



---

---

Universidad Veracruzana  
Servicios de Salud de Veracruz  
Hospital Regional” Dr. Luis F. Nachón”

Prevalencia y tipos de envenenamiento autoinflingido  
en adolescentes atendidos en el hospital regional  
Dr. Luis F. Nachón.

TESIS

Que para obtener el grado de Médico Familiar

Presenta:  
Lorena Flores Carrera

Directora de Tesis:  
M. en C. Ruth Angélica Landa Rivera

Xalapa Enríquez, Ver, Mayo 2013

## **DEDICATORIA.**

Doy gracias a Jehová Dios por permitirme llegar hasta aquí, con salud, con bienestar y con la posibilidad de iniciar una larga trayectoria académicamente.

Muy especialmente dedico con todo mi amor este trabajo de 3 años, a la mujer más excepcional del mundo, mi madre Flora Carrera Mendoza, que con su paciencia, esfuerzo y sacrificios, me ayudo ya que sin ella no hubiera podido llegar hasta donde estoy en este momento. Gracias al empeño que siempre puso en todo para que yo pudiera estudiar, además de mostrarme que las cosas se pueden lograr, solo es cuestión de quererlas y trabajar para poder conseguirlas y que el camino no será el más corto, ni el más ancho, ni el más áspero, ni el más tranquilo, pero es el esfuerzo de cada uno de nosotros lo que hace la diferencia.

A mis hermanos Laura, Gabriela, Claudia, Manuel, Raúl y Guadalupe.

A mis tíos Andrés y Socorro, que siempre han estado conmigo.

A una gran mujer Aida Contreras, quien siempre está conmigo en los momentos más difíciles y que nunca me ha dejado caer y sus consejos, regaños, llamadas de atención, estímulo y además de hacerme olvidar los días pesados con sus agradables charlas.

Y un profundo agradecimiento a mi asesora en tesis, la M. en C. Ruth Angélica Landa Rivera, con su apoyo brindado en este proyecto de investigación.

## Índice

1	Resumen.....	04
2	Introducción.....	05
3	Marco teórico.....	09
4	Marco empírico.....	11
5	Planteamiento del problema.....	14
5.1	Pregunta de investigación.....	15
6	Justificación.....	16
7	Objetivos.....	16
7.1	Objetivo general.....	16
7.2	Objetivos específicos.....	16
8	Metodología.....	17
8.1	Diseño de investigación.....	17
8.2	Universo.....	18
8.3	Muestra.....	18
8.4	Definiciones operacionales.....	19
8.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	21
8.6	Técnicas de recolección de la información.....	21
8.7	Cuestionario para evaluar expedientes.....	22
8.8	Prueba Piloto.....	24
9	Resultados .....	25
10	Discusión.....	37
11	Conclusiones.....	39
12	Recomendaciones.....	41
13	Referencias Bibliográficas.....	43
Anexo 1	Consentimiento informado.....	47
Anexo 2	Cuadros de información de los casos analizados.....	48
Anexo 3	Cuadros de información de los 25 casos no estudiados.....	52

## 1. Resumen.

**Introducción.** En los últimos años el suicidio se ha convertido en un problema de Salud Pública a escala mundial. Según la OMS en el año 2000 se tiene una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por 100 000 habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos, lo que coloca al suicidio entre las primeras causas de muerte en varios países. La realidad de las conductas suicidas muestran las condiciones por la que los adolescentes transitan actualmente, lo que habla del punto de quiebre en que se encuentra la familia y la sociedad. **Objetivo:** Identificar los principales tipos de envenenamiento autoinflingido y la prevalencia en adolescentes atendidos en el área de urgencias del Hospital Dr. Luis F. Nachón, en el periodo comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre del 2011.

**Material y métodos:** Estudio, evaluativo, retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal, realizado en el periodo comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre del 2011. La población estuvo constituida por los casos que fueron atendidos por envenenamiento autoinflingido en ese periodo, la muestra fue por conveniencia y estuvo constituida por el 100% de los casos que cumplieron con los criterios de inclusión previamente señalados. Para la evaluación de los casos se utilizó un instrumento elaborado por la propia investigadora y sometido a validación de expertos. En el análisis de la información, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 12 y los resultados fueron presentados mediante estadística descriptiva. **Resultados:** En total se evaluaron 11 casos de pacientes adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión, en lo referente al género 72.7% son mujeres y 27.3% hombres. El 45.5% de los casos se presentaron en el mes de abril, en cuanto a la edad el 54.5% se presentó en la etapa de la adolescencia tardía (17-19 años) con una media de 36.4%, la adolescencia temprana representó el 9.1%. En cuanto al lugar de procedencia el 72.7% corresponde a zona urbana, el nivel educativo y el estado civil no fue posible valorarlo, ya que hasta en un 90.9% se desconoce esa información. De las sustancias tóxicas las más utilizadas fueron las benzodiacepinas con un 36.4%. Y el tiempo de estancia hospitalaria es menor a 6 horas.

**Discusión.** La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), señala que el grupo de edad más afectado para los suicidios es el de 13 a 15 años de edad, sin embargo en este trabajo queda de manifiesto que la etapa de la adolescencia en que más suicidios autoinflingidos se presentan es la tardía (17-19 años) representa el 54.5%,

**Conclusión:** La ingesta de sustancias con carácter auto lesivo o autoinflingido es una realidad palpable ya que corresponde a un problema de Salud Pública y los motivos principales para estudiar las conductas suicidas, aparte del suicidio consumado, radican en que estas no solo producen un gran malestar mental y sufrimiento psíquico y pueden producir consecuencias físicas de primera magnitud, sino que también son un antecedente fundamental de un posterior suicidio consumado. Es importante señalar que este estudio se realizó con algunas limitaciones como fueron la incoherencia en la lógica del llenado de registros y la falta de información a los casos descartados, toda vez que no fue posible la evaluación en 25 de los casos atendidos.

## 2. Introducción.

El número de intentos de suicidio o suicidios consumados observados en la última década a nivel mundial ha presentado un importante incremento. Durante el 2001 en México fallecieron 1,339 personas entre niños y adultos por intoxicaciones; de estas muertes 72% fueron accidentales y 28% correspondieron a suicidios. <sup>(2)</sup>

Los epidemiólogos y expertos en suicidio han descrito varias características específicas que se asocian estrechamente con un mayor riesgo de comportamiento suicida. Aparte de los factores personales como: la edad y sexo, también factores biológicos, psiquiátricos, sociales y ambientales, así como factores relacionados con la historia personal del individuo. <sup>(3)</sup>

A través de la historia, la postura frente al suicidio ha sido diferente según el momento histórico de que se trate. <sup>(11)</sup>

El término suicidio apareció por primera vez en el diccionario de la real Academia Española de la Lengua hacia 1817, definiéndose a partir de los términos *sui* (sí mismo) y *caedere* (matar) definiéndose como “el acto o la conducta que daña o destruye al propio agente” <sup>(11)</sup>

A finales del siglo XIX, se tiene un enfoque sociológico del suicidio y Durkheim y Freud plantea que es el resultado de la fortaleza o la debilidad del control de la sociedad sobre el individuo. <sup>(12)</sup>

Existe un proceso previo al suicidio, el cual comienza con la idea de suicidarse pasa por los intentos hasta concluir con la muerte autoinflingida o la consumación del acto. <sup>(15)</sup>

La ideación suicida se identifica cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, durante por lo menos dos semanas y haciendo algún plan e identificando los medios necesarios para conseguirlo. Comprende desde la idea fugaz de la dificultad de vivir a la idea suicida transitoria, prolongada, permanente, impulsiva o planeada.

El intento de suicidio, se define como cualquier acción que tenga el objetivo de quitarse la vida, sin lograrlo; que comprende desde la idea fugaz, transitoria, prolongada, permanente, impulsiva y planeada. <sup>(15)</sup>

El acto suicida, son aquellas acciones por el que un individuo se provoca una lesión indistinto del grado de letalidad. <sup>(3,15)</sup>.

Conducta suicida. Se define como todo comportamiento de autoagresión con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza.

Parasuicidio. Acto no mortal en el que una persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere un medicamento en dosis superior a la prescrita o reconocida como terapéutica.

El suicidio se puede realizar por métodos violentos o duros (arma de fuego, ahorcamiento, precipitación) y por métodos pasivos o suaves (ingestión de psicofármacos, etcétera).

El suicidio según su forma clínica, se puede clasificar en: suicidio ampliado, por desesperación, por miedo, por venganza o chantaje y suicidio por sacrificio.<sup>(12)</sup>

El envenenamiento o intoxicación es la condición en la cual hay alteraciones en la homeostasis del organismo, secundario a ingesta, contacto, inhalación con alguna sustancia tóxica y que puede poner en peligro la vida del individuo.

El 40% de quienes han intentado suicidarse, lo han hecho en varias ocasiones; de ellos del 10- 14% termina suicidándose.<sup>(15)</sup>

Según reportes del INEGI, se desconocen los motivos que llevan al suicidio: en 58% de los casos las razones se ignoran, el 11% se deben a disgustos familiares y 7% a razones amorosas. Los intentos de suicidio se traducen en lesiones, trauma emocional y mental y en distintas discapacidades y hospitalizaciones, esto sin contar que muchos casos no se documentan y que sólo la mitad de quienes lo llevan a cabo solicitan atención médica (OMS 2004).<sup>(3,15)</sup>

La realidad de las conductas suicidas muestran las condiciones por las que los jóvenes transitan actualmente, lo que habla del punto de quiebre en que se encuentra la familia y la sociedad.<sup>(15)</sup>

La adolescencia es un periodo de crecimiento y desarrollo en el cual se presentan cambios, los cuales son muy significativos tanto a nivel físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demanda de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento, que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social.<sup>(14,16,19,30)</sup>

Es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos en este periodo y en la edad adulta. Como sufren de constantes crisis y pérdidas de valores los convierte en un grupo vulnerable y de alto riesgo.<sup>(14, 16,19, 33)</sup>

Los adolescentes por diversas circunstancias ambientales, familiares e individuales, frecuentemente desarrollan conductas que constituyen factores de riesgo (son aquellos eventos o circunstancias críticas relacionadas temporalmente con la ocurrencia de la conducta autodestructiva y que son referidos por el propio paciente o familiar reflejados en la historia clínica).

Son todas aquellas posibles circunstancias o causas que pueden condicionar el envenenamiento intencional); los que a su vez pueden constituir en daños a la salud en la vida adulta, entre estos se encuentran:

- ❖ Tabaquismo
- ❖ Alcoholismo
- ❖ Prácticas de sexo inseguro
- ❖ Exposición a ambientes peligrosos y violentos.
- ❖ Tener amigos y padres usuarios de drogas
- ❖ Presencia de alguna enfermedad mental
- ❖ Nivel socioeconómico de la familia que incluye la educación de los padres
- ❖ Condiciones de la vivienda
- ❖ La violencia física contra el adolescente en el ambiente familiar
- ❖ Disfunción familiar
- ❖ El fallecimiento de alguno de los padres
- ❖ Divorcio
- ❖ Inclusión de una nueva pareja (padrastrós).
- ❖ Presencia de alguna enfermedad crónica o invalidante
- ❖ Crisis económicas
- ❖ Familiares suicidas o con intentos de suicidio.
- ❖ Vivir solo. (2, 3,5, 6,11, 12, 13, 14).

Las personas de todas las edades pueden sufrir depresión y los niños y adolescentes no escapan ante esta situación, aunque suele ser diferentes manifestaciones en comparación a los adultos y puede ser difícil detectarla.

Los jóvenes deprimidos tienden a presentar más muestras de exteriorización, como el ausentismo escolar, calificaciones cada vez peores en la escuela, mal comportamiento, violencia y abuso del alcohol o drogas, también duermen y comen más, o bien la negativa a comer y problemas del sueño. <sup>(3)</sup>

La depresión es el trastorno mental que más a menudo se asocia con el suicidio, estudios han revelado que hasta 80% de las personas que se han suicidado tenían varios síntomas depresivos <sup>(3)</sup> y la ansiedad es una potente fuerza impulsora en el proceso del suicidio y los dos trastornos son a veces indistinguibles. <sup>(3, 4,30)</sup>

La conducta suicida es la urgencia psiquiátrica más frecuente entre la población adolescente. <sup>(3)</sup>

Los usuarios de drogas atendidos en instituciones de salud y en los mencionados en la procuraduría de justicia de la ciudad de México, muestra que el 91% son hombres, el 27% tienen entre 15-19 años de edad, 70% son solteros y 56% son de nivel socioeconómico bajo. <sup>(8)</sup>

Una sustancia toxica. Es toda sustancia o preparado que al ser ingerida o inhalada puede causar un daño e incluso la muerte.

De las sustancias con fines suicidas más frecuentemente utilizadas son las que pueden ingerirse como son fármacos, insecticidas, drogas, etc.

La intoxicación por plaguicidas es uno de los métodos más frecuentes de intentos suicidas en el Tercer Mundo, presentándose en más del 50% de las intoxicaciones agudas en los países menos desarrollados. <sup>(1)</sup>

El grupo de edad en los que predomina el abuso de drogas ilegales, es el de 15 y 19 años (32.8%) y el grupo de 10 a 14 le corresponde el 9.7% y los tipos de drogas más utilizados en orden de frecuencia son: cocaína (24.3%), marihuana (22.4%), alcohol (20.8%), inhalables (13.2%), sedantes (7.7%), anfetaminas (3.3%), opiáceos (1.8%), alucinógenos (1.5%) y otras no especificadas (5.2%). <sup>(2)</sup>

Debido a esto, el abordaje de la problemática del envenenamiento o intoxicación autoinfligido en los adolescentes debe realizarse a través del modelo bio-psicosocial. <sup>(10, 11)</sup>



### 3. Marco teórico.

El suicidio se entiende ahora como un trastorno multidimensional, el cual resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales. Y el poder identificar, valorar y manejar a los pacientes suicidas es una tarea importante del médico familiar o de primer contacto, quien juega un papel crucial en la prevención del suicidio.

