado en trabajadoras sexuales con edad promedio de 29 años. Se documenta como predictor importante de riesgo de suicidio principalmente la depresión, el consumo de alcohol, la violencia sexual a las que han sido expuestas y redes de apoyo familiar y se logró evidenciar que el riesgo de suicidio en esta población aumento más del doble respecto al riesgo de suicidio de la población en general.</p>
<p>2014. Colell, E., Sánchez, A., Domingo, A., Delclós, J., &amp; Benavides, F. Prevalencia de consumo de hipnóticos sedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados. España.</p>	<p>Estudio de población española trabajadora entre 16-60 años, donde se aprecia que ser mujer, mayor de 45 años, percibir mala salud mental y factores estresantes laborales son un perfil de riesgo para el consumo de hipnóticos sedantes,</p>

	principalmente benzodiazepinas.
2015. Azcárate, L., Peinado, R., Blanco, M., Goñi, A., Cuesta, M., Pradini, I., & López, J. Características de los suicidios consumados en Navarra en función del sexo. España.	Revisión de las historias clínicas de los suicidios consumados en una localidad de España, en la cual se determina el número y las principales variables sociodemográficas, reflejando que las mujeres con edad promedio de 51 años tienen un menor porcentaje de suicidio, esto asociado a una menor letalidad de los métodos empleados donde el principal fue la sobre ingesta farmacológica.
2015. De la Torre, A., Quesada, Y., Rodríguez, H., Martínez, A., & Cabrales, L. Caracterización de algunos factores de riesgo asociados al intento suicida en adolescentes. Cuba.	Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de adolescentes que presentaron intento suicida, principales factores de riesgo asociados al intento suicida fueron malas relaciones con los padres, seguido de dificultad en rendimiento escolar y rechazo. Se aprecia que hubo mayor intento de suicidio en las mujeres, con preferencia al método de ingestión de tabletas, las edades más frecuentes fueron entre 14 a 16 años.
2015. Moreira, D., Cavalcante, M., do Amaral, F., & Pereira de Sousa, F. Perfil de los pacientes tratados por intento de suicidio en un centro de atención toxicológica. Brasil.	Estudio descriptivo y retrospectivo sobre pacientes de 10 a 60 años con diagnóstico de intento de suicidio en un hospital público de Brasil. Se

	<p>observó que más de la mitad de los casos fueron mujeres estudiantes entre 20 y 40 años, la mayoría cometió el acto en su casa que es donde tenían mayor acceso a un agente tóxico y en primer lugar se usaron los psicofármacos.</p>
<p>2015. Chávez, A., González, C., Juárez, A., Vázquez, D., &amp; Jiménez, A. Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato, México. México.</p>	<p>Estudio transversal con muestra aleatoria de escuelas secundarias públicas de un estado de México, estudiantes con edad promedio de 13 años en donde se aprecia que la ideación suicida predominó en mujeres, dentro de los métodos más usados, la intoxicación por medicamentos fue el tercero más usado de los casos y dentro de las principales desencadenantes fueron problemas familiares donde cursaron con depresión, tristeza y enojo.</p>
<p>2015. Trobo, V., Tortorella, M., Speranza, N., Amigo, C., Laborde, A., Goyret, A., &amp; Tamosiunas, G. Perfil epidemiológico de las intoxicaciones por benzodiazepinas recibidas en el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico uruguayo en el período 2010-2011. Uruguay.</p>	<p>Estudio observacional retrospectivo hecho en Uruguay, donde se analizaron todas las consultas de intoxicaciones registradas en un centro toxicológico referentes a benzodiazepinas en un periodo de 2 años. Se documenta que al menos de todas las intoxicaciones registradas casi un 25% correspondieron a benzodiazepinas, predominó el sexo</p>

	femenino y en un 89% con fines auto líticos, los más usados fueron Clonazepam, diacepam y alprazolam y apenas un 1% de todos los casos culminó en suicidio , estos fueron >75 años.
2016. Segura, M, Lam, A., Santos, J., López, M & Sanmartín, D. Incidencia de las intoxicaciones: un caso en hospital de Ecuador.	Investigación exploratoria, descriptiva, transversal y de observación dirigida en pacientes intoxicados, de un hospital de Ecuador en un año. En el estudio se concluye que la incidencia de casos de intoxicaciones más alta fue en el mes de febrero, la intoxicación por fármacos fue el principal método, con una prevalencia mayor entre los 20-49 años y habitualmente de forma accidental o involuntaria.
2016. Santurtún, M., Santurtún, A., Agudo, G., & Zarrabeitia, M. Método empleado en las muertes por suicidio en España: envenenamiento y agentes violentos no tóxicos. España.	Estudio retrospectivo en el que se analizan las muertes con diagnóstico de suicidio en un período de 13 años en España. El suicidio por intoxicación tiene una mayor representatividad en las mujeres y está relacionado en casi un 90% de todos los casos registrados y el más recurrente.
2016. Maroto, A. Revisión de la investigación sobre suicidio en Costa Rica. (1998-2013): principales hallazgos Costa Rica.	Investigación a nivel nacional acerca de los abordajes teóricos y metodológicos del suicidio

	<p>publicados durante un periodo de 15 años. Se evidencia que hay suficientes estudios clínicos pero limitación en el ámbito psicosocial, logrando que el suicidio sea producto de uno o más de estos factores que inciden en la persona como una fuerza inexorable en ese momento.</p>
<p>2016. Dominguez, F., Sendra, J., Vasallo, M. Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario. España.</p>	<p>Estudio descriptivo, realizado en base a archivos médicos específicamente altas médicas en mujeres con intento de suicidio dónde se evidencia la media de edad los 25 años siendo como primer método envenenamiento con medicamentos en primer lugar las benzodiazepinas, seguido por antidepresivos</p>
<p>2016. Miguel, D., Pereiro, C., Barrera, A., López de Abajo, B., &amp; Vázquez, C. Detección de benzodiazepinas en sujetos fallecidos por Reacción Aguda a Drogas en Galicia (1997-2011). España.</p>	<p>Análisis estadístico donde se revisaron las muertes ocurridas en una comunidad de España en las que se determinara causa por reacción aguda tras consumo de sustancias durante un periodo de 15 años. Se documentó predominantemente en el sexo masculino, con una edad media de 34 años en los cuales la sustancia que se encontró más fueron los opiáceos y dentro de estos</p>

	<p>principalmente derivados de la heroína. Las mujeres presentaron porcentajes superiores de metadona, benzodiacepinas, mayormente Alprazolam, y cocaína, mientras que los hombres mayormente cannabis. En casi un 90% de los casos existió la presencia de más de una sustancia.</p>
<p>2016. Nicieza, M., Alonso, J., Suárez, P., &amp; Rilla, N. Efecto de la crisis económica sobre el consumo de psicofármacos en Asturias. España.</p>	<p>Estudio descriptivo y de utilización de psicofármacos prescritos por médicos de atención primaria durante 10 años divididos en 2 etapas como pre crisis y crisis, recolectados de acuerdo con el sistema nacional de salud de España. Se aprecia que el consumo de ansiolíticos, hipnótico-sedantes y antidepresivos aumentó más del 50% de previo a la crisis económica, lo que lleva a pensar que el estrés, insomnio, sufrimiento humano y problemas sociales han llegado a desarrollar en las personas dependencia de psicofármacos para sobrellevar la vida.</p>
<p>2016. Rubio, V., Redondo, S., Ruíz, G., Muñoz, M., &amp; Velázquez, A. Urgencias hospitalarias asociadas al consumo de hipnóticos y sedantes, Castilla y León, 2009-2013. España.</p>	<p>Estudio de tipo descriptivo transversal hecho en España en un periodo de 5 años, se incluyeron hombres y mujeres con edades entre 31 a 50 años atendidos en el servicio</p>

	de urgencias relacionado al consumo de fármacos hipnóticos sedantes en 4 hospitales. Se documentó en más de la mitad de los casos predominio del sexo femenino con edad media de 40 años y en poco menos de ¼ de los casos hubo intento o ideación suicida en primer lugar con uso de Lorazepam.
2017. Steinmetz, L. Caracterización de riesgo diferencial-demográfico en urgencias psicológicas: intento de suicidio y otros motivos de consulta. Argentina.	Estudio clínico epidemiológico, diseño descriptivo transversal de casos asistidos psicológicamente por urgencias referentes a suicidio durante un periodo de 4 años. Los resultados del estudio indican una mayoría de casos femeninos con edad media 24 años, la franja etaria fue entre 15-24 años.
2017. Sánchez, F., Ostolaza, A., Peña, E., Ruiz, P., & Vega, J. Frecuencia de tendencias suicidas (suicidalidad) y factores asociados en mujeres durante el primer año posparto. Perú.	Estudio de mujeres en el cual se desea estimar la frecuencia de tendencias suicidas y explorar su relación con diversas variables en mujeres atendidas en el un hospital de Perú en el primer año del periodo posparto. Concluyendo que las mujeres separadas o divorciadas tienen mayor riesgo de suicidio.
2017. Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Maino, M., Armijo, I., Fischman, R., Núñez, C., Moya, C., & Monari, M. Intento e ideación suicida en consultantes a	Estudio compuesto por consultantes a salud mental en la Región Metropolitana, Chile, a través de una

<p>salud mental: Estilos depresivos, malestar interpersonal y satisfacción familiar. Chile.</p>	<p>muestra intencionada, se analizó la relación entre estilo de vivencia depresiva, satisfacción familiar, malestar en las relaciones interpersonales y conducta suicida. Según los resultados de este estudio, se confirma que un mejor funcionamiento en las relaciones interpersonales como ser competente socialmente, tener una adecuada autoestima y sentirse integrado, se asocian con un menor riesgo suicida. Además menciona una mayor incidencia de suicidios en solteros, jóvenes.</p>
<p>2017. Navarro, N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. España.</p>	<p>Análisis realizado en España en una población entre los 15 a 29 años con datos proporcionados por un instituto nacional de estadística en donde se logra apreciar que a mayor edad aumenta la tasa de suicidio en personas jóvenes y que existe diferencia respecto al método suicida entre ambos sexos, para el sexo femenino el envenenamiento con drogas, medicamentos o sustancias biológicas fue el tercero más usado, sin embargo se documentaron casi al triple menos suicidios en la población femenina, respecto a la masculina.</p>

