

Intentos suicidas con uso de medicamentos. Informe de dos casos y revisión de la literatura

Dr. Hugo Juárez Olgún,^{1,2} Dra. Marcela Barranco Garduño,^{1,2} Biol. Janett Flores Pérez,^{1,2} Q. Carmen Flores Pérez,¹ Dr. Mario Acosta Bastidas³

RESUMEN

Se presenta un análisis de la información sobre los factores que influyen en niños y adolescentes para tomar la decisión de suicidarse utilizando medicamentos. Algunos estudios indican que cuando el sujeto ingiere un medicamento para dañarse, lo puede llevar a cabo de manera consciente o inconsciente, aunque no se dé cuenta del daño que puede causar a su organismo. Los intentos de suicidio por medicamentos se realizan en el hogar y se deben a la facilidad de adquirir los fármacos generalmente utilizados por otros miembros de la familia y se encuentran al alcance de los niños. Los fármacos más utilizados para suicidarse son los antidepresivos, analgésicos, antibióticos, anticonvulsionantes e hipoglucemiantes. Ningún informe indica si el suicida compró los medicamentos que utilizaría para suicidarse. Se presentan dos casos de adolescentes que intentaron suicidarse sin lograr su objetivo. En estos ejemplos se encontró que los factores biológicos, psicológicos y sociales predisponen al acto suicida. Se pretende crear conciencia de las personas que conviven con el posible suicida y de las precauciones que se deben tener con un niño o un adolescente potencialmente suicida.

Palabras clave: Adolescentes, adicción, farmacología, medicamentos, suicidio, toxicología.

ABSTRACT

This work presents an analysis of the information concerning the factors which lead children and adolescents to commit suicide with the use of medications. Some reports indicate that when children ingest a medication for that purpose, they may do it consciously or unconsciously, while they are not aware of the potential damage to their organism. Suicidal attempts with medications take place at home and are due to availability of drugs, usually consumed by other members of the family and are within their reach. The most common drugs taken to commit suicide are antidepressants, analgesics, antibiotics, anticonvulsants and hypoglycemics. No previous report indicates whether the individuals had to buy the medications. We present two cases of adolescents who attempted suicide but were not successful. The study of these cases revealed that there were biological, psychological and social factors which predispose the suicidal attempt. This report is intended to alert the families of a potential suicidal individual and to implement precautionary measures that should be taken with a suicidal child or adolescent.

Key words: Adolescents, addiction, medications, pharmacology, suicide, toxicology.

El comportamiento suicida es un fenómeno antiguo, pero se ha hecho más frecuente conforme la civilización ha avanzado hacia la modernización. La Organización Mundial de la Salud informa que ocurren alrededor de

500,000 muertes cada año, con un estimado de 1110 suicidios diarios.^{1,2} Las estadísticas del INEGI del año 2003 señalan que México ocupa el segundo lugar de mortalidad en adolescentes entre 10 y 14 años, de los cuales el 21.9% son por suicidio (8.3% hombres y 13.6% mujeres).^{3,4}

La forma de intento de suicidio más empleada por los adolescentes es la ingestión de medicamentos y los más empleados son los antidepresivos tricíclicos. El 40 % de los suicidios consumados ha sido precedido al menos por 10 a 20 intentos de suicidio, así como por depresión y por antecedentes de familiares con conducta suicida (un progenitor, un hermano u otro familiar de primer grado). Los patrones familiares que caracterizan las situaciones de los niños y adolescentes que intentan o cometan suicidio son principalmente

¹ Laboratorio de Farmacología, Instituto Nacional de Pediatría.

² Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

³ Departamento de Urgencias, INP.