Las reacciones más comunes del médico ante tal situación son: incredulidad, pérdida de la confianza, enojo y vergüenza. El suicidio de un paciente puede desencadenar sentimientos de insuficiencia, dudas sobre su propia competencia y temor por su reputación.

Además, los médicos confrontan la enorme dificultad de tratar con la familia y los amigos del suicida.

Este trabajo se sustenta en la atención multidisciplinaria la cual señala que la atención al adolescente con esta problemática, deberá ser integral toda vez, que se requiere proporcionar atención médica, psicológica, y psiquiátrica.<sup>(12.13)</sup>

El reconocer que un joven está en situación de aflicción y que necesita ayuda constituye un gran problema. Es mucho más difícil saber cómo reaccionar y responder a los niños y jóvenes suicidas. Por lo que el médico debe proporcionar un tiempo adecuado al paciente, aunque muchos otros puedan estar esperando fuera del consultorio. Al mostrarse disponible ante el paciente, el médico empieza a establecer una relación positiva con el paciente.

Y al mostrar empatía hacia el paciente, se logra reducir el nivel de desesperación del suicida; las preguntas que se realicen serán de manera cálida encaminadas a valorar la frecuencia y la severidad de la idea y la posibilidad de suicidio. Es importante saber si el paciente ha hecho planes y posee los medios para cometer suicidio. Y los sentimientos de una persona suicida son usualmente una tríada de desamparo, desesperanza y desespero.

Al lograr identificar la ambivalencia entre el deseo de vivir y el de morir y si es usada por el médico para aumentar el deseo de vivir, el riesgo puede reducirse.

El suicidio es un fenómeno impulsivo y el impulso por su misma naturaleza es transitorio. Si se proporciona apoyo al momento del impulso, la crisis puede disolverse y el médico gentilmente tiene que tratar de que el paciente tome conciencia de que existen otras opciones.

El médico familiar deberá evaluar los sistemas de apoyo disponibles, identificar un pariente, amigo, conocido u otra persona que pueda apoyar al paciente, solicitar su ayuda, y debe de negociar y tratar de que el paciente se comprometa con él, regularmente los pacientes respetan las promesas que hacen a su médico.

Pero si el paciente presenta un trastorno psiquiátrico, historia de intento de suicidio previo, historia familiar de suicidio, alcoholismo o trastorno psiquiátrico, mala salud física, no cuenta con ningún apoyo social, los pacientes deben de remitirse a un psiquiatra o Psicólogo, y deberán hospitalizarse cuando el paciente tenga pensamientos recurrentes de suicidio, nivel alto de intención de morir en el futuro inmediato ,este agitado o en pánico y exista un plan para usar un método violento e inmediato.

El suicidio no es un incompresible salto desde el vacío: los suicidas le dan a la gente que los rodea suficientes avisos y margen para intervenir.

El trabajo de prevención de suicidio, es a través de identificar adolescentes con trastornos de personalidad y ofrecerles apoyo psicológico, mejorar la comunicación , tratar de entenderlos y ayudarlos, aliviar la aflicción mental, ser observador y estar entrenado en el reconocimiento temprano de la comunicación suicida, ya sea a través de afirmaciones verbales y/o cambios en el comportamiento, ayudar a eliminar el abuso de alcohol y drogas y restringir el acceso de los estudiantes a los medios aptos para el suicidio (drogas, pesticidas, armas de fuego y otras armas, etc.).

Entre las acciones que los médicos tenemos en nuestras manos y más como médicos familiares para disminuir el número de intoxicaciones se encuentra la educación a la población, proporcionar la atención integral del paciente, para evitar siguientes eventos, identificar las causas, reconocer en la práctica diaria que el manejo de los pacientes no ha sido el adecuado, ya sea por desconocimiento, por sub-diagnostico y es de vital importancia poseer conocimientos básicos, trabajar con un equipo multidisciplinario de salud y realizar la identificación, manejo y seguimiento de los casos <sup>(39)</sup> con la finalidad de realizar propuestas de intervención que impacten de manera directa en la disminución de esta problemática y apoyarlo a nivel emocional, ya sea canalizándolo al servicio de psicología o psiquiatría para ser valorado integralmente y tratar el problema de raíz, ya que si no se continuaran presentando índices más elevados en las intoxicaciones auto infligidas (intento suicida) en los adolescentes.

Una estrategia que podría servirnos es aplicar una escala de depresión en el área de urgencias como es la de Zung para adolescentes y también el inventario de razones para vivir y esto nos mostraría un panorama general de ese adolescente y enviarlo al programa de atención al adolescente que podría emplearse en cada hospital, a través del servicio de pediatría y dar continuidad y seguimiento al paciente y familiares. Porque como se ha visto el ambiente familiar es un detonante importante, por lo que debemos trabajar con la familia para mejorar condiciones y así poder incidir en la sociedad. Y esta responsabilidad es básicamente del médico familiar y del médico de primer nivel de atención.

### 3. Marco empírico.

En las revisiones bibliográficas, se señala que el suicidio es la primera causa de muerte violenta en el mundo. De acuerdo con Mosquera, en el mundo cada 40 segundos un hombre muere por suicidio. Se trata de la segunda causa de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 15 y 24 años y la decimo tercera causa de muerte en general <sup>(39)</sup>.

Y según Borges y cols. El suicidio es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad, y la tercera entre los 15 y 24 años. <sup>(41)</sup>

Los individuos con intento de suicidio tienen una probabilidad 4 veces mayor de volverlo a hacer y el riesgo es más alto en el primer año y poco después de una hospitalización, según García y cols. <sup>(38)</sup>

Se considera que por cada suicidio se presentan de 10 a 25 intentos o tentativas de suicidio y que entre 10-15% de quienes han intentado suicidarse terminan logrando su objetivo <sup>(39)</sup> y el riesgo de muerte en quienes hacen intentos de suicidio es 100 veces superior a la población general y que 2% lo hacen en el año siguiente de su intento frustrado, según Piedrahita y cols. <sup>(39)</sup>

El mayor número de suicidios se cometió por ahorcamiento (76%). Para las mujeres, la segunda causa fue por envenenamiento, mientras que para los hombres fue por uso de arma de fuego. <sup>(41)</sup>

La OMS, ha declarado el suicidio como un problema de salud pública, considerándolo como uno de los indicadores más relevantes del bienestar de una comunidad. <sup>(39)</sup>

Los motivos principales para estudiar las conductas suicidas, aparte del suicidio consumado, radican en que estas no solo producen un gran malestar mental y sufrimiento psíquico y pueden producir consecuencias físicas de primera magnitud, sino que también son un antecedente fundamental de un posterior suicidio consumado. <sup>(41)</sup>

El suicidio consumado es más común en hombres y utilizan métodos más violentos, al contrario en la mujer que la conducta suicida es más de ideación, planes e intento. <sup>(41)</sup>

Según Amezquita y cols. En un estudio de prevalencia de depresión e ideación suicida que realizaron en el 2008, se encontró mayor porcentaje en mujeres con el 63% en relación a hombres con un 37% y el intervalo de edad era entre los 15-17 años de edad con el 64%. De la población analizada el 38.8% mostro depresión clínica y fue categoría leve, y el 45.3% presento ideación suicida.

En un estudio realizado en la ciudad de Tabasco en el 2003, se analizó el consumo de sustancias tóxicas en adolescentes de secundarias y los resultados muestran que el 17.54% de adolescentes consumen sustancias tóxicas y las que más se consumen son: 43% tabaco, 30% alcohol y 13% marihuana e inhalables y los motivos por los cuales consumían son: por curiosidad 53%, por gusto 20%, por presión grupal 17% y por problemas con los padres 7%.

Lo reportado a nivel nacional primero es el alcohol con un 49% siendo diferente a lo encontrado en este estudio. Y cabe mencionar que en la incidencia se encontró un mayor consumo en el sexo femenino 56.67%, lo cual difiere con el estudio realizado en 1997 con estudiantes del D.F, encontrándose que los hombres son los más afectados por el consumo con el 5% y mujeres con el 3%.

En otro estudio realizado por Daza y cols, sus resultados muestran que por cada mujer que se suicida 5.3 hombres lo hacen ya que utilizan métodos más letales y que según el mes donde ocurrieron más suicidios fue en el mes de marzo con el 13.4%, diciembre con 11.6%, abril, mayo y junio con 8.9% cada uno y los meses con menos decesos fueron noviembre con 4.5% febrero con 6.2% y enero con 7.1%. El día de la semana en que se presenta el fenómeno es el día domingo con el 18.8%, el 29.4% eran personas solteras y por último el mecanismo más utilizado fue el ahorcamiento el 64%, con arma de fuego 17.8%, envenenamiento 11.6%, las caídas de alturas 2.6% y el 0.8% por sobredosis, inmersión o arma punzocortante.

En el estudio realizado por Acosta González y cols. se estableció la relación entre el tipo de familia y la presencia de intento suicida, arrojando que la estructura familiar fue un factor de riesgo para el intento suicida en los adolescentes estudiados. La ausencia de la figura paterna fue lo que predominó en la familia del adolescente, fundamentalmente en el grupo de estudio. Al igual lo que reportan Monge y cols. Que se tiene 4.09 veces mayor riesgo de intentar suicidarse (O.R 4.09; I.C. 2.87-5.83) cuando se percibe el ambiente familiar de manera negativa (autoritario, hostil, rígido o violento)

En cuanto a la principal causa de muerte es por organofosforados ingeridos en forma voluntaria (RM=30, IC 95%= 2,86-759), según el reporte de Villa y cols en un estudio realizado en el 2007, la tasa de defunción fue tres por 1000 y la mortalidad por intento suicida, e de 0.7% (RM= 6, IC 95% = 1.3-31).

Y según Garrido y cols los pacientes con intoxicación voluntaria, en el 95.6% de los casos se produjo en el propio domicilio del paciente, el tiempo transcurrido entre la ingesta del tóxico y la consulta al servicio de urgencias oscila entre 30 minutos y 12 horas y hasta el 64% de los casos se realizan entre la franja horaria 16:00 y 4.00 hrs y el tóxico utilizado fue obtenido en el 82.6% de los casos del botiquín del hogar, en el 13% restante se trataba de medicamentos que utilizaba el propio paciente.

En el estudio realizado por García y cols donde se valoro las características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente, se muestra que después de haber realizado una evaluación psiquiátrica a los participantes el 60.5% se clasificaron como de alto riesgo y el 39.5% de bajo riesgo y la mayoría de los hombres estaban en el grupo de alto riesgo (OR = 1.8, IC 95%: 1.05-3.1) y todos los sujetos fueron diagnosticados con algún trastorno mental.

En los de alto riesgo, presentaban con más frecuencia trastornos depresivo mayor ( OR= 3.2, IC 95%: 2.2-4.7) y en los de bajo riesgo era más común el diagnostico de trastorno de ajuste con estado de ánimo depresivo y trastorno de personalidad, especialmente limite.

También se muestra que en los de alto riesgo presentaban mayor frecuencia de antecedentes familiares de suicidio, tenían más intentos previos, utilizaban sustancias psicoactivas durante el intento de suicidio y el empleo de métodos es más violento para tratar se suicidarse.

Debido a que la etiología es multifactorial, pueden identificarse factores socio-demográfico, clínicos, neurobiológicos y genéticos.

Y en cuanto a los factores de riesgo para intentar suicidarse, como se muestra en el estudio por Piedrahita y cols; se observa que el 18.8% de los pacientes habían sido hospitalizados por intento de suicidio previo, el 31.3% tenían antecedentes familiares de intento de suicidio, en el 33.3% se encontró consumo de alcohol, el 75% de los casos se encontró exposición a sustancias peligrosas, además de manifestar cambios en el peso en el 37.5% y el 56.3% refirió cambios en el apetito, 50% de los niños manifestaron no tener motivación para realizar actividades de la vida diaria, el 31.3% refirió sentirse deprimidos, el 50% menciona tener cambios en el patrón de sueño y descanso, y el 75% refirió cambios en el estado de ánimo: 37.5 % aburrimiento, 18.8% tristeza, 12.5% expreso varios sentimientos y 6.2% refirió temor, el 6.3% refieren no sentirse queridos por sus padres, el 68.8% manifestó haber tenido últimamente presencia de situaciones difíciles como problemas familiares en 50%, fallecimiento de un amigo y/o familiar , deserción escolar 12.5%, abuso sexual 6.3% , el 31.3 había tenido una perdida reciente y el 18.8% perdida de una relación de pareja o mascota.

La forma utilizada fue envenenamiento en 87.5%, herida con objeto punzocortante en 12.5%, el 43.8% habían iniciado relaciones sexuales y 6.3% tenían la sospecha de embarazo.