<p>2017. Gros, T., Núñez, C., Medina, R., Dito, J., Mahave, M., &amp; Allue, J. Intoxicaciones agudas graves en UCI: rasgos epidemiológicos, clínicos y estándares de tratamiento. España.</p>	<p>Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de pacientes mayores de 14 años ingresados en unidad de cuidados intensivos en un hospital de España por más de 24 horas con diagnóstico de intoxicación aguda grave durante 11 años. Se documenta el uso de fármacos como el principal tipo de intoxicación, donde prevaleció el uso de benzodiazepinas y antidepresivos, predominó la vía oral y más de la mitad de los casos contaba con antecedentes psiquiátricos y un 16% intentos previos de suicidio. Existe un predominio en el índice de mortalidad entre las intoxicaciones no medicamentosas.</p>
<p>2017. Castillo, C.; Maroto, A. El suicidio desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria: Los resultados del diagnóstico en Santa María de Dota, Costa Rica.</p>	<p>Estudio donde se identifica que la Construcción y representación simbólica de la comunidad es el factor de riesgo más asociado a suicidio y en un segundo lugar la Comunidad conservadora. También se determina que el Incesto y abuso sexual. Son los factores menos riesgosos para suicidio así como la actividad económica y empleo.</p>
<p>2018. González, C. M. R., Ponce, A. G. T., De</p>	<p>Estudio observacional descriptivo de</p>

<p>Benedictis-Serrano, G. A., &amp; Guerra-Tello, M. J. Características clínicas y epidemiológicas de las intoxicaciones en el Hospital General Docente Ambato de Ecuador, 2013 a 2014. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. Paraguay</p>	<p>corte transversal sobre los casos de intoxicación registrado en emergencias de un hospital de Paraguay durante 1 año. Se evidenció la presencia de psicofármacos como la tercera causa de intoxicación, además en más de ¾ partes de la muestra fue con fines autolíticos donde el medicamento más usado fueron las benzodiacepinas seguido de la carbamazepina. La edad promedio estuvo entre los 19-30 años y cifras de suicidio consumado fueron iguales entre hombres y mujeres, sin embargo en mujer hubo mayor componente de intoxicación accidental.</p>
<p>2019. Mora, M., Moya, D., Calderón. Suicidio en Costa Rica: Análisis de autopsias realizadas en el Departamento de Medicina Legal. Costa Rica.</p>	<p>Trabajo de análisis descriptivo realizado gracias a la base de datos del departamento de medicina legal, donde se estudia a mujeres costarricenses en edad reproductiva dando como resultado la zona de san José en primer lugar de suicidios así como la causa de intoxicaciones con agroquímicos en primer lugar seguido por intoxicaciones con medicamentos la segunda en lista y la edad más común entre los 18-29.</p>

<p>2019. Davila, Claudio. Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad por suicidios en México</p>	<p>Estudio de tipo observacional y transversal, donde las mujeres de 15 a 29 años en más de la mitad de la muestra son las mayormente afectadas, siendo el ahorcamiento como primer detonante de suicidio seguido por envenenamiento</p>
<p>2019. Félix, T. A., Oliveira, E. N., López, M. V. D. O., Dias, M. S. D. A., Parente, J. R. F., &amp; Moreira, R. M. M. Riesgo para la violencia auto provocada: preanuncio de tragedia, oportunidad de prevención. Enfermería Global. Brasil.</p>	<p>Estudio con enfoque cuantitativo tipo casos y controles en el departamento de emergencias de un hospital en Brasil en mayores de 12 años con diagnóstico inicial compatible con intento de suicidio en un periodo de 3 años. Se identificó que la población más afectada estaba relacionada con bajo nivel socioeconómico, predominantemente mujeres entre 41 y 61 años cometieron suicidio, la intoxicación exógena fue la preferida, donde el uso de fármacos antidepresivos quedó en segundo lugar y el conflicto amoroso fue la principal causa.</p>

### Categorías de Análisis

La categoría de los análisis que se presentarán serán derivados de los objetivos específicos. Esto llevará al resolver la pregunta planteada al principio del estudio, por ende,

reconocer una organización más clara de los métodos recopilados para dar una mejor información en el análisis.

### **Categoría de Análisis 1: Intoxicación**

#### **Definición conceptual**

Según Melgar, (2013) se define del siguiente modo:

Una intoxicación es la respuesta del organismo a la ingesta de sustancias tóxicas, que producen alteraciones de las funciones vitales, en las que se puede comprometer la vida. Por lo tanto, es una reacción fisiológica del cuerpo a una determinada sustancia dañina, que ingresó por una vía de entrada, que podría ser la oral, una inyección, la absorción por vía tópica, entre otras (p.1848).

### **Categoría de Análisis 2: Suicidio**

#### **Definición conceptual**

El acto deliberado de quitarse la vida. Su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo a los diferentes países. Desde el punto de vista de la salud mental, los y las adolescentes poseen vulnerabilidades particulares, por su etapa del desarrollo (UNICEF, 2013.p.8).

### **Categoría de Análisis 3: Factores**

#### **Definición Conceptual**

Un factor es un elemento capaz de influir o ejercer cierto impulso sobre algo, estos ayudan a determinar un desenlace (Corona, Hernandez y García, 2016, p.96).

## **CAPÍTULO IV: ANALISIS Y RESULTADOS**

A continuación, se demostrara los resultados obtenidos en esta investigación, basados en una revisión bibliográfica, tomando en cuenta los objetivos específicos para poder entender de una manera más adecuada el objetivo general. Los resultados se ordenaran de acuerdo al orden de cada objetivo específico.

### **Edad promedio de mayor riesgo suicida**

Respecto al número de suicidios e intentos de autoeliminación se ha incrementado en las últimas décadas. Este fenómeno, que afecta a todos los países sin distinción de grado de desarrollo, comenzó a ganar la preocupación de investigadores y responsables gubernamentales de diferentes países. En este sentido la bibliografía internacional es abundante, detallada y rica. (Domínguez, Sendra & Vasallo.2016, p.6).

El comportamiento suicida es un término que engloba los gestos suicidas, los intentos de suicidio (IS) y el suicidio. No es un evento delimitado solamente en el ámbito individual de los factores genéticos y biológicos, y, debido a su complejidad, ha sido objeto de estudios en las diversas áreas científicas, las mujeres independientemente de su edad han mostrado un aumento en los intentos de suicidio, para poder determinar en este estudio cuales eran las edades más comúnmente afectadas consultamos varias fuentes.

En un estudio realizado en la zona de Brasil se puede observar cual era la edad más marcada en el estudio de Peron,Trevisan, & Oliveira, (2012) ,donde su investigación mantenía una edad entre la media de 29 años.(p.3)El total de las mujeres estudiadas eran mayores de 18 años donde es importante recalcar el hecho que estaban en una edad bastante joven, no obstante fue bastante la diferencia de edades promedio entre estudio anterior y el realizado por Amarral,Cavalcante,Moreira & Pereira,(2015) donde el recalca el hecho de una edad promedio entre los 20 y 40 años(p.2).

Sin embargo a la hora de ver estos dos resultados tan extremos, a pesar de ser ambos estudios en el continente americano más específicamente en Suramérica (Brasil) podemos evidenciar que las mujeres pertenecientes al grupo etario de 29 años y las féminas de los grupos de edades comprendidas entre 20 y 40 años son pacientes tratadas por enfermedades psiquiátricas las cuales tenían acceso fácilmente a psicofármacos ,dado que eran de fácil acceso para estas ya que los mismos se encontraban en sus propios hogares como tratamiento crónico.

En estos estudios no se logra conocer el motivo por el cual se da la diferenciación de edades, ya que en ambos grupos de estudio las mujeres tenían acceso a los psicotrópicos y podían acceder fácilmente con propósitos suicidas.

Es importante mencionar que en Norteamérica (México) se realizó un estudio relacionado con este mismo tema siendo Fuentes, González, Jiménez, Rodríguez y Vega (2014) demostrando en dicho estudio que las mujeres cuyas edades promedio se encuentran en los 29 años presentan condiciones de riesgo social y expuestas a diferentes drogas tales como cocaína y mariguana y el más importante el alcohol, dichos factores influyen en que las féminas de este estudio incurran en el acto de suicidio.

Se puede evidenciar que los fármacos no fueron factores de riesgo que propiciaran el acto del suicidio como ocurrió en los casos previamente expuestos no obstante se puede constatar que en el riesgo social en el que se encontraban las mujeres del estudio fue un factor muy importante para que las mismas incurrieran en el suicidio, no así como ocurrió en los estudios anteriormente mencionados en donde sí se puede reconocer que el uso de los fármacos fue un factor determinante para poder concretar el acto del suicidio por parte de las mujeres de dichos estudios anteriormente citados.

Se realizó un estudio en Japón país perteneciente al continente asiático, donde el grupo etario utilizado para efectos del estudio fueron mujeres cuyas edades oscilan entre los 20-60 años ,en el mismo se evidencio que el grupo en donde se presentó más incidencia de suicidios fue el de los 20-30 años, para dicho estudio se pudo constatar la presencia de diversos factores tales como el uso de psicotrópicos ,factores de riesgo social, trastornos alimenticios, los cuales

incidieron de manera muy puntual para que las mujeres se suicidaran. (Kodaka, Matsumoto, Takai, Takeshima, Shirakawa & Yamauchi 2017).

Según Dávila y cervantes, (2019) se demuestra como la mortalidad por suicidio se ha incrementado sostenida e ininterrumpidamente en México desde hace más de 40 años. El suicidio es uno de los principales problemas de salud pública, en 2012 fue la decimoquinta causa de muerte a nivel mundial; representó, casi la mitad de todas las muertes violentas para hombres y más de 70% para mujeres (p.2).