Correspondencia: Hugo Juárez Olgún, Instituto Nacional de Pediatría. Laboratorio de Farmacología. Avenida Imán N° 1, 3er piso, Colonia Cuicuilco, México D.F. CP 04530

Tel & fax 1084 0900 ext 1428 E mail juarezol@yahoo.com

Recibido: agosto, 2005. Aceptado: diciembre, 2005.

la disfunción familiar, la psicopatología de los padres con presencia de desórdenes psiquiátricos de tipo emocional; el abuso del alcohol y de drogas. Aunado a esto existe un comportamiento antisocial con la familia y falta de comunicación intrafamiliar. El niño recibe poco cuidado y es víctima de frecuentes agresiones. Toda esta dinámica alterada culmina en el divorcio de los padres.⁵⁻⁷

Al igual que ocurre con la ideación suicida, al menos la mitad de los niños y adolescentes que se ha quitado la vida, ha manifestado preocupación por la muerte; destacan en particular las ideas de venganza o de hostilidad dirigidas contra sí mismos o hacia tercera personas.⁵

INFORME DE LOS CASOS

Caso 1

Niña de 12 años edad, que ingresó al Servicio de Urgencias dos horas después de la ingestión de hipoglucemiantes (glibenclamida y metformín) en cantidad no especificada. Antecedentes. Padres divorciados; madre con diabetes mellitus; una hermana hospitalizada en el Servicio de Cuidados Intensivos por un intento de suicidio con ingestión de hipoglucemiantes; un hermano drogadicto que la golpeaba. Refirió haber tenido relaciones sexuales; actualmente presenta un mes de retraso menstrual. La paciente estaba desorientada en tiempo, lugar y espacio. Tenía náusea y vómito de contenido gástrico. Examen físico. Edad aparente igual a la cronológica; con aspecto deprimido, diaforesis, deshidratación leve de piel y mucosas. Cardiopulmonar. Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, 120 latidos/minuto, sincrónicos con el pulso radial; campos pulmonares con ventilación adecuada. Amplexión y amplexación normales, sin fenómenos agregados. Abdomen blando depresible; ruidos intestinales de adecuada intensidad y frecuencia, sin crecimiento de vísceras. Extremidades superiores e inferiores simétricas. Pulsos presentes, rítmicos y sincrónicos entre sí. Reflejos osteotendinosos normales. El tratamiento inicial fue lavado gástrico en el cual se observaron restos de fármacos. Enseguida se dio carbón activado para evitar la absorción; se administraron 50 mL de solución glucosada al 50% y se mantuvo con infusión de solución glucosada al 10%.

La paciente manifestó que el motivo para ingerir dichos fármacos fue que su hermana se encontraba en grave estado de salud. Cuando se estabilizó la paciente, se le envió al Instituto Nacional de Perinatología para una valoración gineco-obstétrica, donde se confirmó la presencia de un embarazo. Tres años después, a la edad de 15 años volvió al INP por un segundo intento de suicidio con benzodiazepinas. Se le trató y su situación mejoró. Fue referida al Hospital Psiquiátrico "Juan N. Navarro"

Caso 2

Adolescente femenina de 16 años de edad, con antecedentes heredo-familiares de madre esquizofrénica con mal apego al tratamiento farmacológico, a base de antidepresivos. Ingresó al Servicio de Urgencias cuatro horas después de la ingestión de cinco tabletas de paracetamol, cinco tabletas de benzodiazepinas, sin especificar cuáles y cinco tabletas de salicilatos que le provocaron náusea, somnolencia y vómito de contenido gástrico en cinco ocasiones. Ingresó al Servicio consciente, bien orientada, somnolienta, con adecuada coloración de piel y mucosas; ligera deshidratación de mucosas; cráneo normocéfalo sin alteraciones; ojos con pupilas isocóricas y reflejos normales, cuello cilíndrico con tráquea central y desplazable sin alteraciones. Tórax normolíneo; ruidos cardíacos rítmicos de adecuada intensidad y frecuencia, sin soplos. Campos pulmonares con ventilación normal, con movimientos de amplexión y amplexación normales; vibraciones vocales normales sin fenómenos agregados. Abdomen plano, sin presencia de cicatrices, blando, depresible, sin crecimiento de vísceras; ruidos intestinales aumentados en frecuencia. Extremidades superiores con adecuado tono y fuerza muscular; pulsos sincrónicos en intensidad y frecuencia, llenado capilar de 3 segundos; reflejos osteotendinosos normales. Extremidades inferiores sin presencia de edema, simétricas, con adecuado tono y fuerza; pulsos, rítmicos y sincrónicos; reflejos osteotendinosos normales, llenado capilar de 3 a 4 segundos. Se le colocó una sonda nasogástrica 14 French y se realizó lavado gástrico; posteriormente se le administró carbón activado (50mg) para evitar la absorción de los fármacos. Se le mantuvo en observación. Debido a la escasa dosis de los medicamentos

ingeridos y al tiempo transcurrido, no se consideró necesario usar antídotos específicos.