## 5. Planteamiento del Problema.

En los últimos años el suicidio se ha convertido en un problema de Salud Pública a escala mundial. Actualmente es la decimotercera causa de muerte en personas de 15 a 44 años de edad a nivel mundial. <sup>(3)</sup> Según la OMS en el año 2000 se suicidaron aproximadamente 1 000 000 de personas en el mundo, esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por 100 000 habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos, lo que coloca al suicidio entre las primeras causas de muerte en varios países. <sup>(3,10)</sup>

Dentro de las clasificaciones de suicidio, el causado por lesiones ocupa la cuarta causa de muerte y la sexta causa de discapacidad por las secuelas que este conlleva, afectando la calidad de vida de las personas. <sup>(3)</sup>

Se le llama envenenamiento auto infligido a toda acción por la cual un individuo puede causarse daño a sí mismo, indistinto del grado de letalidad y del conocimiento de la verdadera causa que lo motiva.

En la actualidad existen alrededor de 9 millones de sustancias tóxicas; de éstas 3000 producen cuadros de envenenamientos ó intoxicaciones. <sup>(1)</sup> Por ejemplo: la ingesta de benzodiazepinas, drogas, insecticidas, etc. <sup>(20,23)</sup>

En la última década los envenenamientos autoinfligidos se han incrementado en todo el mundo y principalmente en jóvenes de 10 a 19 años. <sup>(3)</sup>

Entre los países con las tasas más altas según la OMS, se encuentran Belarús, Estonia, Lituania en Europa oriental. <sup>(3)</sup>

En este mismo grupo de edad (15 – 19 años) en México en el año 1970 este problema ocupó una tasa de 1.49 y en el 2000 se incremento a 3.40. México ocupa el 4to lugar en América Latina en cuanto al número de suicidios, por debajo de países como Cuba, Colombia y Brasil. <sup>(10, 12.15)</sup>

Para Veracruz las intoxicaciones constituyen un problema de salud pública toda vez que figuran dentro de las primeras causas de morbi-mortalidad a nivel estatal <sup>(6)</sup> Específicamente para los adolescentes (de 10 a 19 años) es de 0.9%, la cual es ligeramente menor a la reportada en el ámbito nacional (1.1%). <sup>(4)</sup>

El envenenamiento es una emergencia médica, pues está en peligro la vida de la persona, por esto se requiere de personal especializado con conocimiento teórico, heurístico y axiológico en el manejo de los envenenamientos y todos los aspectos que engloba este problema. Además es necesario apoyarse con un equipo multidisciplinario para la atención e intervención en el tratamiento y la prevención del mismo, toda vez que está comprobado que la persona que tiene un intento de suicidio frustrado lo seguirá intentado hasta lograr el objetivo.

La posibilidad de comportamiento suicida en la población adolescente se ha convertido en un problema con grandes repercusiones emocionales, familiares, laborales, académicas, sociales y económicas, tanto para el individuo afectado como para su familia. <sup>(2,10, 11)</sup>

La OMS define a la adolescencia como el período en el cual el individuo progresa desde la aparición de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual. <sup>(33)</sup>

Es un período de crecimiento y desarrollo que le permite al ser humano elaborar su propia identidad, donde se presentan cambios constantes, lo que la hace una población vulnerable para enfrentar situaciones difíciles que le pueden producir ansiedad y depresión.

El adolescente se encuentra en riesgo de suicidio y la intervención del médico familiar tiene que fortalecer la relación médico-paciente-familia y debe hacer uso del conocimiento, habilidades y destrezas para enfrentar a un paciente potencialmente suicida.

Por lo que la Medicina Familiar es una herramienta que puede contribuir a la disminución del problema, ya que al valorar y tratar a los pacientes de una manera integral puede identificar los factores de riesgo y así alertar y trabajar con su entorno y básicamente familiar que es un factor protector contar con un ambiente familiar sano. Y continuar la promoción de la salud familiar en sus diferentes subsistemas, para que funcione como un sistema funcional. Y puede valerse de varios instrumentos para valorar la funcionalidad familiar y realizar derivaciones a especialistas básicamente a Psicología o Psiquiatría.

Por lo que se hace necesario identificar los tipos de envenenamientos autoinflingidos, en el área de urgencias del Hospital Dr. Luis F. Nachón con la finalidad de identificar la prevalencia de este problema de salud.

### **5.1. Pregunta de investigación.**

¿Cuál es la prevalencia y tipos de envenenamiento autoinflingido en adolescentes atendidos en el hospital regional Dr. Luis F. Nachón en un periodo del 1° de enero al 31 diciembre del 2011?

## **6. Justificación.**

Este trabajo se justifica en la problemática social que representa el incremento del envenenamiento autoinfligido en adolescentes.

Por otro lado la necesidad de incrementar trabajos de investigación que contribuyan a disminuir esta problemática se manifiesta al buscar y no encontrar información en el hospital, toda vez que no existen en el nosocomio trabajos que describan esta problemática, por lo que esta investigación sería una posible línea de abordaje al incrementarse el conocimiento teórico y ampliar el panorama de la casuística identificando oportunamente algunos de los factores que instan al adolescente a llevar a cabo el envenenamiento autoinfligido y las acciones del profesional de la salud en la prevención, identificación y/o tratamiento del mismo.

## **7. Objetivos.**

### **7.1 Objetivo general:**

- ❖ Identificar la prevalencia de envenenamiento autoinfligido en adolescentes que acuden al servicio de urgencias del Hospital Dr. Luis F. Nachón, en el periodo comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre del 2011.

### **7.2 Objetivos específicos:**

- ❖ Identificar los tipos más frecuentes de envenenamiento.
- ❖ Identificar los posibles factores de riesgo.



## **8. Metodología.**

### **8.1. Diseño de investigación.**

Estudio cuantitativo (porque en su presentación se utiliza la estadística descriptiva), observacional (toda vez que solo describe los resultados obtenidos del análisis), evaluativa, transversal (porque solo se realizará una medición en tiempo y periodo señalado) y retrospectivo (porque el caso ya se presentó). Realizado en el periodo comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre del 2011.

Para la evaluación de los casos se utilizó un instrumento el cual consta de 12 reactivos con 48 ítems, los cuales están distribuidos como información general o ficha de identificación del paciente e información sobre el evento e identificación del evento, elaborado por la propia investigadora y sometido a validación de expertos. Estos reactivos nos muestran de manera general información valiosa para conocer la casuística del envenenamiento autoinfligido.

En el análisis de la información, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 12 y los resultados fueron presentados mediante estadística descriptiva

El protocolo fue autorizado por el coordinador de investigación junto con el comité experto, posteriormente a través del departamento de enseñanza, se solicitó autorización para tener acceso a archivo clínico del hospital Dr. Luis F. Nachón en la ciudad de Xalapa, Veracruz, México; también tener el acceso a los registros primarios en todas las áreas del servicio de urgencias.

El estudio es de carácter observacional y lo calificamos con Riesgo Mínimo ya que solo utilizamos información de expedientes y esto no representa riesgo para el personal de salud que realizó la investigación. Esta calificación sin riesgo es con base a lo establecido en el reglamento de la Ley General en Salud, en materia de Investigación para la Salud. Artículo 17. Y se consideró la normatividad vigente para estudios sobre personas como la declaración de Helsinki con la aplicación de consentimiento informado.

## **8.2. Universo.**

Constituido por el 100% de los expedientes y registros clínicos de los pacientes adolescentes atendidos por envenenamiento autoinflingido por ingesta de sustancias, y que fueron valorados en el servicio de urgencias.

## **8.3 Muestra.**

Estuvo constituida por el 100 % de los casos que cumplieron con los criterios de inclusión previamente señalados.

El método utilizado para elección de la muestra fue por conveniencia.

Y los criterios de Inclusión utilizados fueron: expedientes clínicos de adolescentes, que fueron valorados en el servicio de urgencias, que tengan diagnóstico de intento intoxicación o envenenamiento autoinflingido o intento de suicidio y que el intento de suicidio haya sido por ingesta de sustancias.

Los criterios de exclusión son: los expedientes clínicos y registros médicos de pacientes que no se encuentran en el rango de edad, que sean menores de 10 años, o mayores de 19 años y que tengan diagnóstico diferente.

Y los criterios de eliminación son: expedientes que al ser analizados registren información insuficiente.

#### 8.4. Definiciones operacionales.

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Valores</b>	<b>Escalas</b>
Tipo de sustancia toxica	Es toda sustancia o preparado que al ser ingerida o inhalada puede causar un daño e incluso la muerte	Toda sustancia que fue ingerida intencionalmente para causar la muerte en el adolescente.	1=Benzodiazepina 2=Organofosforado 3=Drogas ilícitas(cocaína) 4= Alcohol 5=Otro	Nominal
Signos y síntomas de la sustancia ingerida.	Son todos aquellos síntomas y signos que caracterizan a una determinada enfermedad o intoxicación y constituyen un toxindrome.	Son todas aquellas manifestaciones y características que presenta un paciente que ha ingerido alguna sustancia toxica.	1= Si 2=No	Nominal

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Valores</b>	<b>Escalas</b>
Factores de riesgo para el envenenamiento autoinflingido.	Son todas aquellas posibles circunstancias o causas que pueden condicionar el envenenamiento intencional.	Son todas las causas que pueden provocar en el adolescente el intentar provocarse daño e incluso la muerte.	1=Tabaquismo 2=Alcoholismo 3=Prácticas de sexo inseguro 4=Exposición a ambientes peligrosos y violentos. 5=Tener amigos y padres usuarios de drogas 6=Presencia de alguna enfermedad mental 7=Nivel socioeconómico de la familia que incluye la educación de los padres 8=Condiciones de la vivienda 9=La violencia física contra el adolescente en el ambiente familiar 10= Disfunción familiar 11=El fallecimiento de alguno de los padres 12=Divorcio 13=Inclusión de una nueva pareja (padrastrós). 14=Presencia de alguna enfermedad crónica o invalidante 15=Crisis económicas 16=Intentos de suicidio previos. 17=Vivir solo.	Nominal

### **8.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

Para la selección de los casos se acudió al departamento de archivo clínico y áreas del servicio de urgencias, con el objetivo de realizar la selección de expedientes, para lo cual fue necesario utilizar las fuentes primarias de registros médicos y de enfermería que se utilizan en el servicio de urgencias, para posteriormente discriminar aquellos que no cumplieran con los criterios de inclusión. Cada uno de los casos fue evaluado mediante la cédula de recolección de datos,

### **8.6. Técnicas de recolección de la información.**

La técnica utilizada fue el paquete estadístico del programa SPSS versión 12. Para lo cual fue necesario elaborar la base de datos, la cual estuvo integrada por los datos de las cédulas de recolección de información obtenida de la evaluación de los expedientes analizados.

Para posteriormente realizar la captura de la información y presentación de datos a través de la estadística descriptiva y gráficas para reforzar la comprensión de los resultados.

8.7.

**Servicios de Salud de Veracruz  
Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón  
Cedula para identificar envenenamiento autoinflingido en  
adolescentes 2012.**



Buen día. Soy la Dra. Lorena Flores Carrera y estoy realizando una investigación de envenenamiento autoinflingido en el Hospital regional Dr. Luis F. Nachón, en población adolescente, atendidos en el servicios de urgencias. Agradeciendo de antemano su poyo y cooperación para la realización del siguiente cuestionario.

<b>Ficha de identificación.</b>	
1	Expediente y /o folio:
2	Fecha:
3	Sexo. Femenino= 1 Masculino=2
4	Edad: 1= A. temprana (10-13 años) 2= A. Media ( 13-17 años) 3= A. tardía ( 17-19 años )
5	Lugar procedencia: 1= Zona rural 2= Zona urbana
6	Estado Civil: 1= Soltero 2= Unión libre 3= Casado 4= Divorciado
7	Escolaridad: 1= Analfabeta 2=Primaria 3= Secundaria 4= Preparatoria
<b>Información del evento</b>	
8	Tipo de toxico utilizado 1= Benzodiacepina 2= Organofosforados 3= Dogras ilícitas( cocaína, marihuana) 4= Alcohol 5= Otro
9	Canalización a Psicología y/o Psiquiatría 1= Si 2= No



**SSA**  
GOBIERNO DEL ESTADO

**Servicios de Salud de Veracruz  
Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón  
Cedula para identificar envenenamiento autoinflingido  
en adolescentes 2012.**

10 Días de estancia hospitalaria	1= Minutos (1-59) 2=Horas ( 1- 23) 3=Días (1-10) 4= Mas de 10 días
11 Complicaciones que se presentaron	1= Si 2=No 3= No se sabe
12 Se identificaron factores o conductas de riesgo.  _____	1= Tabaquismo 2= Alcoholismo 3= Prácticas de sexo inseguro 4= Exposición a ambientes peligrosos y violentos. 5= Tener amigos y padres usuarios de drogas 6= Presencia de alguna enfermedad mental 7= Nivel socioeconómico de la familia que incluye la educación de los padres 8= Condiciones de la vivienda 9= La violencia física contra el adolescente en el ambiente familiar 10=Disfunción familiar 11= El fallecimiento de alguno de los padres 12= Divorcio 13=Inclusión de una nueva pareja (padrastrós). 14= Presencia de alguna enfermedad crónica o invalidante 15= Crisis económicas 16= Intentos de suicidio previos. 17=Vivir solo.