Es por lo anterior que en su estudio, Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad por suicidios en México, detectan edades muy tempranas de suicidio en mujeres, siendo esto una alarma para las entidades encargadas.

Esto se tradujo en casi un millón de víctimas, y altos costos sociales y económicos. Tres de cada cuatro suicidios ocurren en países de ingresos medios y bajos, donde la identificación temprana se complica debido a que los recursos y servicios son escasos, limitados, los tratamientos y apoyos son insuficientes<sup>1</sup>. Latinoamérica y el Caribe presentan tasas relativamente bajas de suicidio (6,1 defunciones por 100.000 habitantes), pero en los últimos 20 años se han incrementado en toda la región. (Dávila y cervantes.2019, p.3).

**Figura 4. Gráfico por Rango Edades Suicidio en Mujeres Menores de 65 años**



Fuente: Dávila & Cervantes (2019).

Se estudió los fallecimientos oficiales registrados entre 2012-2016 para identificar los fallecimientos por suicidios y los factores sociodemográficos asociados, se logra observar como en una edad de 15-29 años presenta un porcentaje de 52% de los suicidios, seguido de 30-49 años con un 34% y finalmente con un 14% la franja etaria de 50-60 años.

El anterior grafico evidencia como nuevamente por otro estudio es identificado las edades tempranas como punto gatillo para el suicidio, sin embargo es importante recalcar que en el estudio de Dávila y Cervantes, (2019) no había estudios previos a la defunción de estas personas por lo que no se podía tener conocimiento si tenían algún tipo de enfermedad mental o si consumían algún medicamento crónicamente como si lo hacían los estudios anteriormente mencionados.

Respecto al intento de suicidio es una urgencia médica que suele llegar a los servicios de emergencia de hospitales generales en mayor proporción que a los de hospitales psiquiátricos, es por esto que Steinmetz, (2017) decide realizar una investigación donde se evidencia durante 4 años de estudio, una mayoría de casos femeninos a nivel de urgencias psicológicas en un hospital Argentino, donde se analizó la cantidad de consultas general y como parámetro distinto el intento de suicidio, la mediana de edad obtenida para las consultas generales fueron 24 años y la media para consultas por intento de suicidio fue de 24 años.

Según Steinmetz (2017) observamos como continúa el margen de edad joven al igual que en los anteriores esto siendo común entre las féminas estudiadas, en esta investigación no se conoce si las mujeres tenían algún padecimiento o si presentaban enfermedad alguna.

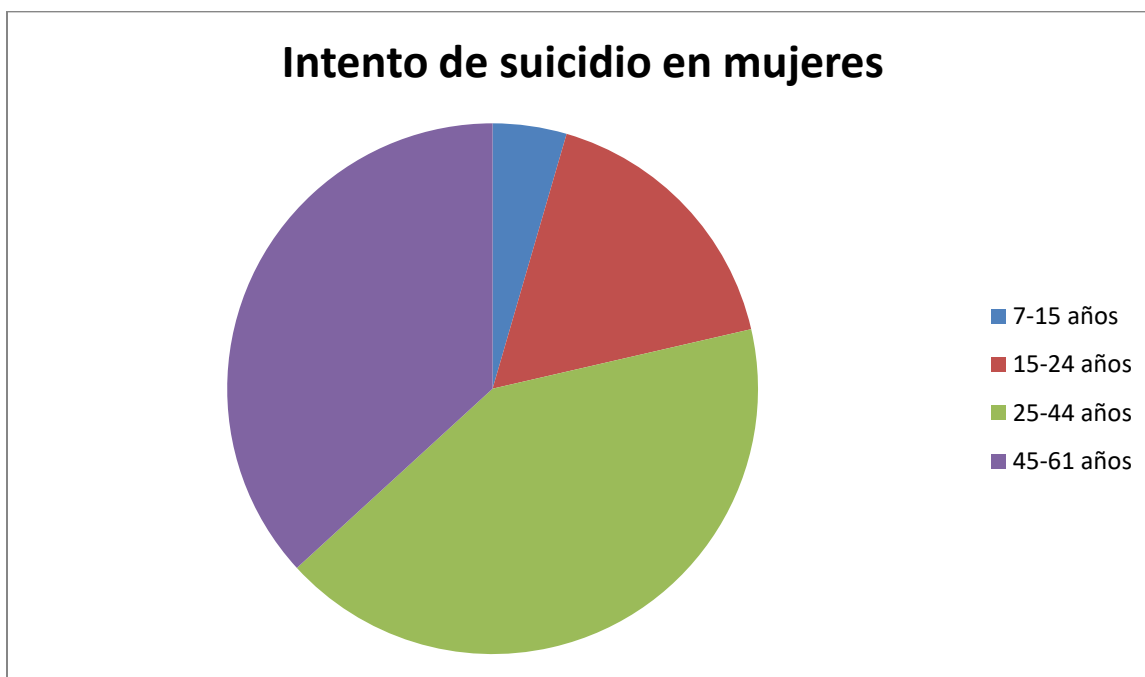
Respecto a la edad, para los adolescentes y los adultos jóvenes la etapa de la adolescencia es un periodo de riesgo porque se comienza a tomar conciencia de las presiones sociales y por tanto las personas se vuelven más susceptibles a los juicios y las críticas. No obstante, el suicidio consumado ocurre más en personas jóvenes adultas. (Catillo y Maroto, 2017).

En relación a la edad el investigador relaciona la edad joven con cambios en la percepción del mundo y es por esto el hecho de que los jóvenes decidan buscar el suicidio como una salida a sus problemas, sin embargo el estudio no cuantifica la cantidad de personas que opinan que la adolescencia es un factor de riesgo para suicidio.

Estos factores de riesgo aunados a otros factores personales o psicológicos pueden profundizar los sentimientos de soledad o de aislamiento poniendo a la persona en mayor riesgo.

Para Domínguez, Sendra & Vasallo (2016), El suicidio es un importante problema de salud pública mundial, es por esto que realizan un estudio, donde comparan la edad de las mujeres con intento de suicidio así como también las mujeres con suicidio consumados.

**Figura 5. Gráfico de Intento de Suicidio en Mujeres Menores de 65 años**



Fuente: Domínguez, Sendra & Vasallo, (2016).

En el estudio se tomaron en cuenta las mujeres que intentaron suicidarse esto desde los 7 - 61 años esto dando como resultado un 4,5% en los rangos etarios de 7-15 años, un 16,9% en la de 15-24 años, 25-44 años con un 41,6% y finalmente con 45-61 años con 36, esto expresa notablemente un incremento de intentos de suicidio en la franja etaria entre los 25-44 años.

Es importante aclarar que en el estudio previo las mujeres que si cometieron el acto del suicidio consumado, el rango de edad fue entre 44-61 años, estas mujeres no presentaban estudios previos para poder catalogarlas con antecedentes de enfermedades psiquiátricas o problemas de adicción.

Un estudio publicado en Brasil donde lo catalogan como el octavo país con un más alto índice de suicidios en el mundo, y en 2012 se registró una media de 5,3 suicidios por cada 100.000 personas, lo que es equivalente a más de 30 muertes por día. En 20 años, el número de muertes por suicidio aumentó 1.900% en el grupo de edad de 15 hasta 24 años.(Araujo, Feijão, Felix, Lopez, Martins &Oliveira,2019.p.4).

Con tal resultado, dicho país está en tercer lugar en el número de muertes de personas de vida sana y productiva, que fueron provocadas por suicidio, es por esto que (Araujo, Feijão et al.2019) presentan una investigación en dicho país donde se logra observar las edades más marcadas en el intento de suicidio en mujeres siendo de 21-41años las más comprometidas, es importante recalcar que estas mujeres presentaban una fuerte asociación con episodios depresivos, así como el consumo de drogas, en sus resultados recalcan el hecho de autoagresión cada vez más en aumento en mujeres jóvenes.

En otro estudio los rangos de edad en que más se pierde la vida por suicidios en mujeres lo constituyeron entre los 20 y 34 años, seguido de quienes tenían entre 35y49años, con 50 y 28 casos respectivamente. En Colombia según para el último año de reporte (2009), igualmente se presenta entre los 20 y los 25 años. (Daza, Domínguez, Martelo.2012.p.2).

Respecto al anterior trabajo las mujeres presentadas en este estudio utilizaron como método suicida el ahorcamiento a diferencia de los pasados artículos que eran en su mayoría por intoxicaciones sin embargo en segundo lugar como método fue utilizado la intoxicación con agentes químicos seguido por intoxicación con medicamentos, no especifican los medicamentos como tal pero si su recurrencia.

### **Fármacos más utilizados en intoxicaciones**

Según Benavides, Colell, Delcios, Domingo & Sánchez, (2014) cada vez es mayor el uso de hipnóticos sedantes, en su estudio determinaron que por varios factores como el excesivo aumento de trabajo en las mujeres jóvenes, así como también la marcada incidencia de problemas psiquiátricos como la depresión llevan a varias mujeres al consumo de hipnóticos sedantes crónicamente (p.2).

Lo anterior también contribuye a que las mujeres hoy en día tengan más al alcance medicamentos de consumo controlado, en dicho estudio uno de los resultados más importantes fue el consumo principalmente de benzodiacepinas.

Es importante recalcar que el estudio muestra un marcado aumento en el consumo de hipnóticos sedantes en pacientes que vivían solos, no se lograron ver diferencias de consumo por nivel educativo, sin embargo también hubo un aumento en las mujeres que había referido mala salud respecto a los que referían buena salud.

También asociaban el consumo de hipnóticos sedantes en pacientes con mayor estrés laboral así como falta de apoyo social, recalcar de manera importante el hecho que una falta de variable en el estudio como lo es si saber que en los pacientes que reportaban mal estado de salud podría haber sido provocado por una enfermedad mental, hace imposible el poder determinaren que medida la mala salud auto percibida podía ser un factor determinante a la hora del suicidio con las benzodiacepinas.