Cuando la paciente se estabilizó manifestó que ésta era la segunda vez que intentaba suicidarse; que en su familia había muchos problemas. Se sentía deprimida, y refirió que una amiga se suicidó dos meses antes. Inició su vida sexual activa a los 14 años. Por este motivo se le realiza determinación de hormona gonadotropina coriónica, que fue negativa. Tabaquismo y alcoholismo positivo desde los 14 años de edad; cinco cigarros por día y embriaguez cada 8 días. En ocasiones consumía marihuana. Se interrogó a la madre quien manifestó que su hija era muy agresiva y que en dos ocasiones había intentado golpearla; que lleva muy mala relación con sus dos hermanos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Stillion et al (1989) propusieron un modelo de la trayectoria del suicidio, que comprende cuatro grupos de factores de riesgo que contribuyen al pensamiento suicida: aspectos biológicos, psicológicos, cognitivos y ambientales, ya sea individualmente o combinados para dar el comportamiento autodestructivo.⁶

Los componentes del suicidio más frecuentes son las ideas, los intentos y el suicidio consumado, determinados por elementos neurobiológicos y fisiológicos basados en dos tipos de comportamiento: el control impulsivo alterado y el dolor intenso.⁷

Los factores bioquímicos del suicidio se relacionan con la depresión y la manía. Se ha encontrado que el líquido cefalorraquídeo de algunos pacientes deprimidos contiene cantidades anormalmente bajas de 5-HIAA (ácido 5 hidroxindolacético), el cual se produce cuando la serotonina se desintegra en el cuerpo. Existe evidencia de que los receptores de serotonina en el tallo cerebral y en la corteza frontal pueden estar deteriorados, lo que se manifiesta en el individuo por inconformidad e insatisfacción con su modo de vida, por imágenes mentales del suicidio y por la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas. Se han detectado alteraciones del funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, con elevación de hidroxi-cetosteroides en la orina de pacientes suicidas. Otros investigadores centraron su estudio

en los sistemas noradrenérgicos y dopaminérgicos. Se han descubierto modificaciones en la densidad de los receptores beta-adrenérgicos en algunas regiones cerebrales, en estudios post-mortem de pacientes que cometieron suicidio.¹¹

Se debe tener en cuenta que los factores de riesgo suicida son individuales, genéricos y condicionados culturalmente. Aunque no son específicos, se ha observado que los acontecimientos dolorosos como el divorcio, la muerte de seres queridos, el abandono, problemas familiares, el maltrato físico, la negligencia, el abuso emocional, el abuso sexual y los problemas de aprendizaje son factores determinantes en las ideas suicidas.^{8,9}

El 90% de los suicidas padece uno o más trastornos mentales en el momento que se quita la vida. Prácticamente todas las enfermedades mentales se acompañan de un elevado riesgo de suicidio, en especial cuando se acompañan de trastornos afectivos, de la personalidad, de abuso de sustancias o de esquizofrenia; las excepciones son la demencia y el retraso mental. El 60% de los individuos que intenta quitarse la vida o que se suicida, consulta a un profesional tres a seis meses antes.

Los factores que inciden en la aparición de conductas autodestructivas son múltiples. Esto hace necesario considerar distintos aspectos psiconeurobiológicos, clínicos, familiares y sociales del paciente en riesgo.¹⁰

Las actitudes suicidas que se presentan con las crisis en las relaciones interpersonales son más frecuentes en pacientes drogadictos que en los depresivos. Los trastornos psiquiátricos con riesgo más elevado de suicidio son la depresión y los problemas afectivos mayores, el alcoholismo, el abuso de sustancias y la psicosis.¹²