## 8.8. Prueba Piloto.

El instrumento sufrió modificaciones debido a que el proyecto inicial era diferente y la prueba piloto se realizó por la validación de expertos, para lo cual se tuvo que realizar modificaciones en las siguientes preguntas:

Pregunta no.1, la cual se tuvo que cambiar el nombre del paciente por expediente o folio para mantener confidencialidad del paciente y se quitaron las siguientes:

Pregunta no.11. La cual pedía la identificación de sintomatología por benzodiazepinas, pregunta no. 12. La cual pedía tipo de benzodiazepina utilizada, pregunta no. 13. Si se llegó al diagnóstico, pregunta no. 14. Se proporcionó tratamiento adecuado por intoxicación por benzodiazepinas, pregunta no. 16. Tipo de organofosforado utilizado, pregunta no. 17. Se llegó al diagnóstico, pregunta no. 18. Se proporcionó tratamiento adecuado por intoxicación por organofosforados, pregunta no. 19. Identifico sintomatología por drogas ilícitas, pregunta no.20. Tipo de droga utilizada, pregunta no. 21 Se llegó al diagnóstico, pregunta no. 22. Se proporcionó tratamiento adecuado por intoxicación por el tipo de droga utilizada, pregunta no.23. Identifico sintomatología por alcohol, pregunta no.24. Se llegó al diagnóstico, pregunta no.25. Se proporcionó tratamiento adecuado para intoxicación etílica, pregunta no. 27. Identifico estado emocional, pregunta no. 28. En caso de ser afirmativa la anterior, Aplico alguna escala para valorar estado emocional (depresión), como: Beck, Zung y Hamilton, pregunta no. 30. Desenlace del paciente.

Se quitaron ya que no se estaba valorando el manejo del paciente, en el área de urgencias y esta información era irrelevante e innecesaria.



## 9. Resultados.

Las estadísticas hospitalarias señalan que en el año 2011 se atendieron 20,355 pacientes en el área de urgencias. Y los pacientes atendidos por intoxicación fueron 218 (100%) y de los cuales 78 pacientes eran adolescentes lo que corresponde al 35.7 % del total de las atenciones.

En lo referente al tipo, 36 pacientes fueron con carácter intencional, lo que representa 46.1%, y las etapas en las cuales se presentó son: adolescencia temprana 2.77% (1), adolescencia media 38.8% (14) y adolescencia tardía 58.33% (21) y de los 36 pacientes, solo se evaluaron 14.1 %, (11) que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en el estudio y se presentaron en adolescencia temprana 9.1% (1), adolescencia media 36.4% (4) y adolescencia tardía 54.5% (6); el resto 69.44% (25 pacientes) no fue posible la aplicación de la cedula debido a que no contaban con una nota de valoración médica o incluso no contaban con expediente clínico.

Es importante señalar que la mortalidad por envenenamiento autoinflingido no aparece dentro de las principales causas de morbi - mortalidad del hospital Dr. Luis F. Nachón.

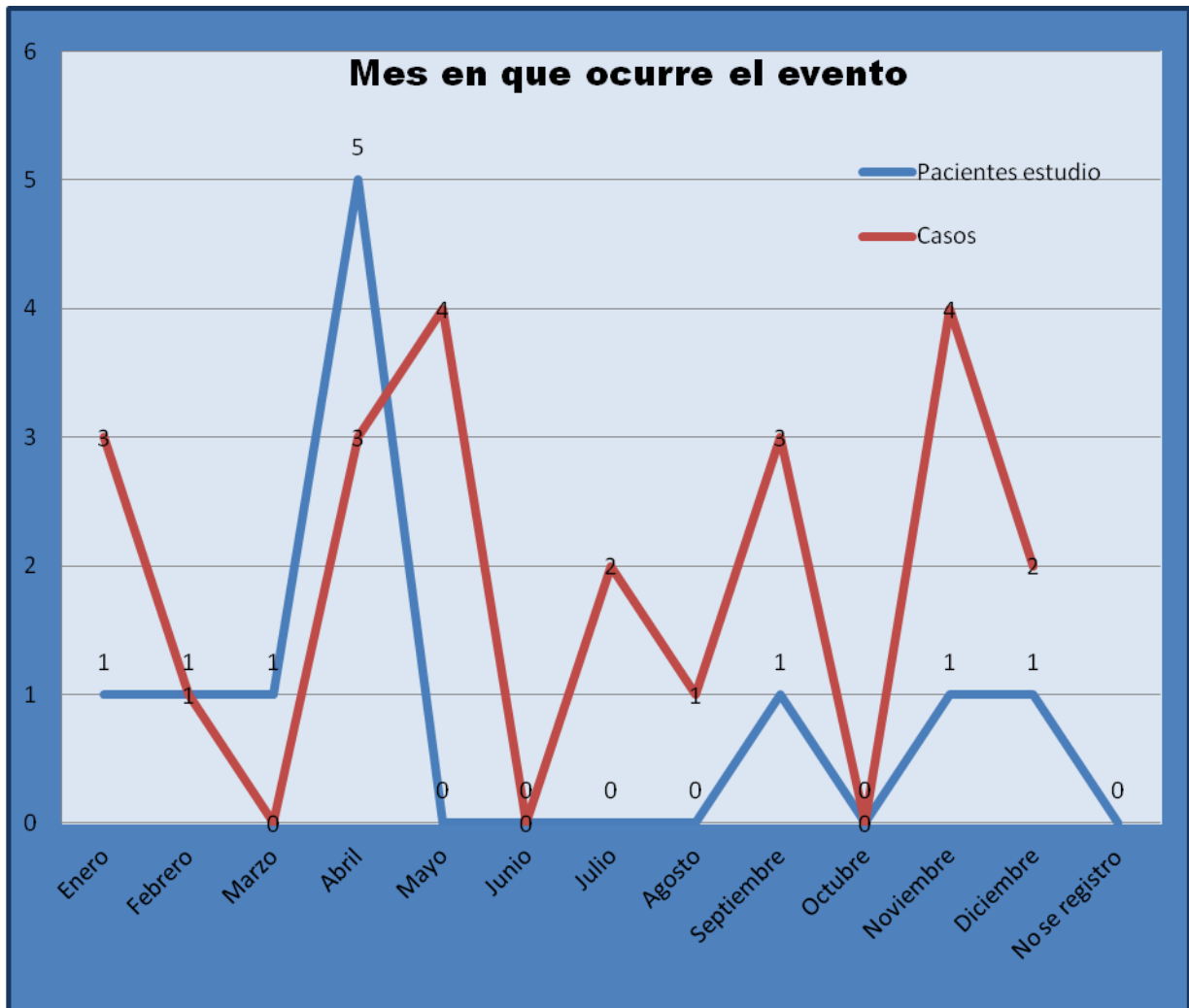
En relación al momento en el cual se registra el evento, como se observa la distribución en el cuadro 1, en el mes de abril se registraron 5 eventos, lo que representa el 45.5% del total de los casos y en los meses de enero, febrero, marzo, septiembre, noviembre y diciembre se registra un evento lo que corresponde el 9.1% de cada uno de ellos y en los meses que no se registra ningún evento son los meses de mayo, junio, julio, agosto y octubre. Esto puede deberse al personal que se encontraba laborando en el área, el cual realiza registro de las actividades que realiza, ya que no hay información en la referencia bibliográfica acerca de si hay relación con algún mes o estación del año.

**Cuadro 1. Mes en que ocurre el evento.**

Mes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Enero	1	9.1	9.1	9.1
Febrero	1	9.1	9.1	18.2
Marzo	1	9.1	9.1	27.3
Abril	5	45.5	45.5	72.7
Septiembre	1	9.1	9.1	81.8
Noviembre	1	9.1	9.1	90.9
Diciembre	1	9.1	9.1	100.0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

**Gráfica 1.** Mes en que ocurre la intoxicación de los pacientes.



Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

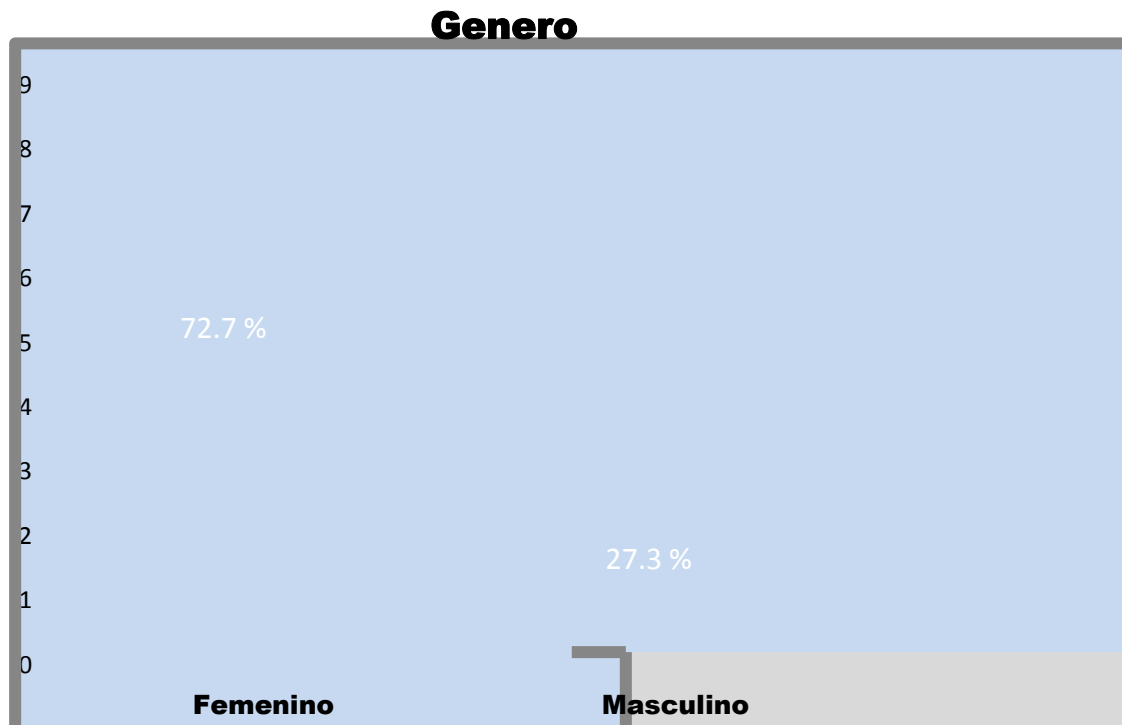
Como se observa en la grafica numero 1, se muestra la distribución de los 11 pacientes en estudio y los 25 pacientes que no fueron integrados por no tener información suficiente. En 2 casos no se tiene registro del momento en que ocurrió el evento, y en los meses que se registran más casos son en mayo y noviembre con un 16%, cada uno de ellos, seguidos de enero, abril y septiembre con un 12% cada uno, y en julio, diciembre representan el 8% cada uno y en febrero, agosto el 4% correspondientemente.

Por lo que se observa que no tiene ninguna relación con el momento del año en que se presenta.

En cuanto al género se observa que en un 72.7% (8) de eventos ocurrió en mujeres y el 27.3% (3) corresponde a los hombres, con una media de 1.25 y mediana de 1.

Esto esta mas que comprobado en la literatura escrita acerca de este tema, que el mayor numero de intentos de suicidio se da en mujeres, pero los métodos más letales son utilizados por los hombres por lo que el suicidio es mayor en hombres que en mujeres y se representa en la grafica siguiente.

**Gráfica 2.** Genero de los casos de pacientes adolescentes intoxicados.

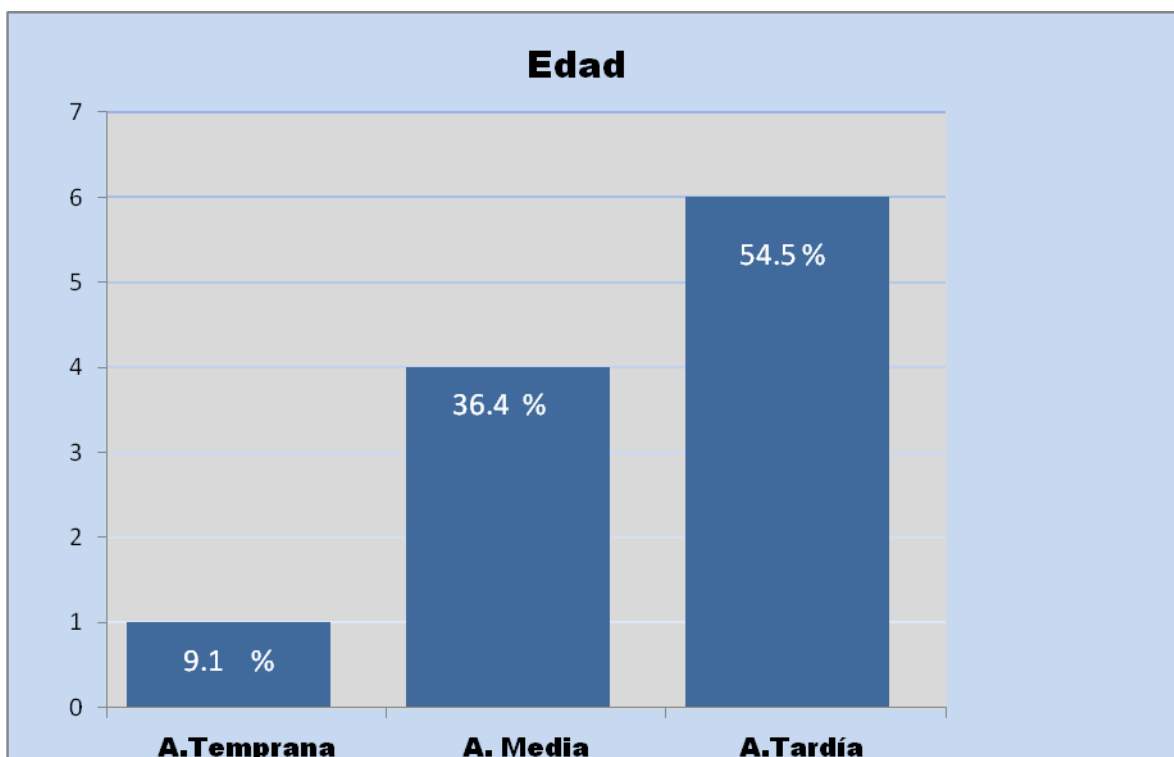


Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

En la edad en la cual se presentan el mayor número de casos es en la adolescencia tardía con 54.5% (6), en adolescencia media se presentaron 4 casos, y representa el 36.4% y en la adolescencia temprana solo un caso fue registrado lo que representa el 9.1%; con una media de 2.45 y mediana de 5.00.