En el artículo de Azcarate, Blanco, Goñi, Lopez & Pradin explican en su estudio que el método más empleado por las adolescentes fue la ingestión de tabletas, referido por cien de ellos, para un 92,7 %, sin embargo en esta investigación no explican claramente cuál fue la sustancia con la que las adolescentes tenían como método de suicidio, más sin embargo si aclaran la familia de psicofármacos.

La utilización de benzodiazepinas (BZD) ha experimentado un constante incremento. La alta exposición de este grupo farmacológico se ve reflejada, entre otros aspectos, en la frecuencia de las intoxicaciones por BZD, que representan entre 27% y 40% de las intoxicaciones por medicamentos en series internacionales. (Amigos, Dominguez, Goyret, Laborde, Speranza, Tamosiunas.2015, p.1).

Por el párrafo anterior Amigos et al. (2015) Logran como resultado los datos muestran un alto número de intentos de suicidio por este grupo terapéutico que involucra un alto porcentaje de población femenina y un bajo número de casos severos, lo que debe hacer centrar el problema desde el consumo y el tipo de uso como factores determinantes de la alta exposición a estos psicofármacos en nuestra población (p.6).

**Figura 6. Número de casos Intoxicadas por Benzodiazepinas**

	2010	2011	Total	
Nº casos totales/año	10.648	10.804	21.452	100,00%
Nº casos por BZD	3.158	3.028	6.186	28,83%
Nº casos c/2 o más BZD	428	421	849	3,95%

Fuente: Amigos, Dominguez, Goyret, Laborde, Speranza, Tamosiunas. (2015)

Se registraron 21.452 consultas de presunta intoxicación en el CIAT, de las cuales se vinculó a las BZD como agente tóxico implicado en 6.186 (28,83%) de los casos. En 849 (3,95%) de los casos se observó más de un agente benzodiazepínico involucrado, en seis pacientes hasta cuatro BZD diferentes.

La ingesta intencional de BZD fue la circunstancia de intoxicación más frecuente (89,54%). Clonazepam, diazepam y alprazolam fueron las BZD más frecuentemente implicadas.

La combinación de dos o más BZD como agentes tóxicos ocurrió en un porcentaje considerable de individuos. Aunque no se conocen las condiciones de uso previo de las BZD en

estos casos, entre las causas que pueden favorecer esta situación se destaca la mayor frecuencia de prescripción de dos o más BZD. El uso de más de una BZD tiene pocas indicaciones y generalmente no se justifica.

Para Arias, Barrera, Gómez, Rodríguez & Vázquez (2016) Las sustancias más implicadas en las muertes por sobredosis continúan siendo los opiáceos, aunque cada vez en mayor porcentaje se encuentran otras drogas asociadas, sobre todo alcohol y ansiolíticos. A pesar de las campañas de prevención y programas terapéuticos desarrollados con el fin de reducir riesgos en los colectivos más vulnerables, la mortalidad debida a reacción aguda tras consumo de drogas permanece estable e incluso en aumento en determinados países (p.2).

Con respecto a la sustancia (o grupo de sustancias) encontrada con mayor frecuencia fueron los opiáceos, y dentro de estos en primer lugar la morfina y monoacetilmorfina (ambos metabolitos de la heroína), que se detectó en el 61,3% de los casos, seguido de metadona (35,6%), y codeína (27,6%).

La cocaína se encontró en el 53,7 % de los casos, y benzodicepinas en el 42,4 % de la muestra, mientras que el alcohol étílico sólo estaba presente en un tercio (29,9%) de los sujetos fallecidos y, por último, el cannabis apareció en las muestras provenientes del 17,9% de los fallecidos, si bien es ciertos que éstas determinaciones solamente se realizaron en los últimos años.

En el artículo realizado por Alonso, Lorenzo, Nicieza, Rilla y Suarez.(2016) se observa como el consumo de ansiolíticos, hipnóticos sedantes y antidepresivos consumido por las mujeres española aumentó más del 50% de previo a la crisis económica, lo que lleva a pensar que el estrés, insomnio, sufrimiento humano y problemas sociales han llegado a desarrollar en las personas dependencia de psicofármacos para sobrellevar la vida.

Sin embargo a pesar de observar el aumento del consumo de dichos medicamentos si se puede observar una gran diferencia a la hora de cuantificarlos por aparte donde se evidencia un aumento de ansiolíticos en un 40,25%, hipnóticos sedantes en un 88,11% y antidepresivos en un

80,93%, esto evidenciando un aumento de hipnóticos sedantes en comparación a las otras familias.

En España emite como resultado que la intoxicación más habitual es la medicamentosa y por vía oral mediante sobredosis de benzodiazepinas seguida de antidepresivos. Esta investigación también reveló como causa más importante de intoxicación medicamentosa la sobredosis por combinado de benzodiazepinas y antidepresivos, seguido de benzodiazepinas. (Allue, Dito y Mahave, 2017).

Otro de los estudios realizados en España realizado con base a archivos médicos específicamente actas médicas en mujeres con intento de suicidio dónde se evidencia la media de edad los 25 años siendo como primer método envenenamiento con psicofármacos ,las benzodiazepinas en más de la mitad de los casos, seguido por antidepresivos. Domínguez, Sendra & Vasallo, (2016).

Las intoxicaciones constituyen un problema de Salud Pública y figuran entre las principales causas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial, motivo por el cual en los Servicios de toxicología se ha incrementado gradualmente la demanda de atención por lo que es importante conocer los motivos de tal demanda, esto con el objetivo de planear la distribución de recursos en salud y las necesidades médicas que se generan en un país.

Por lo anterior De benedictis, Guerra y Ríos. (2018).Obtuvieron como resultado que los medicamentos más utilizados que fueron registrados durante las intoxicaciones fueron las benzodiazepinas y carbamazepina que en altas dosis pueden producir diferentes trastornos a nivel nervioso. Es de destacar que existieron casos por intoxicación por el uso de complejo B, lo que se ha demostrado en la actualidad que en altas dosis pueden potenciar fármacos analgésicos y favorecer al tratamiento de dolores crónicos, sin embargo no se ha registrado qué daños produce su sobredosis (p.5).

En el estudio previo podemos observar como en las mujeres predomino en general los psicotrópicos sin embargo también hubo una muestra importante de mujeres que utilizaron los organofosforados e hidrocarburos como método de intoxicación.

### **Factores de Riesgo**

En muchos estudios se ha evidenciado del poder que tiene el entorno y la presión que ejercen diversos factores en el desarrollo de la conducta suicida indistintamente del sexo y la edad del individuo. Existe evidencia que habla que algunas de estas personas a pesar de encontrarse o someterse a un tratamiento para su patología mental llegan a desarrollar el intento de suicidio.

Según Simon, G., Roy-Byrne, P. P., & Solomon, D. (2012) se sabe que los antidepresivos son eficaces para el tratamiento de pacientes que sufren trastorno depresivo, especialmente para aquellos que se encuentran gravemente enfermos y pueden estar en mayor riesgo de suicidio, sin embargo en algunos países como los Estados Unidos estos fármacos tienen por advertencia que se encuentran asociados con un mayor de riesgo de suicidio durante las primeras semanas de tratamiento (p.2).

No obstante y aunque es evidencia un poco cuestionable está claro que el no usarlos en quien realmente los requiere aumenta aún más el riesgo de suicidio, ya que este descubrimiento podría estar influenciado por otras aristas que a la hora de realizarse los estudios no fueron tomadas en cuenta, como por ejemplo el adecuado apego al tratamiento de los pacientes, el motivo por el cual se encontraban deprimidos y que otras terapias además de la farmacológica se usaron para el tratamiento de su trastorno instaurado.

Aunque no esté del todo claro por qué algunas personas bajo las mismas condiciones que otras desarrollan conductas suicidas, se ha visto que ocurren menos síntomas de depresión en aquellos pacientes que se les ha dado un mejor seguimiento, por este motivo se puede decir que el abordaje en un paciente con ideación debe ser multidisciplinario (p.3).

Considerando lo anterior se puede decir con certeza que la etiología del suicidio es multicausal, por lo cual a la hora de analizar la situación sobre los factores desencadenantes del intento suicida en mujeres menores de 60 años se deben considerar una serie de características socioeconómicas, experiencias pasadas, edad e incluso situación ocupacional o ambiente en el cual se encuentra en determinado momento y como llegó a estar ahí.

De acuerdo con Peron Toledo Trevisan, E., de Oliveira, F., & Lúcia, M. (2012):

No es un evento delimitado solamente en el ámbito individual de los factores genéticos y biológicos, y, debido a su complejidad, ha sido objeto de estudios en las diversas áreas científicas. Además, se observa fuerte impacto económico de los óbitos por suicidio y de los costes con ingresos y secuelas de intentos de suicidio recurrentes, incrementando la relevancia de conocimiento en esta área (p.1).

Se ha demostrado que en mujeres este comportamiento ha ido en aumento, y aunque con menores tasas de suicidio consumado respecto a los hombres, son las que más intentos hacen. Las intoxicaciones por medicamentos psicoactivos ha ido reemplazando el puesto que antes se encontraba liderado por otros medicamentos menos potentes como lo fue en algunos años la aspirina, quizás este cambio se deba a la creciente prescripción médica de esta familia de fármacos sin visto bueno por especialista o incluso aumento de formas de adquisición ilegal.

Usualmente se ha documentado en los casos registrados de intento de suicidio más de un factor de riesgo; se dice que la existencia de algún trastorno mental más un episodio previo de intento suicida son los dos principales factores que han llegado a estar presentes en la mayoría de los casos según lo estudiado por la Organización Mundial de la Salud. En este mismo estudio previamente mencionado realizado por Perón et al (2012) a un grupo de mujeres atendidas con intento de suicidio por intoxicación, a pesar que se identificó en la mayoría como factor protector el estar casadas, se logró poner de manifiesto que muchas vivían violencia intrafamiliar frecuente y abuso psicológico por parte de sus maridos (p.5).

En relación a los factores de riesgo Vargas, A. M. (2016):

Los factores de riesgo son entendidos como aquellos que pueden elevar las probabilidades de que una persona pueda realizar un intento suicida, no son factores predictores de un suicidio y cada uno por sí mismo no tiene el peso suficiente para identificarse como un factor causal directo (p. 152).