Un paciente deprimido con ideación suicida, requiere contar con una familia capaz de controlarlo las 24 horas y estar en condiciones de someterse a un tratamiento psiquiátrico ambulatorio. En estas circunstancias es necesario que el paciente no permanezca solo ni aislado; debe realizar actividades sociales y laborales habituales. No debe tener objetos peligrosos a su alcance, tales como armas de fuego, objetos cortantes, fármacos y tóxicos. La mayoría de las intoxicaciones farmacológicas agudas se debe a la

ingestión de fármacos sedantes e hipnóticos, como los ansiolíticos, los relajantes musculares y los anticonvulsionantes todos los cuales causan depresión del SNC y en particular del centro respiratorio. En estas circunstancias la presencia de síntomas neurológicos debe hacer sospechar una intoxicación medicamentosa o de lo contrario, se debe indagar la existencia de un problema neurológico focal concomitante. El grado de afectación neurológica dependerá de la cantidad de medicamento ingerida y de la tolerancia del paciente al fármaco.

Las benzodiazepinas son los fármacos más utilizados en el intento suicida de niños y adolescentes. Estas sustancias aumentan los efectos inhibidores del neurotransmisor GABA en el SNC. Dosis de 15 a 20 veces a las terapéuticas causan depresión neurológica generalizada, que se manifiesta en forma de somnolencia, diplopía, ataxia, disartria, hiporreflexia y coma. Si se supera 100 veces la dosis terapéutica se añaden efectos cardiovasculares, como hipotensión. La depresión del centro respiratorio causa hipoventilación alveolar, hipoxemia y acidosis mixta. La asociación de etanol con benzodiazepinas en un intento de suicidio es frecuente y potencia los efectos neurológicos. El lavado gástrico y la administración de carbón activado por vía digestiva deben indicarse lo más pronto posible después de su ingestión. El flumazenilo es el antídoto específico, ya que actúa como antagonista competitivo con alta afinidad por los receptores de las benzodiazepinas.¹³

Los salicilatos son otro grupo representativo de las intoxicaciones accidentales e intencionales en niños y adolescentes: causan un desacoplamiento de la fosforilación oxidativa, con incremento del consumo de oxígeno y de la glucosa; producen piruvato, lactato y cuerpos cetónicos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en este caso son taquipnea, visión borrosa, acúfenos, enrojecimiento facial, náusea, vómito, malestar epigástrico, delirio, hiperpirexia y depresión neurológica. Aparece alcalosis respiratoria y más tarde, acidosis metabólica. La alcalosis respiratoria eleva la eliminación urinaria de bicarbonato, sodio, potasio y agua lo cual provoca deshidratación. En niños es frecuente que se asocie la hipoglucemias. Las dosis elevadas de salicilatos pueden interferir en la producción de los factores de la coagulación dependientes de la

vitamina K, lo que conduce a la hipoprotrombinemia y elevación de las transaminasas. Se producen hipotensión e insuficiencia renal por bloqueo tubular debido al depósito de salicilatos y edema pulmonar no cardiogénico. El lavado gástrico y el carbón activado oral pueden ser útiles, incluso después de 24 h de la ingestión de medicamentos. Además deben corregirse la acidosis metabólica y la deshidratación.¹³

La combinación de los síntomas depresivos y comportamiento antisocial son el antecedente más común del suicidio en los adolescentes. Las tres cuartas partes de quienes se quitan la vida, muestran uno o más síntomas de depresión. Los niños y adolescentes con tendencia depresiva tienden a volverse silenciosos, pesimistas e inactivos; tener comportamientos destructivos, agresivos y exigen gran atención por parte de sus padres y maestros. La agresividad puede conducir a la soledad que es en sí misma un factor de riesgo para el comportamiento suicida.^{14,15} También existe una correlación consistente entre los trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio en los varones; esta asociación es más débil en las mujeres.¹⁶

El consumo de drogas y alcohol es muy frecuente en niños y adolescentes que intentan suicidarse; la cuarta parte de los pacientes consume alcohol o drogas antes de ello. Por insatisfacción con sus cuerpos muchos niños y adolescentes tratan de perder peso y se preocupan de lo que deben y no deben comer. Entre 1 y 2% de las jóvenes adolescentes sufre anorexia o bulimia, además de la depresión.^{17,18}

Los factores psicológicos que predisponen al comportamiento suicida hacen necesario proteger a niños y adolescentes propiciando una buena relación con los miembros de la familia e incrementando la confianza en sí mismos y en sus logros.