Esto difiere a lo reportado por la ENSANUT 2012, el cual reporta que el mayor número de intentos de suicidio se dan entre los 13-15 años.

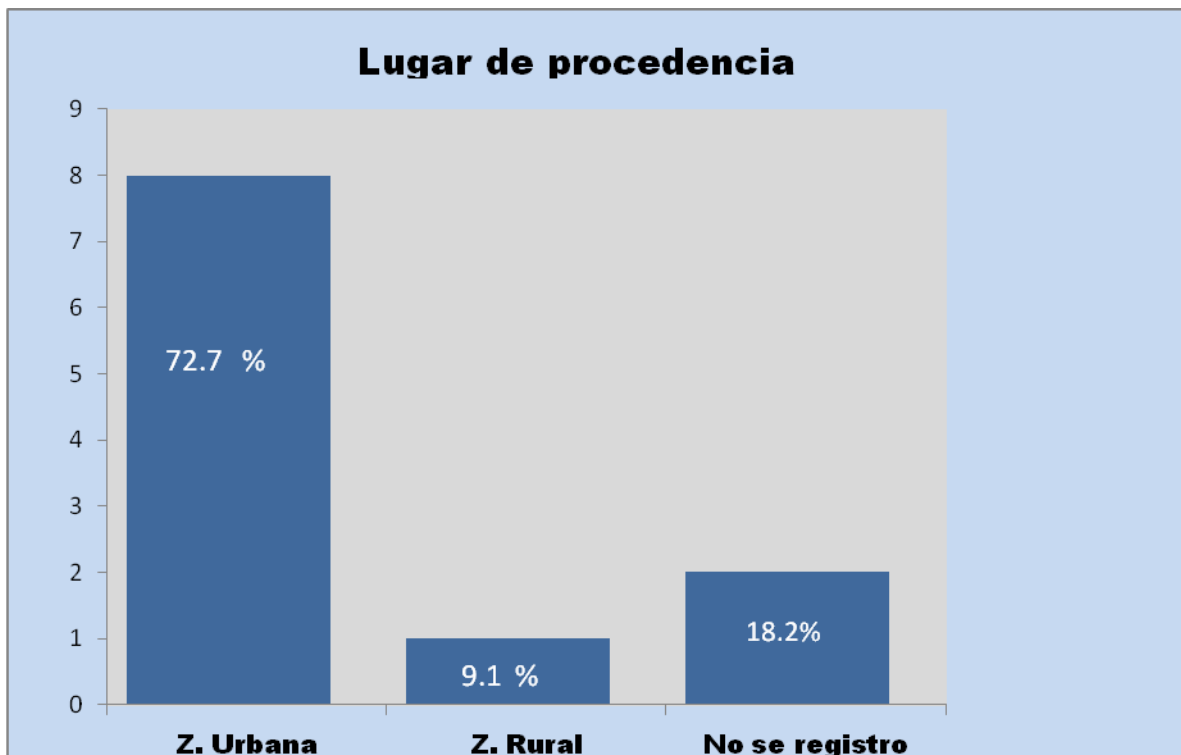
**Gráfica 3.** Edades de los casos de pacientes con envenenamiento autoinfligido.



Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

La procedencia de los adolescentes que fueron atendidos con diagnóstico de envenenamiento o intoxicación por sustancias, ya sea del área rural o urbana, corresponde a un 9.1 % con un solo caso registrado para el área rural y un 72.7% (8) para la zona urbana y de los 2 restantes no se tiene registro y esto representa el 18.2%. La media es de 2.09 y la mediana de 2.00.

**Gráfica 4.** Lugar de procedencia de los casos de pacientes con intento de suicidio por ingesta de tóxicos.

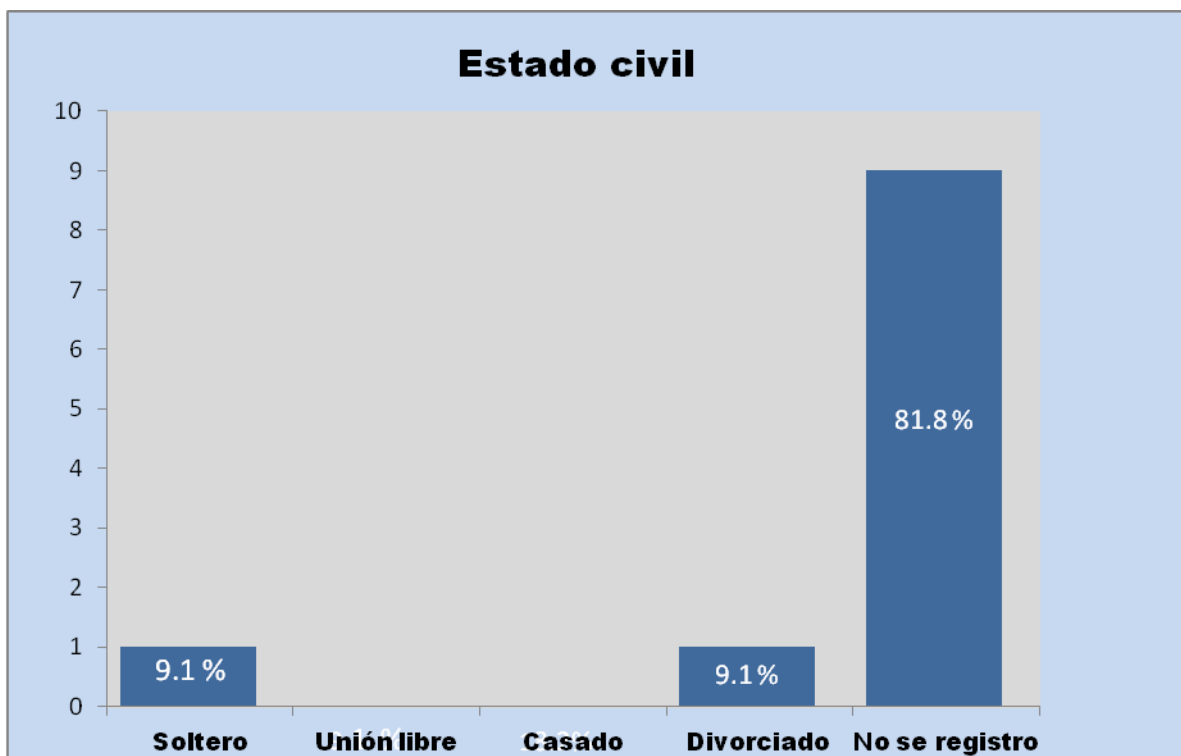


Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

En lo referente al estado civil de los pacientes se puede observar en la gráfica 5, que hay una falta de información muy importante en cuanto a este apartado, ya que en 9 expedientes no se registro y representa el 81.8%, y el 9.1% corresponde al estado civil soltero y un 9.1% estaba divorciado. La media es de 4.55 y mediana de 5.00.

La falta de información por demerito a este rubro, puede ser porque la mayoría piensa que fue atendido en el área de pediatría, pero cabe mencionar que los 25 (69.4%) pacientes que no fueron incluidos en el estudio, fueron atendidos en el área de choque o consultorio de atención a adultos y pueden influir varios aspectos, como: poca importancia ante el evento, mayor carga de trabajo pensando que no correspondía la atención puesto que tienen que ser valorados por el servicio de Pediatría y minimizar el impacto del suceso, etc.

**Gráfica 5.** Estado civil de los casos de pacientes con envenenamiento.

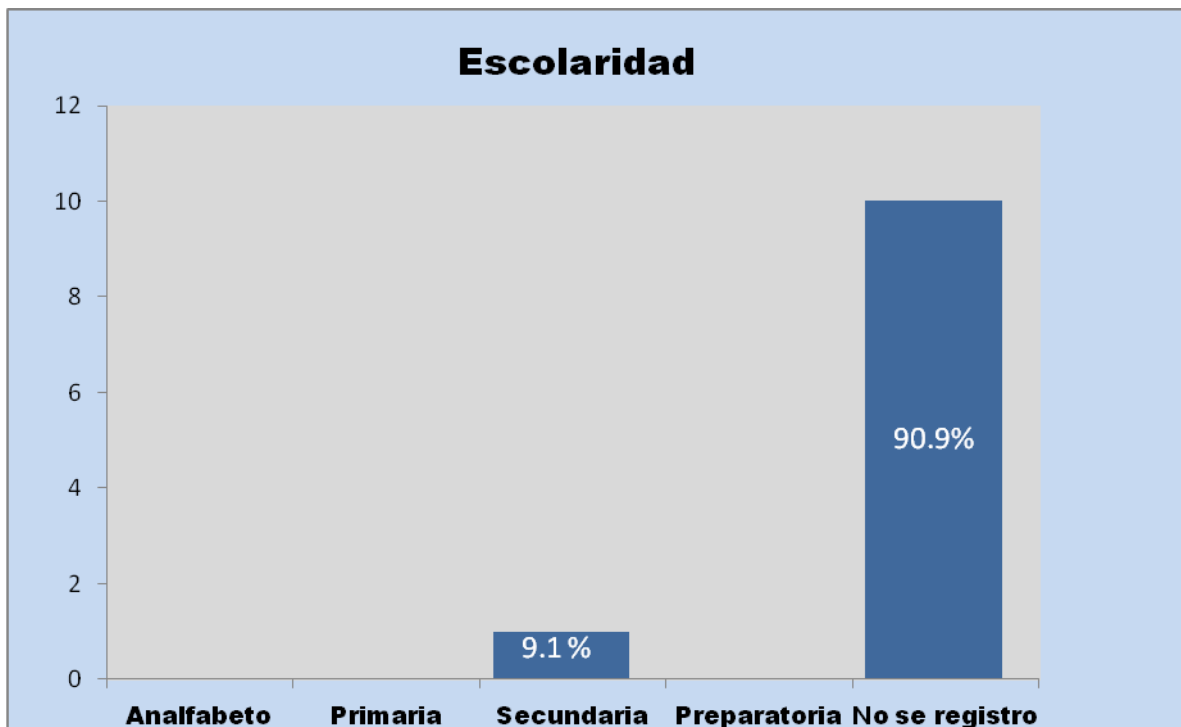


Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

En la gráfica 6 se muestra el nivel educativo o escolaridad de los pacientes y se observa que en 10 casos no se registro esta información y representa el 90.9% y un solo caso corresponde a nivel secundaria 9.1%.

Nuevamente se pone de manifiesto que la información básica de una simple ficha de identificación no es registrada en el expediente clínico.

**Gráfica 6.** Escolaridad o nivel educativo de los casos de pacientes con envenenamiento.

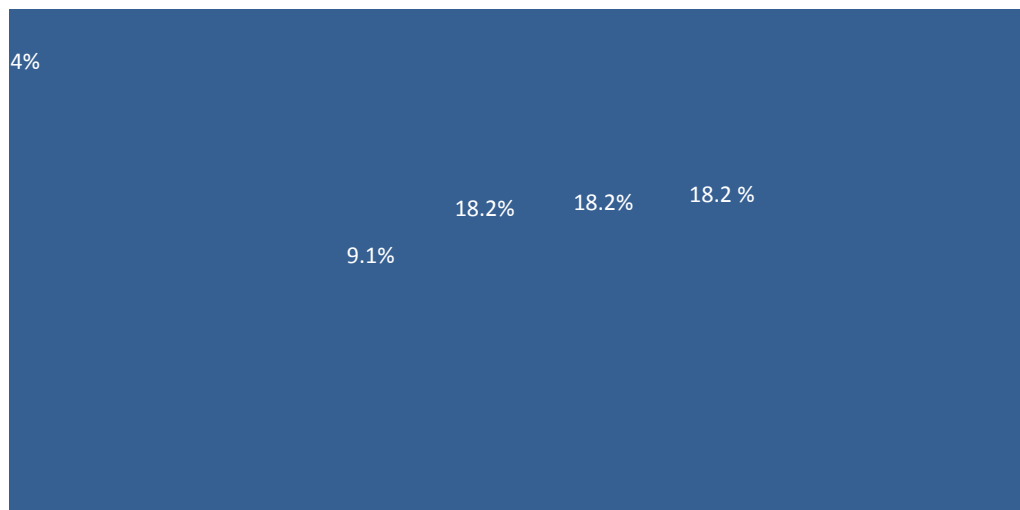


Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

El tipo de tóxicos utilizados con el propósito de quitarse la vida los más utilizados son las benzodiazepinas que corresponden a un 36.4% (4 casos), el alcohol representa el 18.2% (2 casos), en el rubro de otros corresponde al 18.2% (2 casos, utilizando ácido fólico y carbamazepina) y en cuanto a drogas ilícitas (marihuana) representa un 9.1% y en el 18.2% (2 casos) no se registro la información.

Esto está en concordancia con múltiples estudios descritos en la bibliografía, que las benzodiazepinas son las sustancias más utilizadas; esto puede deberse a que una gran parte de la población, básicamente mujeres son consumidoras de estas sustancias y los jóvenes tienen acceso “fácil” a este tipo de sustancias. Y con fines suicidas el alcohol es una sustancia la cual es muy fácil de conseguir y va en aumento su consumo. Por lo que hay que tener un control de este tipo de droga socialmente aceptada.