Se dice que existen fenómenos que se van sumando en la persona como los elementos biológicos, factores neuroquímicos, genéticos, elementos sociológicos, factores familiares como incluso haber estado expuesto a un ser cercano que se suicidó, abuso sexual, problemas económicos, así como medios al alcance para cometer el acto y que de forma conjunta ejercen una fuerza para el impulso de suicidio.

El suicidio tiene tres elementos centrales los cuales forman parte de cualquier acto analizado de forma individual; se dice que es un acto deliberado, es decir que la persona lo realiza con plena conciencia, en el acto suicida existe una clara intención de acabar con la propia vida y lo más importante es una decisión que busca cambios en la vida de la persona. Siguiendo esta línea entonces, la conducta suicida no solo constituye un acto de rechazo a la propia vida, sino también es un acto agresivo hacia el entorno de esa persona, el cual se manifiesta como un rechazo definitivo a no querer volver a convivir con las personas que lo rodean (p. 151).

De acuerdo Manjarrez, D. P., & Araujo, A. C. (2012) se deben iniciar estudios que profundicen explicar de forma científica la gran diferencia entre el aumento de intentos de suicidios de las mujeres respecto a los hombres, sin atribuir este dato sólo a factores culturales como el vivir en una sociedad donde el varón en muchos campos tiene privilegios sobre la mujer.

El grupo etéreo que encontraron más afectado fueron las mujeres adolescentes, por lo cual se plantean factores de riesgo como problemas familiares, etapa de transición del adolescente, embarazo no planeado, aislamiento social y rechazo, lo cual las condujo a depresión y ansiedad (p.91).

Por tanto, como se puede apreciar con el estudio anterior, en algunas ocasiones las mujeres comienzan a sumar factores de riesgo para suicidio desde edades muy tempranas con traumas de la infancia o situaciones adversas a las que se tienen que enfrentar en su juventud; algunas logran sobrellevarlo durante muchos años bajo un diagnóstico médico de trastorno ansioso o depresivo pero que en determinado momento se sumará a un factor determinante que hará que cometan el acto suicida.

El riesgo de suicidio que presenta una persona está relacionada de forma estrecha también con el ambiente que se desarrolla de forma cotidiana, se ha puesto de manifiesto que en los países menos desarrollados o ciudades con bajo estrato socioeconómico las cifras tienden a ser mayores. El nivel de pobreza, aumento de narcotráfico y la desesperanza hacen que sea mayor el deseo de escapar de esa realidad, inicialmente con el abuso de sustancias y posteriormente con suicidio.

Un pilar muy importante en el adecuado desarrollo psicológico de toda persona es la familia, se ha visto que la disfuncionalidad familiar acompañada de maltrato infantil resulta en trastornos de conducta y enfermedades mentales en los adolescentes. Como consecuencia de estos actos se ha evidenciado que posteriormente se van repitiendo patrones y aumenta el consumo de psicofármacos para sobrellevar el estrés que lleva cada uno (Álvarez Latorre, J. M., Cañón Buitrago, S. C., Castaño Castrillón, J. J., Bernier Ocampo, L. H., Cataño Molina, Á. M., Galdino Cruz, P. V., & Sánchez Rodríguez, C. M. 2013, p.15).

Los principales conflictos en los adolescentes están relacionados con la familia y centro de estudio, ya que estos comprenden los medios donde se desarrollan y están la mayor parte del tiempo; en la familia radica una responsabilidad muy importante de cumplir una serie de funciones que le permitan al adolescente desenvolverse y relacionarse adecuadamente con el medio circundante. Los conflictos escolares, bajo rendimiento, acompañados de trastornos de inadaptación y dificultades en la relación en su núcleo familiar son predictores de ideaciones y conductas suicidas tanto en esta etapa como en el futuro (De la Torre, I. F. A., Quesada, Y. V., Rodríguez, H. B., Martínez, A. M. O., & Cabrales, L. A. R. 2015, p.5).

En un estudio realizado en México en escuelas secundarias públicas donde se impartió un taller para la prevención de conductas de riesgo psicosocial y sensibilización sobre conducta suicida se logró evidenciar que la tristeza y enojo fueron las principales emociones involucradas o que asociaron más a ideación suicida en las últimas dos semanas los estudiantes.

De este modo se explica que la familia puede ser un factor de protección en tanto contribuya al bienestar emocional del individuo y logre ejercer de forma positiva un desarrollo emocional que le permita adaptarse y hacer frente a las demandas de su contexto, por medio de relaciones de apoyo y entornos propicios para la unión, expresión de emociones y reducción de dificultades en éstos. (Chávez-Hernández, A. M., González-Forteza, C., Juárez Loya, A., Vázquez Vega, D., & Jiménez Tapia, A. 2015, p. 48).

De acuerdo con Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Maino, M. D. L. P., Armijo, I., Fischman, R., & Monari, M. (2017) un mejor funcionamiento en las relaciones interpersonales se asocia a un menor riesgo suicida; el disponer de habilidades sociales que favorezcan estas relaciones y un adecuado apoyo social protege de esta vulnerabilidad. El un individuo ser competente socialmente, tener una adecuada autoestima y sentirse integrado o identificado con un grupo son factores que el sistema de educación y salud deben procurar mantener desde edades muy tempranas en la población para promoción de la salud mental y a largo plazo ofrecer alternativas o herramientas para enfrentar las adversidades que se le presenten (p.12).

Por otra parte respecto al maltrato sexual al que algunas mujeres han estado expuestas en algún momento de su vida González-Forteza, C., Rodríguez, E. M., De Iturbe, P. F., Vega, L., & Tapia, A. J. (2014) lo detallan de este modo:

Haber sufrido maltrato emocional por parte de la pareja también predijo la depresión y el riesgo de suicidio; por lo que es la violencia uno de los correlatos relacionados con ambos malestares en estas mujeres; la violencia perpetrada por la pareja es la que incide directamente en el estado depresivo y en la conducta suicida que se traduce en una forma de afrontamiento autodestructiva ante el sufrimiento derivado del maltrato.

El impacto de la violencia en la salud mental de las trabajadoras sexuales, y de las mujeres en general, está ampliamente documentado; en un estudio se observó que una de cada cinco mujeres que acudían a un centro de salud reportó haber experimentado algún tipo de violencia de parte de su pareja (p.352).

Es una realidad lo que menciona el estudio anterior, sin embargo en la totalidad de los casos de suicidio en mujeres, estos datos nunca podrán revelar las cifras reales debido a que una parte muy considerable de las que han sufrido algún tipo de maltrato y más si se trata de índole sexual por lo general tienden a mantenerlo en secreto y pasa desapercibido en su expediente clínico.

Es claro que el suicidio es un tema alarmante a nivel mundial pero son pocos los estudios que han buscado establecer la importante entre suicidio y mortalidad materna; en mujeres en edad reproductiva en general el suicidio llega a representar la cuarta causa de muerte, sin embargo representa el 20% de las muertes maternas en el puerperio, ubicándose como la séptima causa de muerte materna dentro de los primeros 6 meses postparto.

La etapa en la que se encuentra la mujer en el puerperio y el periodo perinatal como tal factor de riesgo aún es controversial, es importante destacar que se han descrito factores de riesgo en puérperas para ideación suicida pero que han sido muy diferentes de acuerdo a los escenarios en los que se haya encontrado la mujer.

De acuerdo con un estudio en Perú realizado a mujeres durante primer año postparto se observó desarrollo de tendencia suicida en un 15.5% de ellas y se relacionaron con variables como estar separada o divorciada, ausencia de lactancia materna, abortos previos, dormir menos de 6 horas, depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno disfórico premenstrual y episodios de manía o hipomanía previos (Sánchez-Tapia, F. R., Ostolaza-Vite, A. R., Peña-López, E. A., Ruiz-Grosso, P. J., & Vega-Dienstmaier, J. M. 2017, p. 178).

Usualmente se dice que una mente ocupada es una mente sana, las personas laboralmente ocupadas son consideradas por tener un trabajo estable como una población que goza de buena

salud, sin embargo bajo ciertas condiciones de empleo, esto puede convertirse en una fuente muy importante de estrés y dar lugar a desarrollo de síntomas como el insomnio, ansiedad por mal ambiente laboral, bullying o la misma insatisfacción por tener un trabajo sólo por sobrevivir y no estar colocado en lo que se desea.

Se han hecho estudios sobre el efecto de estas condiciones laborales y el cómo influyen en el uso de medicamentos psicotrópicos entre los trabajadores que han manifestado un entorno laboral adverso, insatisfacción en el trabajo o situaciones de acoso.

Existe una asociación entre consumo de benzodiazepinas con trabajos de alta demanda o tensión percibida por los trabajadores como por ejemplo estar expuesto a trabajos peligrosos, condiciones de calor o frío, olores, ruidos fuertes, posturas incómodas, largas jornadas con escaso tiempo de descanso e incluso un bajo nivel de reconocimiento ante el esfuerzo realizado (Colell, E., Sánchez-Niubò, A., Domingo-Salvany, A., Delclós, J., & Benavides, F. G. 2014, p. 370).

En un análisis realizado en España sobre el efecto que ejerció la crisis económica sobre el consumo de psicofármacos en la población se logra evidenciar que a pesar que el consumo de estos medicamentos fue en incremento, no existió una relación clara debido a una nueva crisis económica sino más bien al posible incremento de trastornos neuróticos, relacionados con el estrés laboral, insomnio, la automedicación, la capacidad de producción de dependencia de sustancias como las benzodiazepinas e incluso la misma promoción comercial por parte de la industria farmacéutica (Nicieza-García, M. L., Alonso-Lorenzo, J. C., Suárez-Gil, P., & Rilla-Villar, N. 2016, p. 466).