La OMS sugiere que para prevenir la conducta suicida en niños y adolescentes, se debe recomendar a la familia y al adolescente la búsqueda de ayuda y consejo cuando surgen dificultades; cuando hay que tomar decisiones importantes; aprovechar las experiencias y soluciones de otras personas; receptividad hacia conocimientos nuevos; fomentar la integración social.

La participación de un equipo multidisciplinario conformado por médicos especialistas, psicólogos y trabajadores sociales enfrenta un desafío de gran

importancia estratégica, en la cual es fundamental identificar niños y adolescentes con trastornos de personalidad y para ofrecerles apoyo psicológico; ser observadores para el reconocimiento temprano de la tendencia suicida, ya sea a través de afirmaciones verbales, de cambios de comportamiento o de ambos; ayudar a eliminar el uso de alcohol y drogas; restringir el acceso de los estudiantes a los elementos que favorezcan la consumación del suicidio: drogas tóxicas o letales, pesticidas, armas de fuego y otras armas, etc.

En los casos clínicos presentados en este trabajo fue evidente que había factores biológicos, psicológicos y sociales que predisponían a la conducta suicida. Esta tendencia ha continuado en los últimos años, con mayor frecuencia en adolescentes de 10 a 14 años y en el sexo femenino. En los casos presentados, la depresión fue el antecedente principal, mientras que el maltrato físico y la esquizofrenia fueron los antecedentes familiares de mayor interés. Con este informe se pretende crear conciencia de las personas que conviven con suicidas potenciales y señalar las precauciones necesarias cuando el riesgo de suicidio se considere elevado y no haya familiares para ayudar al niño o al adolescente.

REFERENCIAS

1. Johnson GR. Suicide among adolescents and young adults; a cross-national comparison of 34 countries. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30:74-82
2. Dirección de Internet: www.3.who.int/whosis/mort
3. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Mortalidad en adolescentes entre 10-14 años. México, D.F., INEGI, 2003
4. Saucedo JM, Montoya MA, Higuera FH, Maldonado JM, Anaya A, Escalante P. Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva? *Bol Med Hosp Infant Mex* 1997;54:169-75
5. Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB. Adolescent suicide: an overview. *Am J Psychother* 1984;38:350-63.
6. Gould MS, King R, Greenwalds M, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;37(9):915-23.
7. Carris MJ, Sheeber L, Howe S. Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model. *J Adolesc* 1998;21(4):459-472.
8. Behrman RE, Kliegman RM, Nelson HB. *Nelson Tratado de Pediatría*. 17 ed. Elsevier, México 2004
9. Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R. Epidemiology of suicide in Mexico from 1970 to 1994. *Salud Pública Mex* 1996; 38:197-206
10. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: Epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Pediatr Drug* 2003; 5:243-265
11. Koplin B, Agathon J. Suicidality in children and adolescents. *Current Opinion in Pediatrics* 2002; 4:713-717
12. Shafii M, Shafii SL. School violence, depression, and suicide. *J Appl Psychoanalytic Studies* 2003; 5:155-169
13. Moizeszowicz J. *Psicofarmacología IV. Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas*. Editorial Paidós, Buenos Aires 1998
14. Schatzberg AF, Schildkraut J. Recent Studies on Norepinephrine Systems in Mood Disorders. En: Bloom FE, Kupfer DJ. *Psychopharmacology. The Fourth Generation of Progress* Nueva York, Raven Press, 1995;pp911-20
15. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*, 4^a Ed. Masson, Barcelona 1995
16. Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG. Eds. *Pharmacological Basis of Therapeutics*. 10^a Ed. McGraw-Hill México 2001
17. Spruijt E, de Goede M. Transitions in family structure and adolescent well-being. *J Adolesc* 1997;32:897-911
18. Weissman MM, Fox K, Klerman GL. Depressed adolescents grow up. *J Am Med Assoc* 1999;281:1701-13
19. Marcelli D. Suicide and depression in adolescents. *Revue du Praticien* 1998;48:419-23
20. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, et al. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1543-51
21. McClure GMG. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. *Br J Psych* 2001;178:469-74

medigraphic.com