**Gráfica 7.** Tóxico utilizado en adolescentes para provocarse auto daño.



Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.



En relación si los pacientes fueron enviados al servicio de Psicología o referidos a Psiquiatría para dar atención integral al paciente potencialmente suicida, solo se registro en un 36.4% (4 casos) y en los 7 restantes no se registro esa información lo que representa un 63.6%

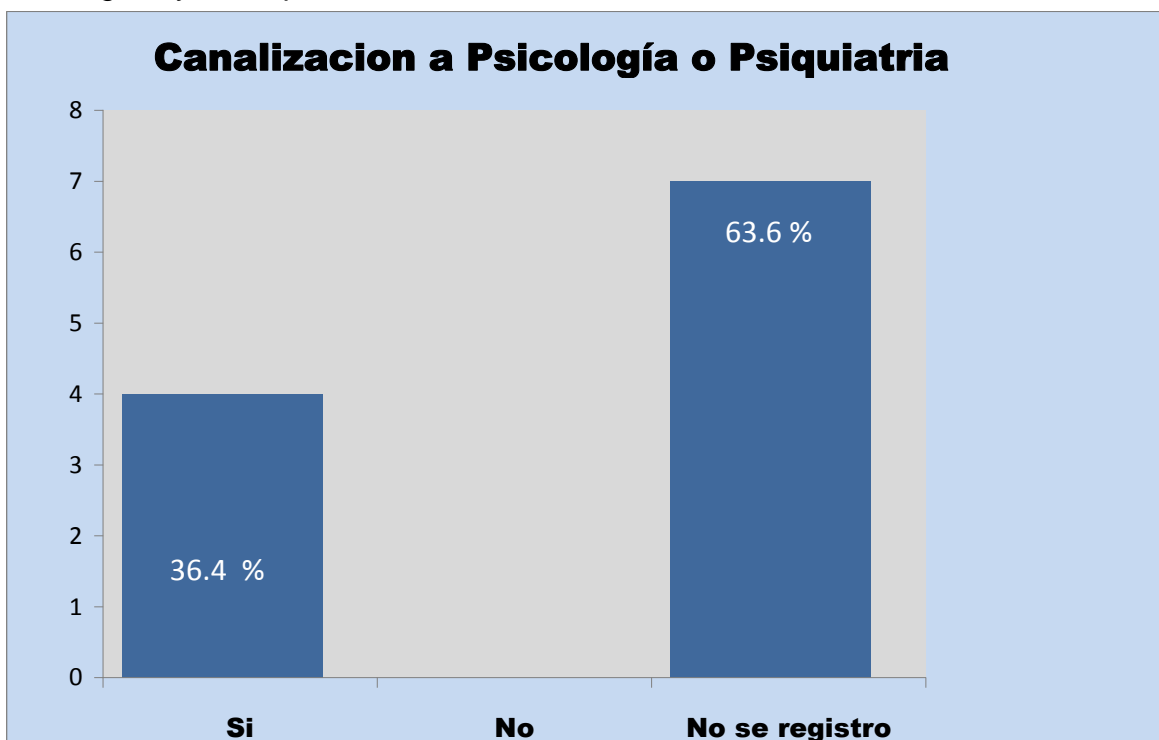
Además de que el porcentaje de envíos a psicología o psiquiatría es muy bajo, solo el 36.4% fueron referidos y de estos solo un paciente fue atendido, lo que solo representa el 9.1%, los otros 3 pacientes fueron egresados del servicio antes de recibir apoyo psicológico o psiquiátrico.

El único paciente que fue valorado solo se realizo en una ocasión una valoración y no se refirió a Psiquiatría a pesar de tener 10 intentos previos con diversos métodos,(ingesta de fármacos y heridas en muñecas) , estar con fármacos anti psicóticos y con factores de riesgo importantes.

Posteriormente a su egreso hospitalario, fue atendido al día siguiente de su egreso por el servicio de Psicología y en su próxima consulta ya no acudió, solo la madre del joven para informar cualquier excusa por no haber llevado a su hijo y al mes ya ni la madre ni el joven acuden a la valoración por Psicología.

A pesar de que se sabe que muchos de los jóvenes volverán a intentarlo, no se ha establecido esta consciencia por lo médicos, ya sea por desconocimiento, por falta de interés, o por pensar que solo quiere llamar la atención y además por qué no se identifican los factores de riesgo que tiene el joven, mientras se tenga esa actitud se aumentarían considerablemente el número de eventos.

**Gráfica 8.** Canalización de los pacientes con envenenamiento a valoración Psicológica y/o Psiquiátrica.

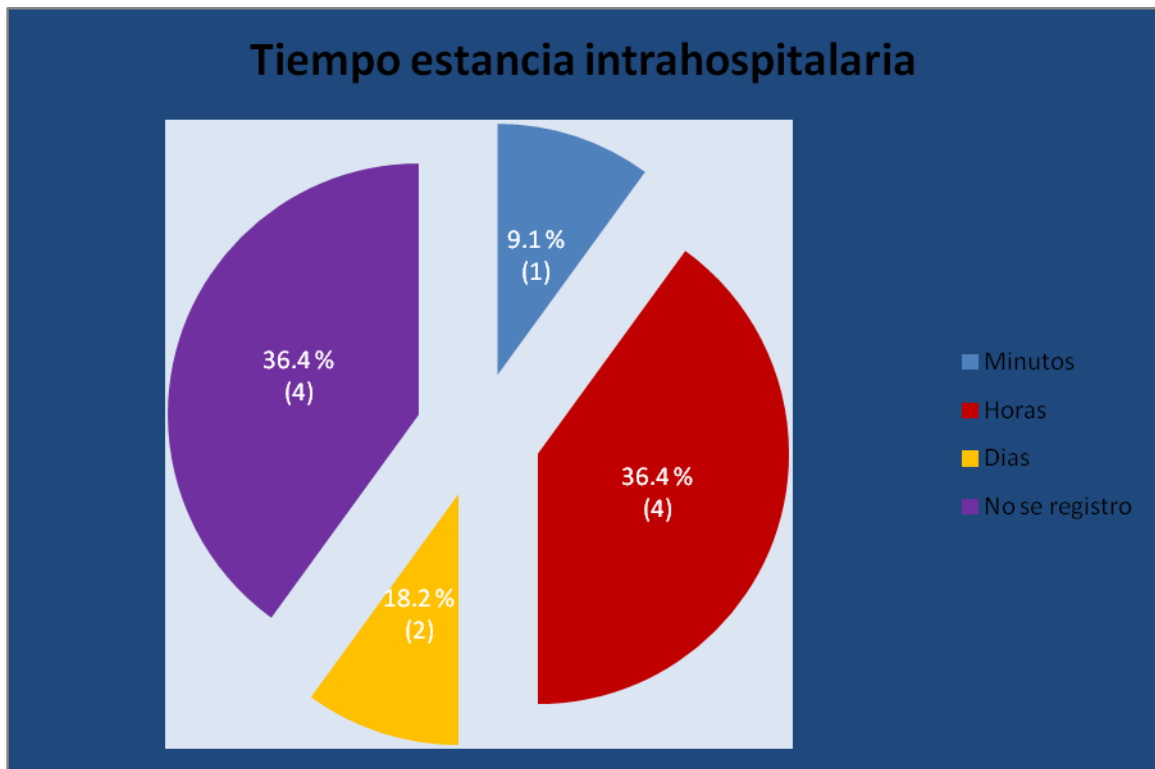


Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

El tiempo que permanecieron los jóvenes después de su valoración y atención en el área de urgencias se observa en la grafica 9 que el 36.4% (4 casos) no se registro esa información, otro 36.4% (4 casos) fueron valorados, vigilados y egresados del servicio durante las primeras 6 hrs después de que llegan al servicio de urgencias y el 9.1% (un caso) permaneció menos de 1 hora y solo un 9.1%( un caso) se observa que permaneció un día y otro 9.1% permaneció durante 6 días.

Esto se muestra en la grafica siguiente.

**Gráfica 9.** Tiempo de estancia hospitalaria en los pacientes con envenenamiento autoinflingido.

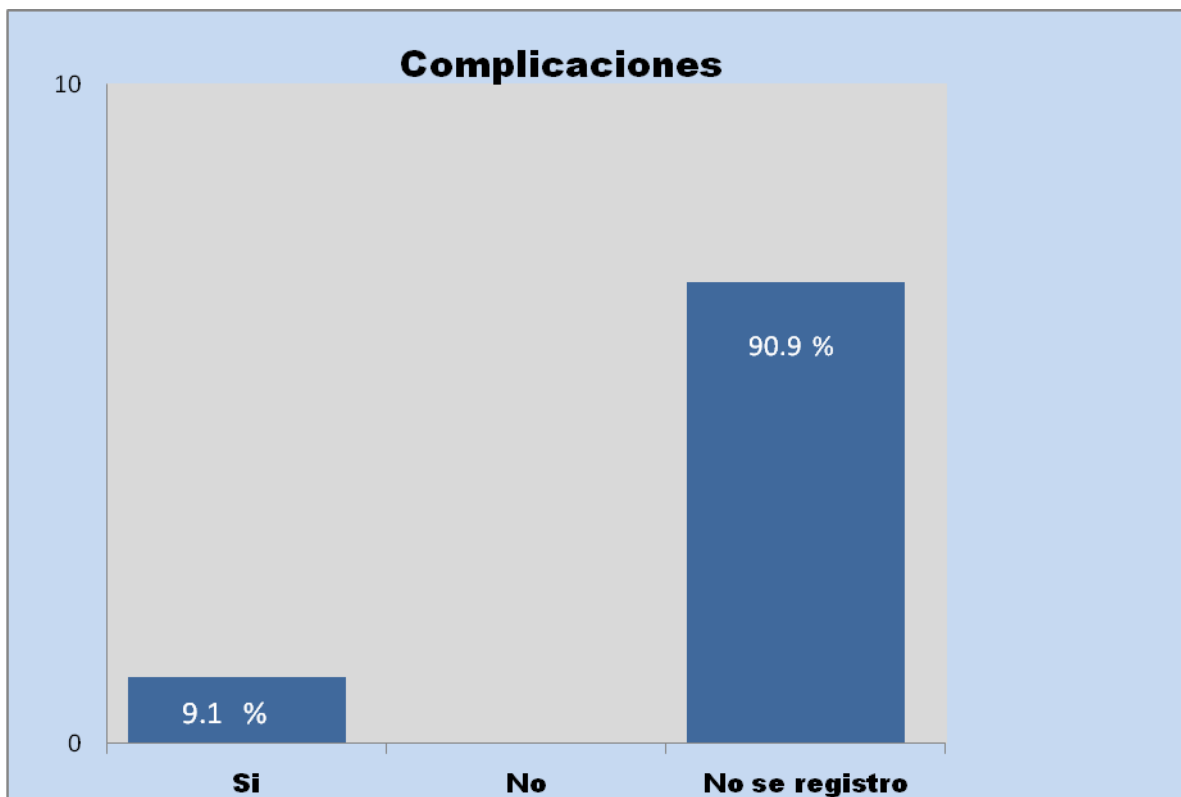


Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

La falta de registro en los expedientes es muy común y en el rubro de complicaciones que se presentaron en los pacientes adolescentes intoxicados se puede observar, tanto en los pacientes que permanecieron horas, como en el que permaneció un día, no se registro esta información y representa el 90.9%(10 casos).

Solo en el paciente que permaneció durante 6 días se realizo vigilancia y control de este y se realizo registro diario de las condiciones generales del paciente y el desenlace fue el alta del paciente por mejoría.

**Gráfica 10.** Complicaciones en adolescentes envenenados.



Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

En relación a si se identificaron y se registraron los factores de riesgo que presentaban los pacientes, se observa en el cuadro 11, que en el 54.6% (6 casos) se identificaron y en el 45.4% (5 casos) no se registraron los factores de riesgo, no se sabe si fue porque no se registraron o porque realmente no se investigaron.

**Cuadro 11. Identificación de factores de riesgo**

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	6	54.6	54.6	54.6
No se registro	5	45.4	45.4	100.0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos

De los 19 factores de riesgo que se muestran en la cedula de recolección de datos, se pudieron registrar solo 5 y son los que se muestran en el cuadro 11.1, 2 casos tenían amigos y padres usuarios de drogas, 2 casos había divorcio de padres, 2 jóvenes presentaban depresión, tristeza y labilidad emocional, un paciente tenía intentos de suicidios previos y otro factor identificado es el ser homosexual.

**Cuadro 11.1. Factores de riesgo identificados.**

Factores de riesgo	Frecuencia
-Tener amigos y padres usuarios de drogas	2
- Intentos de suicidios previos	1
- Divorcio de padres.	2
-Homosexualidad	1
-Depresión, tristeza y labilidad emocional	2
<b>Total</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

## 10. Discusión.

Hay pocas investigaciones acerca de la ideación suicida y del intento de suicidio y muy probablemente hay un sub-registro del intento de suicidio y del suicidio consumado. Aunque el número de suicidios consumados observados en la última década en la mayor parte del mundo se ha incrementado como lo maneja Rodríguez Pimentel y Cols)

Esto esta mas que confirmado del sub-registro del número de casos, y esto se comprueba en este estudio, ya que se tuvieron que eliminar 25 casos con intento de suicidio y se pierde información valiosa.