Según un estudio sobre autopsias psicológicas realizado por Hirokawa, S., Matsumoto, T., Katsumata, Y., Kitani, M., Akazawa, M., Takahashi, Y., & Takeshima, T. (2012) aproximadamente un 90% de las personas que cometieron suicidio podría haber sido diagnosticado o calzado en el perfil de un trastorno mental, así como un factor de riesgo para la mayoría fue el consumo de alcohol, lo que llevaba abuso de otras sustancias. Además de esto se documentó una fuerte relación entre mujeres con trastornos de la alimentación y dependencia de

sustancias, problemas de ansiedad e incluso trastornos de la personalidad a raíz del mismo problema de alimentación (p.20).

Se describe en varias publicaciones que un factor de riesgo de peso para suicidio es un intento previo, sin embargo en la mayoría de los casos donde no fue consumado el acto, la intervención se enfoca únicamente en brindar contención en el momento del suceso y se pierde el seguimiento de cada caso, dejando como resultado personas deprimidas y ahora con exposición a fármacos antidepresivos o calmantes para sobrellevar el estrés que los rodea.

Como lo mencionan Gros, T. O., Núñez, C. L., Dito, J. M. M., Mahave, C. V., & Allue, J. C. T. (2017) en su publicación sobre intoxicaciones agudas graves en uci “...causa más importante de intoxicación medicamentosa la sobredosis por combinado de benzodiazepinas y antidepresivos, seguido de benzodiazepinas. Hubo un elevado porcentaje de reincidencia” (p.33).

Debido a las condiciones dentro de un servicio de emergencias, la mayoría de pacientes que son abordados con diagnóstico de intoxicación son manejados desde un punto de vista médico donde lo que se busca es minimizar el contacto del tóxico con el cuerpo utilizando diferentes métodos para su eliminación. La principal dificultad que se presenta en estos escenarios es que la valoración psiquiátrica es muy limitada al momento del contacto y lo más usual es que no se de el abordaje biopsicosocial requerido, por este motivo es que podría explicarse el porcentaje de reincidencia.

Por otra parte en un estudio realizado sobre suicidio en una comunidad rural, Vargas, A. M., & Echeverría, C. C. (2017) refieren respecto a los factores de riesgo no dependientes de patología mental previa:

...las personas de la comunidad no relacionan la patología mental o factores individuales con el suicidio; como lo sugieren los enfoques tradicionales, sino que existe una relación más directa con otros factores o problemas comunitarios, los cuales desde su punto de vista, pueden incidir en la tasa de suicidio.

Por tanto, problemáticas como las críticas y juicios de la comunidad, los problemas económicos, la falta de empleo, la construcción simbólica de la comunidad como un lugar cerrado o encapsulado, los problemas familiares, el machismo, la falta de espacios y actividades recreativas y el pensamiento tradicionalista que se resiste al cambio...(p.469).

Lo anterior podría explicar el por qué la tasa de suicidios en determinados grupos poblacionales que a lo largo de los años han sido objeto de críticas y discriminación por parte de otros. En ocasiones la falta de tolerancia y aceptación, así como las buenas prácticas para la convivencia hacen que se desarrollen conductas sociópatas y en algunos casos tengan un desenlace fatal.

Se estima que el riesgo de conductas suicidas entre adolescentes y adultos jóvenes es de dos veces mayores intentos de suicidio en las mujeres respecto a los hombres, sin embargo los hombres tienen un riesgo casi de tres veces mayor de morir, esto básicamente es porque los métodos que tienden a utilizar son más agresivos o letales. Para ambos sexos y como se ha ido reflejando en estudios previos una exposición temprana a eventos traumáticos de la vida implica conforme avanzan los años aumento en la vulnerabilidad de comportamientos suicidas (Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I. & Lagares, C. 2019, p. 278).

Las intoxicaciones por medicamentos, destacan para un posible patrón de automedicación y prescripción indiscriminada de los mismos fármacos; este fácil acceso incluso para familiares de personas a quienes se le prescribe predispone a que los adolescentes estén expuestos a este grupo de fármacos y le sean atractivos a modo de drogas; se ha visto que esta conducta aumenta el riesgo de violencia auto provocada hasta 9 nueve veces más, con lo cual se llega a querer desarrollar alternativas cada vez más mortales (Félix, T. A., Oliveira, E. N., Lopes, M. V. D. O., Dias, M. S. D. A., Parente, J. R. F., & Moreira, R. M. M. 2019, p. 382).

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **Conclusiones**

En relación al primer objetivo específico el cual consistía en identificar cual es la etapa y edad promedio de mayor riesgo de suicidio en la población femenina menor de 60 años. Se logró identificar gracias a varios artículos la etapa en edades comprendidas entre los 20-40 años eran las más afectadas para los intentos de suicidio, esto tratando de agruparlos con cifras más generales, sin embargo en los estudios anteriores se lograba identificar mujeres.

Es importante mencionar que las mujeres en estudio al encontrarse en una etapa de sus vidas en la cual se presentan cambios relacionados con la adaptación a la sociedad, comienzan a presentar una serie de trastornos donde se puede evidenciar que requieren el uso de drogas tales como marihuana, cocaína y alcohol como las más frecuentes, para sentirse aceptados por otros.

Varios estudios concuerdan en que a pesar de que la muestra de mujeres que fallecieron a causa de suicidio era pequeña, se puede constatar que la causa principal que llevaba a estas jóvenes al acto del suicidio era debido a trastornos de adaptación social como principal razón.

Las mujeres en edad joven presentaban en su mayoría trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad y crisis de pánico, las cuales tenían acceso a medicamentos de venta controlada que podían obtener por prescripción médica o por obtención ilícita y así consumirlos fácilmente.

Importante recalcar que debido a la obtención de psicofármacos de manera tan sencilla, simplificaba la forma de suicidio en estas mujeres de edad adulta joven, lo cual se puso constatar en diferentes estudios analizados en este trabajo.

El segundo objetivo se basa en enumerar los fármacos más utilizados en las intoxicaciones por las mujeres menores de 60 años

Se pudo constatar que en los estudios previamente analizados se obtuvo como resultado que el uso de hipnóticos sedantes específicamente las benzodiazepinas se ubican en el primer lugar de consumo voluntario como método suicida.

En varios estudios se determinó que por varios factores como el excesivo aumento de trabajo en las mujeres jóvenes, así como el marcado aumento de trastornos psiquiátricos como la depresión llevan a las mujeres al consumo de hipnóticos sedantes.

También es importante recalcar que las mujeres en general hoy en día tienen mayor alcance de medicamentos de consumo controlado, esto ya sea por una mayor facilidad de comprarlos o por la asociación que existe en el aumento de enfermedades psiquiátricas y su adecuado tratamiento que les proporciona los médicos.

Un estudio demostró que el consumo de hipnóticos sedantes se asociaba a mujeres que vivían solas y no había diferencias en personas con diferentes niveles educativos, así como también la combinación de varias benzodiazepinas asociadas a mayor tasa de letalidad en su intento de suicidio.

Por segundo lugar se ubican los opiáceos, donde por aumento de consumo y aumento de demanda presentaban mayor letalidad según varios estudios, asociaban específicamente la morfina o monoacetilmorfina, siendo ambos metabolitos de la heroína seguidos por la metadona y cocaína.

Tomando en cuenta varios estudios el tercer lugar se asoció los antidepresivos como método de suicidio efectivo, siendo una de las familias más comúnmente prescritas por médicos, esto puede dar como indicio por qué marcado aumento de intentos de suicidio con estas familias de fármacos.

Numerosos estudios asocian el consumo de antidepresivos con el aumento excesivo de casos de depresión en mujeres llamando atención que las edades más comunes de aparición de depresión se asocian con las edades activas de suicidio.

Respecto al tercer objetivo específico de este trabajo el cuál consistía en señalar los factores desencadenantes del intento suicida en mujeres menores de 60 años, dentro de la evidencia se encuentra bien establecido que dentro de los tres principales desencadenantes de intento suicida se encuentran el intento previo de suicidio, la presencia de trastornos mentales de fondo y las redes de apoyo en un momento determinado de la vida de la mujer.

Se encontró una fuerte asociación en los casos de intento suicida que la mayoría contaba con un intento previo o en su defecto habían estado expuestos a un familiar, amigo o persona muy cercana que se había suicidado. Sin embargo, este factor tuvo más peso debido a que fue el reflejo de la inadecuada intervención y seguimiento después del primer intento suicida que tuvieron las mujeres, en el cual se trató básicamente de medicarlas con calmante o antidepresivos.

La presencia de patología mental de base, principalmente la depresión, es otro de los factores vinculados al desarrollo de conducta suicida, se documenta que son población especialmente vulnerable debido a poca o mala adherencia al tratamiento y también por el fácil acceso a psicotrópicos a los que se encuentran expuestos respecto al resto de la población en general.

Respecto a las redes de apoyo se evidenció que el intento suicida es multicausal y que un pilar fundamental para la mujer a la hora de tomar esta decisión es su sistema de apoyo cotidiano para enfrentar situaciones que se acumulan de su vida pasada, así como del presente y las armas con las que cuenta para sobrellevarlas; se puede decir que dentro de este punto la disfuncionalidad familiar es el que más peso aporta como factor desencadenante.

En respuesta a la pregunta realizada en el planteamiento del problema ¿Cuál es la relación que mantienen las intoxicaciones medicamentosas por psicofármacos y el intento de autoeliminación real en mujeres menores de 60 años? Se puede decir que hay una gran relación entre la utilización crónica por trastornos depresivos y otros trastornos psiquiátricos, en féminas de 20 -40 años.