En cuanto a la prevalencia del intento de suicidio; debido a que no se cuenta con estudios previos , además de no contar con población definida de adolescentes y debido a falta de registros correctos, se muestra una prevalencia del 46.1% de intentos de suicidio.

La prevalencia de intento de suicidio en adolescentes se incremento con respecto a la registrada en la Ensanut 2006, de 1.1% a 2.7%.

Y el método más utilizado como lo muestra en el estudio realizado por Mongue y cols el 55.5 % corresponde a la ingesta de principalmente medicamentos y de estos los más utilizados son las benzodiazepinas como lo muestra en el estudio realizado por Garrido y cols. un 47.7 % son utilizadas en combinaciones con antidepresivos o antiinflamatorios. Esto está demostrado en este estudio realizado que en 36.4% fueron utilizadas las benzodiazepinas como sustancias con fines suicidas.

En cuanto a la prevalencia del sexo, es más frecuente en mujeres con un 72.7 % y en hombres solo 27.3%, y de acuerdo a la Ensanut 2012, se registra el 0.9% en hombres y de 4.6% en mujeres. También apoyado en otras investigaciones, como el realizado por Amezcuita, y cols en jóvenes de secundaria de diversos grados y sus resultados fueron el 63% en mujeres y 37% en hombres. Y en nuestro estudio también coincide con esta prevalencia, se obtuvo el 72.7% en mujeres y 27.3 % en hombres.

En cuanto a la edad en la cual hay un aumento a temprana edad se manifiesta una conducta de intento de suicidio con 3.5% de los adolescentes entre 13 y 15 años, a diferencia de la encuesta anterior (ENSANUT 2006), donde el porcentaje más alto se registraba en el grupo de adolescentes entre 16 y 19 años de edad con 1.9%. y en nuestro estudio difiere con los resultados, ya que el mayor porcentaje se muestra en los adolescentes de 17-19 años con un 54.5%.

En resultados de la Ensanut 2012, se muestran aumento de intento de suicidio en aquellos adolescentes que no tienen escolaridad (4.0%) y es más marcado en hombres que en mujeres (6.3% contra 1.4%). Y en el estudio realizado por Daza y cols el intento de suicidio se presento mas en personas con secundaria completa el 15.1%.

En nuestro estudio no se puede constatar la información respecto a estado civil, ya que en 81.8% no se registró esta información en expedientes o notas médicas y en cuanto a nivel educativo o escolaridad un 90.9% no se registro la información.

En contraste, el porcentaje fue más alto en mujeres que en hombres en adolescentes casados (9.8 y 4.1%, respectivamente), en los que consumen alcohol (8.7 y 1.2%, respectivamente) y en los que sufrieron algún tipo de violencia en los últimos 12 meses (23.0 y 3.6%, respectivamente). En los resultados obtenidos se muestra que hay un aumento en el consumo de alcohol, pero no se registro de manera significativa solo representa el 18.2%.

Si se canalizaron los pacientes al servicio de Psiquiatría o Psicología, desafortunadamente solo el 36.4%, lo que corresponde a 4 casos; pero solo un paciente fue atendido, los otros 3 pacientes fueron egresados del servicio antes de recibir apoyo psicológico, puede ser debido al tiempo breve de estancia hospitalaria que fueron pocos minutos u horas y no se dio tiempo a tal valoración. Y según Piedrahita y cols, mencionan que toda vez que un paciente tenga un intento de suicidio debe ser valorado debido a que por cada suicidio se presenta de 10-25 intentos o tentativa de suicidio y entre el 10-15% terminaran logrando su objetivo.

A pesar de estas cifras tan altas, solo un paciente fue valorado en una ocasión y no se refirió a Psiquiatría a pesar de contar con muchos factores de riesgo (10 intentos previos, utilización de diversos métodos, tomar anti psicóticos, ser homosexual, divorcio de padres, estar mucho tiempo solo y pobre red social).

No se ha establecido consciencia por los médicos a pesar de que se sabe que muchos de los jóvenes volverán a intentarlo, ya sea por desconocimiento, por falta de interés, o por pensar que solo quiere llamar la atención , además por qué no se identifican los factores de riesgo que tiene el joven, mientras se tenga esa actitud se aumentaran considerablemente el número de eventos.

Es así como la presencia de conductas suicidas representan un gran reto para el sistema de salud, por los efectos que deja en términos de salud mental, funcionamiento social y pérdidas económicas, tanto para el individuo, como para su grupo familiar.<sup>(39)</sup>

La identificación de factores relacionados con el intento de suicidio en adolescentes, podría contribuir a fortalecer las iniciativas de prevención que se diseñen para la intervención con este grupo poblacional.<sup>(39)</sup> y en nuestro estudio solo se pudo valorar 5 factores de riesgo, en 6 pacientes y en el resto de pacientes no se investigaron.

## 11. Conclusiones.

Los adolescentes son una población vulnerable, ya que las decisiones tomadas en la adolescencia son determinantes para el futuro de un individuo, por lo que esta vulnerabilidad ha sido reconocida en el diseño de políticas, como se manifestó en la creación del programa de acción de Atención a la Salud de la Adolescencia. (ENSANUT 2012).

Por cada suicidio se presentan de 10 a 25 tentativas de suicidio y entre 10-15% de quienes han intentado suicidarse terminan logrando su objetivo <sup>(39)</sup> y el riesgo de muerte en quienes hacen intentos de suicidio es 100 veces superior, según Piedrahita y cols. <sup>(39)</sup>

La OMS, ha declarado el suicidio como un problema de salud pública, considerándolo como uno de los indicadores más relevantes del bienestar de una comunidad. <sup>(39)</sup> Es así como la presencia de conductas suicidas representan un gran reto para el sistema de salud, por los efectos que deja en términos de salud mental, funcionamiento social y pérdidas económicas, tanto para el individuo, como para su grupo familiar. <sup>(39)</sup>

El intento de suicidio en niños y adolescentes constituye un importante problema de salud pública, el cual debe de analizarse desde 3 hechos fundamentales:

- a) Una significativa prevalencia de factores de riesgo tanto en los menores como en los familiares y/o adultos responsables, que aumentan la posibilidad de un intento de suicidio.
- b) La presencia de eventos desencadenantes
- c) La disponibilidad inmediata del método suicida. <sup>(39)</sup>

La predicción del riesgo de suicidio es importante para diseñar estrategias preventivas efectivas, tanto de las muertes como de la incapacidad y costos que generan los intentos. <sup>(38)</sup> Hay que tomar en cuenta los factores protectores con los que se cuenta para que una persona se pueda apoyar para no suicidarse. <sup>(38)</sup>

Debido a que la etiología es multifactorial, pueden identificarse factores socio-demográficos, clínicos neurobiológicos y genéticos.

Hasta ahora no hay un organismo que disponga de información veraz sobre este problema ya que no es obligatorio reportarlo, mucho menos el reportar la ideación suicida o los planes suicidas. <sup>(41)</sup> y hay un sub-registro muy alto de esta problemática en el Hospital Dr. Luis F. Nachón.

Se deben de tomar acciones públicas cuanto antes, porque la población más afectada ha sido objeto de tan poca atención de las autoridades sanitarias y políticas.

Los niveles de conducta suicida en México son similares a los de otros países más desarrollados. México necesita dedicar mayores esfuerzos a la detección, tratamiento y prevención de estas conductas para evitar futuros incrementos en la conducta suicida y sus consecuencias. <sup>(41)</sup>

Al interpretar la casuística del suicidio, las limitaciones presentes encontrados en los registros regulares de información: incoherencia de lógica del llenado de registros, falta de datos y principalmente, de precisión en las causas principales y secundarias de mortalidad. <sup>(41)</sup>

Además de que los estudios de prevalencia, evitan precisar el porcentaje de personas que recibieron atención específica para conductas relacionadas con el suicidio. <sup>(41)</sup> por lo que debe de haber un cambio y mirar a esta problemática, para mejorar condiciones de salud en el adolescente.

Futuros trabajos necesitan explorar con más detalle el momento en que se obtuvo la atención y las razones para no buscarla cuando se siente la necesidad de hacerlo.



## 12. Recomendaciones.

La formación de los niños, adolescentes y jóvenes en cuestiones de salud pública debería ser una responsabilidad compartida por toda la sociedad, todos los ciudadanos, la comunidad y las instituciones deberían sentirse co-partícipes junto con la familia y los centros educativos en crear las condiciones que aseguren la protección de los más jóvenes en su camino hacia la edad adulta.

Así que la promoción de la salud mental para prevenir la conducta suicida debe involucrar no solo a los profesionales de la salud, sino a otras personas que se relacionan más con los pacientes como los familiares, maestros y amigos.

Entre las acciones que los médicos tenemos en nuestras manos y más como médicos familiares para disminuir el número de intoxicaciones se encuentra la educación a la población, proporcionar una atención integral del paciente, para evitar siguientes eventos, identificar las causas, reconocer en la práctica diaria que el manejo de los pacientes no ha sido el adecuado y es de vital importancia poseer conocimientos básicos, trabajar con un equipo multidisciplinario de salud y realizar la identificación, manejo y seguimiento de los casos <sup>(39)</sup> con la finalidad de realizar propuestas de intervención que impacten de manera directa en la disminución de esta problemática y apoyarlo a nivel emocional, ya sea canalizándolo al servicio de psicología o psiquiatría para ser valorado integralmente y tratar el problema de raíz ya que si no se continuaran presentando índices más elevados en las intoxicaciones auto infligidas en los adolescentes.

Por lo que la entrevista que se realiza a los pacientes tiene que contener antecedentes de: antecedentes familiares de suicidio, detectar enfermedades psiquiátricas, si hay alguna enfermedad grave, terminal, o eventos abrumadores, y realizar preguntas dirigidas como son: **“Pensó seriamente en suicidarse”**, **“Realizo un plan para suicidarse”**, **“Intento suicidarse”** y es importante asegurarse que en la entrevista clínica se explique el potencial suicida de los pacientes con trastornos mentales. <sup>(41)</sup>

Cuando no sea posible tratamiento ambulatorio por falta de apoyo sociofamiliar, comportamiento compulsivo, intentos previos plan suicida estructurado y con elevada letalidad o síntomas psicóticos, entonces se deberá hospitalizarlo de manera voluntaria o involuntaria, para preservar su vida.

La mayor parte de las intoxicaciones accidentales agudas son prevenibles a través de medidas como evitar la automedicación, hacer hincapié en la dosificación adecuada para niños, estar alerta ante manifestaciones de psicopatología, principalmente depresiva, prestar atención particular cuando existen malas relaciones familiares, consumo temprano de alcohol o drogas, bajas calificaciones escolares, baja autoestima y amistades o familiares usuarios de drogas o alcohol.

Debe evitarse tener sustancias tóxicas en las viviendas y prevenir que no estén al alcance de niños y adolescentes.

El control de sustancias, entre ellas el alcohol, y el control de armas de fuego pueden tener un impacto importante en México, además de la restricción de psicofármacos en la prevención del suicidio. <sup>(41)</sup>

El médico podría evaluar los sistemas de apoyo disponibles, identificar a un pariente, amigo, conocido u otra persona que pueda apoyar al paciente y solicitar su ayuda.

Preparar a la familia para que actúe cuando no pueda controlar los impulsos e ideas y ofrecer la posibilidad de unja atención inmediata; por ejemplo, en caso de necesidad, accesibilidad a servicio de urgencias.

Por último, es indispensable contar con centros de referencia para problemas de intoxicaciones y envenenamientos que cuenten con el personal y equipamiento necesario para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Cabe mencionar que en los resultados obtenidos en el presente trabajo, nos abren un campo importante de investigaciones y valorar las debilidades que se tienen que fortalecer para realizar mejoras y así poder contar con información verídica, correcta y realizar estrategias para poder mejorar tanto el servicio de urgencias, como para realizar atención, promoción, canalización de los pacientes adolescentes que acuden por intento suicida, y mejorar su calidad de vida y evitar decesos, entre otras complicaciones.

Además de que se tiene la casuística de las intoxicaciones en el Hospital Dr. Luis F. Nachón y con estos tenemos la oportunidad de realizar acciones para que se realice el manejo integral de los pacientes y poder atender a los usuarios posteriormente no solo resolver la intoxicación, sino además poder canalizarlos y se puedan prevenir otros eventos futuros y mejorar calidad de vida de los pacientes que de alguna manera es una muestra de la disfunción familiar que se presenta en las sociedades actuales y que se ven influidas por el entorno social, el cual cada vez es más hostil para los jóvenes.

Una estrategia que podría servirnos es aplicar una escala de depresión en el área de urgencias como es la de Zung para adolescentes y también el inventario de razones para vivir y esto nos mostraría un panorama general de ese adolescente y enviarlo al programa de atención al adolescente que podría emplearse en cada hospital, a través del servicio de pediatría o medicina familiar y dar continuidad y seguimiento al paciente y familiares.

## 10. Referencias bibliográficas.

1. Sánchez-Horta Y, Reyes –Sánchez R, Ramos –Vázquez J, et al. Comportamiento clínico epidemiológico de la intoxicación por organofosforados. Rev. Ciencias Médicas. Octubre 2010; 14 (4).
2. Rodríguez Pimental L. Panorama epidemiológico de las intoxicaciones en México. Med Int Mex 2005; 21:123-32.
3. Informe mundial sobre la violencia y la salud. La violencia autoinflingida. Capitulo 7. pp. 201-231.
4. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Veracruz.
5. Amezquita- Medina M, González- Pérez R, Zuluaga-Mejia D. Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° grado, en 8 colegios oficiales de Manaziales. Hacia la promoción de la Salud, Vol. 13 enero- diciembre 2008. pp 143-153.
6. Torres-Marquez M, Fonseca Pelegrín C, Díaz- Martínez M.et al. Accidentes en la infancia: una problemática actual en pediatría.
7. González Valiente M, Orquídea Pérez J, González Alberto.et al. Mortalidad por intoxicaciones agudas producidas con medicamentos. Cuba, 1995-1996. Centro Nacional de Toxicología Rev Cubana Farm 2000;34(1):pp. 25-33.
8. Sánchez P. Psicología clínica. 1era edición México. Editorial el Manual Moderno 2008.pp.
9. Puerto-Polo J.V, Padilla- Díaz D.E. Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento de la depresión: una revisión del estado del arte. pp. 251- 257.
10. Daza - Torres D, Martelo- Alvarado M, Domínguez- Daconte D. Epidemiología del suicidio en la Ciudad de Santa Marta (Colombia) durante los años 2004- 2010. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. DUAZARY, diciembre 2011; 8(2).pp.159- 168.
11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Familia y Población, Salud y Desarrollo de Adolescentes, Proyecto de Salud Reproductiva del Adolescente RLA/97/P11. Serie OPS/ FNUAP No. 2.
12. Pérez- Barrero S, Reytor- Sof F. El suicidio y su atención por el Médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr v. 11 n0.4. Ciudad de la habana jul-ago. 1995.

13. Manual de atención integral a la depresión y el suicidio en adolescentes. Departamento de Medicina Preventiva, programa de Atención Integral a la Adolescencia. 2005.
14. Acosta- González A. Milian -Martínez M, Viña Pérez H. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes con esta conducta. *Psicologia.com* [Internet]. 2011 [citado 29 Sep 2011]; 15:46. Disponible en: *Psicologia.com*. 2011; 15:46.
15. Mongue –Holguín J.A, Cubillas-Rodríguez M, Román Pérez R. et al. Intentos de Suicidio en Adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, enero-junio; 17 (001)2007: pp-45-51.
16. Pardo- A.G, Sandoval D.A, Umbarila Z.A. Adolescencia y depresión. *Revista colombiana de psicología*; No. 013, 2004: pp-17-32.
17. Sevilla Godínez R, Gómez Lomelí Z, Chavez Ponce B, et al. Nivel socioeconómico y factores de riesgo en niños para envenenamiento e intoxicaciones en el hogar. *Rev Med Inst Mex Seguro Social* ; 49 (1)2011: 17-22.
18. Villa- Manzano A, Lamas- Flores S, Méndez- Cervantes D. et al. Motivos que generan demanda de atención y factores asociados a mortalidad en un centro especializado en toxicología. *Rev Med Inst Seguro Soc*; 47 (6) 2009: pp 647-650.
19. Garrido\_Romero R, García-García J, Carballo-Ruano E. et al. Intoxicaciones voluntarias como intento de suicidio. *Anales Españoles de Pediatría*; 2000. 53 (3). pp 213- 216.
20. Zayas- Mujica R, Cabrera Cárdenas U. Los tóxicos ambientales y su impacto en la salud de los niños. *Rev Cubana Pediatr*; 79(2)2007.
21. Anderson P. El alcohol y las afecciones coronarias. *Adicciones*; vol 17, núm. 1, 2005: pp. 3.10.
22. Mintegi Santiago. *Manual de Intoxicaciones en Pediatría*. Ergon 2da. Edición 2008.
23. Castaño G. Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Adicciones*; 12 (4) 2000; pp 541-550.
24. Mokhlesi B, Leikin J, Murray P. et al. *CHEST* 2003. 123 (3) marzo 2003. Pp. 897-922.
25. Collado- Coello A, González –Gámiz G, Gómez- Carrill M. Los antidotos en la lucha contra las intoxicaciones. *Rev Cubana Farm*; 38 (2) 2004.

26. Fernández-A D, Mancipe G. L, Fernández- A.D. et al. Intoxicación por organofosforados. *Revista Med*; 18 (1) 2010: pp.84-92.
27. Mc Morris J, Catalano R, Jung- Kim M, Toumbourou J. et al. Influence of Family factors and Supervised Alcohol Use on Adolescent Alcohol Use and Harms: Similarities Between Youth in Different on alcohol and drugs. Mayo 2011.
28. Calafat- Far A, Juan- Jerez M, Becoña- Iglesias E. et al. Mediadores recreativos y drogas. Nueva área para la prevención.
29. Albino Nelson, Fernández M, Yamauchi R. et al. Manual de atención primaria de intoxicaciones, Tomo II. Ministerio Salud de la Nación 2002.
30. Álvarez- Zúñiga M, Ramírez- Jacobo B, Silva- Rodríguez A. et al. La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2009, 9 ( 2):pp. 205-216.
31. Fernández- Ortega M.A. El impacto de la enfermedad en la familia. *Rev Fac Med UNAM*. 47 (6 ) Noviembre-Diciembre, 2004.pp. 251-254.
32. Díaz-Sibaja M.A, Trujillo A, Peris-Mencheta L.et al. Tratamiento de los problemas de conducta mediante un programa protocolizado de escuela de padres. Unidad de Salud Mental Infanto -Juvenil de Algeciras.
33. Campos- Campos M. Padilla- Calvo S, Valerio- Rojas J.C. Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes. 2004
34. Manual de atención integral a la depresión y el suicidio en adolescentes. 2005.
35. Pacheco –Tabuena T. intento auto lítico mediante ingesta de fármacos y toxicos: perfil psicosocial en un servicio de emergencia pre-hospitalaria. *Psicopatología Clínica legal y forense* 2008, Vol 8. Pp 57-78.
36. Escalante Galindo P. Epidemiología de las intoxicaciones pediátricas. *Gac Med Mex* 1998;134:554-7.
37. Guía de práctica clínica. SSA-110-08. Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría.
38. García VJ, Palacio AC, Arias S, Ocampo M, et al. Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. *Revista colombiana de psiquiatría*,2007; vol.XXXVI, no. 004.pp. 610-627.
39. Piedrahita LE, García MA, Sirley MJ. Et al. Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. *Colomb Med*. 2011;42:pp 334-341.

40. Nizama VM. Suicidio: revista peruana de epidemiología. 2011; vol. 15 No.2.pp 01-05.
41. Borges G, Orozco MR, Benjet C, et al. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud pública de México: vol 52. No.4 julio-agosto 2010.pp 292- 304.
42. Carvajal G, Caro CV. Ideación suicida en la adolescencia: una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. Colomb Med 2011; 42 supl 1: pp 45-56.
43. Borges G, Orozco R y Medina MM. Índice de riesgo para el intento suicida en México. Salud pública de México.2012. Vol 54(6).pp. 595-606.



GOBIERNO DEL ESTADO  
SECRETARÍA DE SALUD

**SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ  
HOSPITAL REGIONAL DR. LUIS F. NACHÓN  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR  
EN ESTUDIOS DE INVESTIGACION.**

Xalapa, Veracruz. A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Yo, el C. \_\_\_\_\_  
Al firmar este documento doy mi consentimiento y autorizó a la Dra. Lorena Flores Carrera, incluirme o incluir a mi hijo en el grupo de adolescentes a participar en el trabajo de investigación llamado **“Prevalencia y tipos de envenenamiento autoinflingido en adolescentes del hospital regional Dr. Luis F. Nachón”**, la cual se realizará en el Hospital anteriormente mencionado, en el periodo comprendido del 1° de enero del 2011 al 31 de diciembre del 2011.  
Estoy consciente que el conocimiento que se obtenga puede ser de importancia para mejorar la calidad de la atención que recibimos los pacientes que podemos incurrir en esta problemática de salud.  
Estoy consciente que dicha intervención no afectará mi persona, o en caso de ser padre de alguno de los adolescentes, no afectara a mi hijo y que los datos que aquí se mencionen serán confidenciales, que en ningún momento se pondrá en riesgo la vida y que no nos veremos afectados en nuestro organismo, ni en la salud.  
Además, en el momento que yo lo decida puedo abandonar mi participación y la de mi hijo sin verme afectado en mis intereses personales.

**Atentamente**

Firma de alguno de los padres

Firma del investigador

-----

-----

Testigo

Fecha

-----

-----

## Cuadros de información de los casos analizados

Cuadro 2. Genero del adolescente intoxicado.

Genero	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	8	72.7	72.7	72.7
Masculino	3	27.3	27.3	100.0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

Cuadro 3. Edad en años cumplidos

Años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Adolescencia temprana (10 a 13 años)	1	9.1	9.1	9.1
Adolescencia media (13 a 17 años)	4	36.4	36.4	45.5
Adolescencia tardía (17 a 19 años)	6	54.5	54.5	100.0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

Cuadro 4. Lugar de procedencia

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Zona Rural	1	9.1	9.1	9.1
Zona Urbana	8	72.7	72.7	81.8
No se registro	2	18.2	18.2	100.0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.



**Cuadro 5. Estado Civil**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero	1	9.1	9.1	9.1
Divorciado	1	9.1	9.1	18.2
No se registro	9	81.8	81.8	100.0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

**Cuadro 6. Nivel educativo**

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Secundaria	1	9.1	9.1	9.1
No se registro	10	90.9	90.9	100.0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

**Cuadro 7. Tipo de Tóxico utilizado**

Toxico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Benzodiacepinas	4	36.4	36.4	36.4
Drogas ilícitas	1	9.1	9.1	45.5
Alcohol	2	18.2	18.2	63.6
Otros	2	18.2	18.2	81.8
	Acido fólico Carbamazepina			
No se identifico	2	18.2	18.2	100
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

**Cuadro 8. Canalización del adolescente a Psicología.**

Canalización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	4	36.4	36.4	36.4
No	0	0	0	36.4
No se registro	7	63.6	63.6	100.0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

**Cuadro 9. Tiempo de estancia hospitalaria**

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Minutos</b>				
1-30	0	0	0	0
31-59	1	9.1	9.1	9.1
<b>Horas</b>				
1-6	4	36.4	36.4	45.5
7-12	0	0	0	45.5
13-18	0	0	0	45.5
19-23	0	0	0	45.5
<b>Días</b>				
1	1	9.1	9.1	54.6
2	0	0	0	54.6
3	0	0	0	54.6
4	0	0	0	54.6
5	0	0	0	54.6
6	1	9.1	9.1	63.7
7	0	0	0	63.7
8	0	0	0	63.7
9	0	0	0	63.7
10	0	0	0	63.7
Mas 10	0	0	0	63.7
<b>No se registro</b>	<b>4</b>	<b>36.4</b>	<b>36.4</b>	<b>100.0</b>
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

**Cuadro 10. Complicaciones**

<b>Complicaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Si	1	9.1	9.1	9.1
No se registro	10	90.9	90.9	100.0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

**Cuadro 11. Identificación de factores de riesgo**

<b>Complicaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Si	6	54.6	54.6	54.6
No se registro	5	45.4	45.4	100.0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos

## Cuadros de información de los 25 pacientes no estudiados

Cuadro 1.1. Mes en que ocurre el evento.

Mes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Enero	3	12	12	12
Febrero	1	4	4	16
Abril	3	12	12	28
Mayo	4	16	16	44
Julio	2	8	8	52
Agosto	1	4	4	56
Septiembre	3	12	12	68
Noviembre	4	16	16	84
Diciembre	2	8	8	92
No se registro	2	8	8	100
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

Cuadro 2.1. Genero del adolescente intoxicado.

Genero	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	15	60	60	60
Masculino	10	40	40	100
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

Cuadro 3.1. Edad en años cumplidos

Años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Adolescencia temprana (10 a 13 años)	0	0	0	0
Adolescencia media (13 a 17 años)	10	40	40	40
Adolescencia tardía (17 a 19 años)	15	60	60	100
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

**Cuadro 4.1. Lugar de procedencia**

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Zona Rural	2	8	8	8
Zona Urbana	4	16	16	24
No se registro	19	76	76	100.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

**Cuadro 5.1. Estado Civil**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero	0	0	0	0
Unión libre	0	0	0	0
Casado	0	0	0	0
Divorciado	0	0	0	0
No se registro	25	100	100	100
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

**Cuadro 6.1. Nivel educativo**

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Analfabeta	0	0	0	0
Primaria	0	0	0	0
Secundaria	0	0	0	0
Preparatoria o bachillerato	0	0	0	0
No se registro	25	100	100	100
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

**Cuadro 7.1. Tipo de Tóxico utilizado**

Toxico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Benzodiazepinas	4	16	16	16
Barbitúricos	0	0	0	16
Organofosforados	0	0	0	16
Drogas ilícitas Cocaína y marihuana	0	0	0	16
Alcohol	3	12	12	28
Otros	0	0	0	28
No se identifico	5	20	20	48
No se registro	13	52	52	100
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

**Cuadro 8.1. Canalización del adolescente a Psicología.**

Canalización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	0	0	0	0
No	0	0	0	0
No se registro	25	100	100	100
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

**Cuadro 9.1. Tiempo de estancia hospitalaria**

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Minutos</b>				
1-30	0	0	0	0
31-59	3	12	12	12
<b>Horas</b>				
1-6	0	0	0	0
7-12	0	0	0	0
13-18	0	0	0	0
19-23	0	0	0	0
<b>Días</b>				
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
Mas 10	0	0	0	0
<b>No se registro</b>	<b>22</b>	<b>88</b>	<b>88</b>	<b>88</b>
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.

**Cuadro 10.1. Complicaciones**

<b>Complicaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Si	0	0	0	0
No	0	0	0	0
No se registro	25	100	100	100
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: anexo 1 de cedula de recolección de datos.