## Recomendaciones

- A pesar de las múltiples publicaciones existentes respecto a suicidio, existe escasa evidencia de cuáles son las cifras reales en la actualidad debido a que muchos casos pasan desapercibidos o son enmascarados por muertes violentas sin explicación, se debe promover la investigación y continuar con el desarrollo de técnicas para la correcta identificación, intervención y seguimiento de casos de intento de suicidio.
- Se recomienda que a las personas que cuenten con un diagnóstico establecido de enfermedad mental darles un adecuado seguimiento de su patología, tratando de mantenerlos lo más estables posibles, asegurarse de un buen apego a su tratamiento para así disminuir intentos suicidas en esta población.
- El médico de cabecera debe realizar un adecuado abordaje en todos sus pacientes identificando todos sus factores de riesgo, así como consultas más frecuentes para valorar el desarrollo de conducta suicida y no solamente limitarse a la medicación para trastornos neuro psiquiátricos.
- Se deben fomentar los programas de buenas relaciones interpersonales y promoción de la salud mental en la comunidad para evitar que traumas de la infancia o vivencias difíciles en la vida de las personas repercutan en un futuro por la dificultad de no saber cómo enfrentarse ante escenarios de estrés emocional.
- Promover la unión familiar ya que constituye un pilar fundamental en la vida de toda persona, especialmente con el diálogo o el poder tener un espacio para compartir hechos de la vida cotidiana para así prevenir el desarrollo de conductas suicidas en adolescentes y adultos.
- Hacer un llamado de atención a los entes gubernamentales encargados al apoyo y la práctica de diferentes deportes en la población femenina, esto en virtud de que en nuestra sociedad en el campo femenino se desvirtuó y no se le da tanta importancia como la práctica al deporte masculino.
- A la Caja costarricense del seguro social se solicita promover la prevención y tratamiento de mujeres con problemas psiquiátricos tales como depresión y

ansiedad entre otros esto como medio para evitar más mujeres se suiciden a causa de estas patologías en nuestro país.

- Fomentar desde el sistema educativo de nuestros países la importancia de estudiar, prepararse en diferentes campos para poder así darles herramientas las cuales puedan fomentar en que las mujeres tengan sus propios ingresos y así poder evitar en que no caigan en mayor riesgo social.
- Se insta a las empresas públicas y privadas a ofrecer oportunidades laborales para las féminas las cuales no se han podido insertar al ambiente laboral por faltas de oportunidades de preparación académica
- A los profesionales médicos se les insta a promover un mayor control de prescripción en medicamentos de venta restringida, esto con mayor calidad de vigilancia a apego de tratamientos en pacientes evitando un mal manejo de psicofármacos
- Desde el punto de vista de atención primaria y para las futuras investigaciones se recomienda e insta a los estudiantes y profesionales de la salud a profundizar más este tema por medio de la investigación ya que a pesar de consultar cantidad importante de referencias no hay suficiente para poder hablar sobre el manejo adecuado en pacientes con crisis suicidas.

## Referencias

- Acuña, B. J. P. (2011). Intoxicación grave por psicofármacos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 332-339.
- Agencia española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2014). Informa de Utilización de Medicamentos. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012, pp.1-4.
- Alameda-Palacios, J., Ruiz-Ramos, M., & García-Robredo, B. (2014). Suicidio, prescripción de antidepresivos y desempleo en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 309-312.
- Arias, F.; Arroyo, Y. y Sala, A. (2014). Tendencia de la mortalidad por casos de intoxicaciones en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 23(1), 58-62. Recuperado de [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-14292014000100010&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292014000100010&lng=en&tlng=es)
- Armijo R. (1993) Epidemiología básica en atención primaria de la salud. [Versión PDF]Recuperado de <https://www.casadellibro.com/libro-epidemiologia-basica-en-atencion-primaria-de-la-salud/9788479781057/222319>
- Azcárate, L., Peinado, R., Blanco, M., Goñi, A., Cuesta, M. J., Pradini, I., & López-Goñi, J. J. (2015, April). Características de los suicidios consumados en Navarra en función del sexo (2010-2013). In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 38, No. 1, pp. 9-20). Gobierno de Navarra.
- Ballesteros M., BarriosM., Castillejo A., Cuspoca D., Franco A., Gutiérrez M., Rodríguez C., Sarmiento J., Zamora S. (2015)
- Bermejo, J. C., & Rodicio, S. G. (2007). Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14(10), 637-647.
- Bonilla, R. E., & Aguilar, V. (2015). Conglomerados espaciales de suicidios en el grupo de 10 a 24 años entre los cantones de Costa Rica. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud (RHCS)*, 1(2), 94-100.
- Bustamante, S. E. (2003). Fármacos antiepilépticos y anticonvulsivantes. Biblioteca virtual universal.
- Campoamor, F., Pareja, A., Aguirre, I., Salvá, J., & Roca, M. (2009). Uso de los tratamientos antidepresivos. La percepción del paciente. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(5), 276-281.

- Casas, A., Carulla J. (2006). Uso de los fármacos antiepilépticos en oncología. Guía SEOM. Dispublic, S. L. Madrid.
- Castrillón, J. J. C., Latorre, J. M. A., Buitrago, S. C. C., Ocampo, L. H. B., Molina, A. M. C., Cruz, P. V. G., & Rodríguez, C. M. S. (2013). Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de palestina-caldas (colombia), 2012. /suicidal risk factor and associated factors in adolescents of an educational institution of palestina, caldas (colombia), 2012. Archivos de Medicina (Manizales), 13(2), 127-141.
- Castro, J. D. G., & Umaña, B. B. (2017). ¿Qué sabemos del suicidio de adultos en Costa Rica?: características sociodemográficas y factores de riesgo. Pensamiento Actual, 17(28), 160-173.
- Ceballos, G. (2017). El suicidio en Colombia durante el año 2015. Revista Duazary, pp. 6-7. Doi <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.1812>
- Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya. (2018). Que es un Medicamento. CIM CedimCat. Recuperado de [http://www.cedimcat.info/index.php?option=com\\_content&view=article&id=209:que-es-un-medicamento&catid=40&Itemid=472&lang=es](http://www.cedimcat.info/index.php?option=com_content&view=article&id=209:que-es-un-medicamento&catid=40&Itemid=472&lang=es)
- Chamorro, L. y Gila, J.A. (2004). Efectos Adversos Asociados al Tratamiento con Antipsicóticos Atípicos. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla- La Mancha. SESCAM. Vol. V, N.º 2.
- Chávez-Hernández, A. M., González-Forteza, C., Juárez Loya, A., Vázquez Vega, D., & Jiménez Tapia, A. (2015). Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato, México. Acta universitaria, 25(6), 43-50.
- Chesin, M., & Stanley, B. (2015). Evaluación del riesgo e intervenciones psicosociales para pacientes suicidas. Revista de Toxicomanía, 1, 22-32.
- Chinchilla, S. (11 de setiembre del 2016). Cinco cantones encienden las alertas por suicidios. Periódico La Nación.
- Clayton P. (2018). La conducta suicida. Revista electrónica manual MSD. Recuperado de <http://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>

- Colell, E., Sánchez-Niubò, A., Domingo-Salvany, A., Delclós, J., & Benavides, F. G. (2014). Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 369-375.
- Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M., & García Pérez, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 0-0.
- Corona, B., Hernández, M., y García, M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista electronica Habanera de Ciencias Médicas*, pp. 90-100. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n1/rhcm11116.pdf>
- Correa, M. V. B., Zapata, A. M. R., Arbeláez, B. E. A., & Gómez, M. T. A. (2014). Sentido atribuido por las familias a la muerte por suicidio en gestantes en Antioquia durante 2010-2011. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 124-133.
- Damazzo, R. (2009). Intoxicación por ingesta de medicamentos. *Drug poisoning*, pp.878-882. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-X0716864009322>
- De la Torre, I. F. A., Quesada, Y. V., Rodríguez, H. B., Martínez, A. M. O., & Cabrales, L. A. R. (2015). Caracterización de algunos factores de riesgo asociados al intento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 40(4).
- Del Campo M., González C. y Bustamante J, (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista electrónica Médica del Hospital General de México*, pp.200-201. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-suicidio-adolescentes-X0185106313687322>
- Echavarría A. (2010). Concepto y clasificación de la conducta suicida. PDF recuperado de <ftp://ftp.formainap.navarra.es/2014/2014-3E604-9971-SUICIDIO/TEMA%201.pdf>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126.
- Fernando Muñoz, L., & Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 111-121.

- Gálvez, P. (2015). Prevención e intervención de la conducta suicida en personas consumidoras de alcohol. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. España: Fundación Salud Mental España, 611-30.
- Gaona-Ordoñez, J. B., de Figueroa, A. B., Gómez-Gómez, P. A., Ramírez-Ortega, Y. D., Barrientos-Arenas, G., Peñaloza-Laiton, L. N., & Guecha-Ariza, E. A. (2015). Incidencia de los antecedentes de funcionalidad familiar, consumo de sustancias psicoactivas y enfermedad mental frente al intento de suicidio. *Revista Ciencia y Cuidado*, 9(2), 36-42.
- García, A. (2014). Suicidio y Parasuicidio en Adolescentes. Recuperado de <https://www.terapiabrevestrategicamadrid.com/2014/suicidio-y-parasuicidio-en-adolescentes>.
- García, E., Valverde, E., Agudo, M. A., Novales, J., & Luque, M. I. 2.13. Toxicología clínica 2.13. Toxicología clínica.
- González-Forteza, C., Juárez López, C. E., Montejo León, L. D. L. Á., Oseguera Díaz, G., Wagner Echeagaray, F. A., & Jiménez Tapia, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*, 25(2).
- González-Forteza, C., Rodríguez, E. M., Fuentes de Iturbe, P., Vega, L., & Jiménez Tapia, A. (2014). Correlatos psicosociales de depresión y riesgo de suicidio en trabajadoras sexuales del Estado de Hidalgo, México. *Salud mental*, 37(4), 349-354.
- Grados, P. G. (2015). Eficacia de los antidepresivos y de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión.
- Gros, T. O., Nuñez, C. L., Dito, J. M. M., Mahave, C. V., & Allue, J. C. T. (2017). INTOXICACIONES AGUDAS GRAVES EN UCI: RASGOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y ESTÁNDARES DE TRATAMIENTO. *Atalaya Médica Turolese*, (11), 28-35.
- Hernandez, R. Fernández C. Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Sexta Ed. México.
- JA, P., Gómez, M., García, R., & de Manuel, J. A. P. ANALGESIA Y SEDACIÓN EN URGENCIAS BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES.

- Jara, R., Cornejo, J., & Pulleghini, M. (2016). Prevalencia puntual de consumo de sustancias en individuos que cometen suicidio por asfixia secundario a ahorcamiento en Santiago, 2014-2015. *Revista ANACEM*, 10(2).
- López Steinmetz, L. C. (2017). Caracterización de riesgo diferencial-demográfico en urgencias psicológicas: intento de suicidio y otros motivos de consulta. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 9(1), 00-00.
- López-Lanza, J. R., Puente, M. V., Videras, R. L., Arribas, I., Pandiella, M. J., & Sineiro, E. (2016). Manejo en atención primaria de un primer episodio depresivo. Uso de antidepresivos y derivaciones. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 42(2), 88-93
- Lorenzo, P.; Moreno, A.; Leza, J.C.; Lizasoain, I.; Moro, M.A Velásquez. *Farmacología básica y clínica*. Ed. Panamericana, 18º Edición.
- Kodaka, M., Matsumoto, T., Yamauchi, T., Takai, M., Shirakawa, N., & Takeshima, T. (2017). Female suicides: Psychosocial and psychiatric characteristics identified by a psychological autopsy study in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 71(4), 271-279.
- Mansilla, F. (2010). Suicidio y prevención. *InterSalud*. pp. 6-78. Recopilado de [http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo\\_doc12101.pdf](http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo_doc12101.pdf)
- Maroto Vargas, Adriana, REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE SUICIDIO EN COSTA RICA (1998-2013): PRINCIPALES HALLAZGOS. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)* [en línea] 2016, IV [Fecha de consulta: 10 de febrero de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15351156010>> ISSN 0482-5276
- Martínez, M. M, Briones, R.R, Cortés, R. J.G.R. (2013). *Metodología de la Investigación para el área de la Salud*. McGRAW-HILL INTERAMERICANA Editores S.A. de C.V. México D.F.
- Martínez-Aguayo, J. C., Arancibia, M., & Silva, H. (2015). Psicofarmacología del suicidio: un análisis crítico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(2), 127-133.
- Melgar, C. (2013). Envenenamiento por medicamentos. *Rev. Act. Clín. Med.*, 36, 1847-1851. Recuperado de [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-37682013000900002&lng=es&nrm=iso](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000900002&lng=es&nrm=iso)

- Miguel-Arias, D., Pereiro Gómez, C., Bermejo Barrera, A. M., López de Abajo Rodríguez, B., & Vázquez Ventoso, C. (2016). Detección de benzodiazepinas en sujetos fallecidos por Reacción Aguda a Drogas en Galicia (1997-2011). *Revista de Toxicología*, 33(1).
- Mintegi, S. (2012). *Manual de intoxicaciones en Pediatría*. 3era Edición. España. Ergon. ISBN: 978-84-15351-10-8.
- Molina Cabrera, R., & Guillen Vargas, G. (2014). Modo de adquisición de plaguicidas y medicamentos en pacientes intoxicados atendidos en emergencias del Hospital Clínico Viedma. *Gaceta Médica Boliviana*, 37(2), 56-59.
- Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Maino, M. D. L. P., Armijo, I., Fischman, R.,... & Monari, M. (2017). Intento e ideación suicida en consultantes a salud mental: Estilos depresivos, malestar interpersonal y satisfacción familiar. *Psykhe (Santiago)*, 26(1), 1-14.
- Morán, I. Martínez, J. Marruecos, L. Nogué, S. (2011). *Toxicología Clínica*. Editorial Grupo Difusión. Madrid, España.
- Moreira, D. L., Cavalcante Martins, M., do Amaral Gubert, F., & Pereira de Sousa, F. S. (2015). Perfil de los pacientes tratados por intento de suicidio en un centro de atención toxicológica. *Ciencia y enfermería*, 21(2), 63-75.
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9-18.
- Munné, P., & Arteaga, J. (2003). Asistencia general al paciente intoxicado. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 26, pp. 21-48). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28(1), 25-31.
- Nicieza-García, M. L., Alonso-Lorenzo, J. C., Suárez-Gil, P., & Rilla-Villar, N. (2016). Efecto de la crisis económica sobre el consumo de psicofármacos en Asturias. *Gaceta Sanitaria*, 30, 464-467.
- Nogué, S. (2010). *Intoxicaciones Agudas. Bases para el tratamiento en un servicio de urgencias*. Hospital Clínico Barcelona.
- Oliviera, M y Trevisan, E. (2012). Medicamentos psicoactivos: estudio de mujeres con intento de suicidio en un municipio del sur de Brasil. *Index de Enfermería*. Doi <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100008>

- OMS, (2012). Manejo clínico de la intoxicación aguda con pesticidas: prevención de conductas suicidas. Panamá. ISBN 978-92-75-31690-0
- OMS, (2018). Suicidio. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Consultado el día 22-06-2019.
- OPS, (2019). Organización Panamericana de la Salud. "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Consultado el día 28-10-2019. Recuperado de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es).
- Orgaz, M. B, Alcaide, J. Gutiérrez, V. Benavides, M. Fármacos Anticonvulsivantes. Capítulo 2, pp37-56.
- Osorio, M. S., Vivanco, A. L., Luna, J. S., Bravo, M. L., & Galvan, D. S. (2016). Incidencia de las intoxicaciones: un caso en hospital de Ecuador/Incidence of intoxication: a case in an Ecuadorian hospital. *Ciencia Unemi*, 9(19), 77-83
- Palomo, T., & Jiménez-Arriero, M. A. (2009). Manual de Psiquiatría. Madrid: Gráficas Marte.
- Pedro Neto, A., Torres Alemán, M. A., Ruiz Arcia, I., Cantelar de Francisco, N., Cathcart Roca, F., Simões de Oliveira, P. R.,... & Moya Díaz, B. R. (2014). Comportamiento de algunos factores de riesgo de intoxicaciones agudas en la población de Malanje, Angola. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(2), 357-367.
- Peña, L. M., Parra, S., Rodríguez, C. A., & Zuluaga, A. F. (2009). GUÍA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE INTOXICADO. Cuarta Edición. Colombia.
- Pérez A. (s.f). El comportamiento suicida. Revista electrónica de psicología online. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/movil/ebooks/suicidio/comportamiento.shtml>
- Pérez, J. Merino, J. Publicado: 2011. Actualizado: 2014. Definicion.de: Definición de primeros auxilios (<https://definicion.de/primeros-auxilios/>).
- Pita Calandre, E., & Manzanares Iribas, J. (1992). Fármacos ansiolíticos e hipnóticos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 12(Supl. 1), 029-036. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n1/rhcm11116.pdf>

- Rothlin, R. (2005). Farmacología de las Drogas Antipsicóticas. Recuperado de <https://farmacomedia.files.wordpress.com/2010/04/teorico-antipsicoticos.pdf>
- Rubio González, V., Redondo Martín, S., Ruíz López del Prado, G., Muñoz Moreno, M., & Velázquez Miranda, A. (2016). Urgencias hospitalarias asociadas al consumo de hipnóticos y sedantes, Castilla y León, 2009-2013. *Revista española de salud pública*, 90.
- Sakata, R. Analgesia y Sedación en Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista brasileira de Anestesiologia* Vol. 60, No 6, Noviembre-Diciembre, 2010; 60: 6: 360-365. Elsevier Editora Ltda.
- Sánchez-Tapia, F. R., Ostolaza-Vite, A. R., Peña-López, E. A., Ruiz-Grosso, P. J., & Vega-Dienstmaier, J. M. (2017). Frecuencia de tendencias suicidas (suicidalidad) y factores asociados en mujeres durante el primer año posparto. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(3), 172-180.
- Santurtún, M., Santurtún, A., Agudo, G., & Zarrabeitia, M. T. (2016). Método empleado en las muertes por suicidio en España: envenenamiento y agentes violentos no tóxicos. *Cuadernos de Medicina Forense*, 22(3-4), 73-80.
- Saracco, S. (2014). Procedimientos para Disminuir la Absorción de Tóxicos. Ministerio de Salud Gobierno de Mendoza. Recuperado de <http://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2014/10/Recomendaciones-Para-Disminuir-La-Absorcion-De-Toxicos.pdf>
- Suicidio en estudiantes universitarios en Bogotá, Colombia. *Ciênc. saúde coletiva*. Doi. <http://dx.doi.org/10.1590/141381232017221.22452015>.
- Trobo, V. D., Tortorella, M. N., Speranza, N., Amigo, C., Laborde, A., Goyret, A., & Tamosiunas, G. (2015). Perfil epidemiológico de las intoxicaciones por benzodiazepinas recibidas en el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico uruguayo en el período 2010-2011. *Revista Médica del Uruguay*, 31(1), 32-38.
- UIA (2017). Indicaciones para la Elaboración de un Manuscrito Original sobre Investigación (Tesis / Tesina II Cuatrimestre 2017). Departamento de Investigación.
- UNICEF (2017). Comunicación, infancia y adolescencia guía para periodistas, suicidio. Recuperado de [https://www.unicef.org/argentina/spanish/COM-5\\_Suicidio\\_Interior\\_WEB.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/COM-5_Suicidio_Interior_WEB.pdf)

- Valdivia, M. ESTABILIZACIÓN, R. Y. Guía de manejo general del paciente intoxicado agudo, pp 29-33. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspmi/v20n1/a07v20n1.pdf>
- Valladolid, M. N. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 81-85.
- Valle, P. (2000). *Toxicología de Alimentos*. Instituto Nacional de Salud Pública Centro Nacional de Salud Ambiental. México, D.F. ISBN 92 75 37004 4.
- Vargas Murga, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 25(2), 57-59.
- Vargas, A. M., & Echeverría, C. C. (2017). EL SUICIDIO DESDE UN ENFOQUE PSICOSOCIAL Y DE SALUD COMUNITARIA: LOS RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO EN SANTA MARÍA DE DOTA, COSTA RICA. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 43, 447-472.
- Villa, B. A. D., & González, C. G. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Revista latinoamericana de psiquiatría*, 11(3), 106-115.
- Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Zúñiga, M. Á., Jacobo, B. R., Rodríguez, A. S., Cabrera, N. C., & Rentería, M. L. J. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205-216.