

Tentativas de suicidio en el municipio de Valencia

Suicide attempts in the city of Valencia (Spain)

*A. GIMENO ADELANTADO, **M. GOMEZ BENEYTO, ***V. LLOPIS, ****C. NACHER, I. FILLOL

RESUMEN

Se obtuvo información sobre las tentativas de suicidio registradas en los libros de urgencias de los hospitales de Valencia ejecutados por residentes de este municipio mayores de 14 años, desde 1982 a 1985. Su análisis mostró que las tasas, la edad, el sexo y el método empleado fueron similares a lo descrito en otros países europeos. Sin embargo, la proporción de personas remitidas a su casa sin mediar ingreso fue comparativamente muy elevada.

SUMMARY

Suicide attempts carried out by residents of Valencia city aged over 14 and registered in the casualty books of local general hospitals were recorded from 1982 to 1985. Rates, sex, age and method did not significantly depart from previous european reports. However an unexpected high proportion of patients was sent back home without hospitalization.

PALABRAS CLAVE

Tentativas de suicidio. Valencia.

KEY WORDS

Suicide attemps. Valencia city.

(*Revi. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1991; 11: 15-18)

INTRODUCCION

Este trabajo es el primero de una serie que aborda la epidemiología de las tentativas de suicidio en el municipio de Valencia, tomando como fuente de información los registros de urgencias de los hospitales. Su realización está justificada en parte por la ausencia de investigaciones en nuestro país

*Médico General. **Profesor Titular de Psiquiatría, Universidad de Valencia. ***Psicólogo, Consellería de Trabajo y Servicios Sociales, Valencia. ****Psicólogo, Valencia.

Correspondencia: M. Gómez Beneyto. Pl. Legión Española, 10. 46010 Valencia.

Fecha de recepción: 4-6-90

Fecha de aceptación: 15-2-91

que recojan datos completos de un área demográfica definida — existe un único trabajo de estas características publicado (1) — así como por la importancia sanitaria y social del tema. Por ejemplo, basándonos en los datos de este autor y suponiendo que sus hallazgos sean generalizables a todo el territorio español, se puede estimar que alrededor de 25.000 episodios son asistidos en nuestros hospitales en el curso de un año. El sufrimiento, las consecuencias sociales negativas y la elevada mortalidad asociada a las tentativas de suicidio a largo plazo creemos que justifican sobradamente continuar investigando en este campo.

MATERIAL Y METODO

El material está constituido por todas las tentativas de suicidio registradas en los cinco grandes hospitales públicos de Valencia (Hospital General, Hospital Dr. Peset, Ciudad Sanitaria La Fe, Hospital Arnau de Vilanova y Hospital Clínico Universitario) durante un periodo de cuatro años (1982-1985). La información se obtuvo retrospectivamente por inspección personal de los libros de registro de urgencias.

En el contexto de esta investigación se entiende por tentativa de suicidio toda acción realizada por una persona deliberadamente contra si misma que le produzca algún daño o lesión por la que sea atendida en un centro hospitalario. En la práctica se identificaron como tentativas todos aquellos casos en los que figuraba tal diagnóstico en los libros de registro de urgencias, así como aquellos en los que el diagnóstico no estaba explicitado, pero por las características del daño autoinfligido y las circunstancias en las que se llevó a cabo, no cabía otra explicación razonable. Se excluyeron sistemáticamente las intoxicaciones étlicas puras y las sobredosis de drogas en toxicómanos, por su ambigüedad en la motivación.

La validez de este criterio cuando se aplica a la información recogida en los libros de registro de los cinco hospitales objeto de estudio fue analizada en 1982 estimándose en un 4% la pérdida de información registrada respecto de la realidad observada (1). Dada la importancia de este aspecto se llevó a cabo una segunda valoración en 1985. Para ello un médico residente de cada hospital registró personalmente to-

das las tentativas que acudían a urgencias durante sus turnos de guardia a lo largo de un periodo de seis meses. Una vez finalizada la recogida de datos esta información fue comparada con la registrada espontáneamente en los libros de urgencias en la fecha anterior de cada una de las guardias, encontrando una pérdida de información en los registros del 6,5%. A fin de determinar si el interés percibido en los residentes durante las guardias en las que registraban las tentativas podía haber influido en el resto del personal de urgencias incrementando su motivación para registrar más exhaustivamente o con mayor precisión las tentativas acontecidas fuera de los días de observación hinchando de esta forma artificialmente la correlación entre las detectadas por observación y las registradas espontáneamente, se llevó a cabo una comparación entre las frecuencias de las tentativas registradas espontáneamente durante el periodo de estudio de la fiabilidad y las registradas en los cuatro meses anteriores, encontrándose exactamente la misma tasa.

En lo que se refiere a la exhaustividad de cobertura para el municipio de Valencia, en el trabajo ya mencionado de Llopis et al, se pudo establecer que entre los cinco hospitales se recogen el 92,7% de todas las tentativas registradas en todos los centros sanitarios de la ciudad, públicos, semi-privados y privados, incluyendo las Casas de Socorro. Únicamente quedó excluido de este análisis por razones administrativas el Hospital Militar.

Las tentativas que serán objeto de presentación en este trabajo se refieren a las realizadas por personas mayores de 14 años y residentes en el municipio de Valencia. Se excluyen los niños porque la problemática clínica y social que presentan tiene características diferenciales que merecen estudio aparte.

La información recogida fue la siguiente: nombre, edad, sexo, domicilio, fecha, hospital, método empleado en la tentativa, destino asistencial y emisión de parte judicial. Otros datos pertinentes no fueron recogidos por su escasa fiabilidad o por la irregularidad de su registro.

Los datos sociodemográficos del area fueron obtenidos de los censos de 1981 y 1986 publicados por el Ayuntamiento de Valencia.

RESULTADOS

Durante los cuatro años del periodo de estudio (1982-84) se registraron 2.624 tentativas realizadas por 2.206 personas mayores de 14 años, residentes en el municipio de Valencia. Tomando como población de referencia la media de los censos de 1981 y 1985, se estima una tasa anual de 93,4 personas asistidas y 111,1 episodios por cien mil habitantes de población en riesgo (mayores de 14 años). La descripción y el análisis de datos que se expondrán a continuación se refieren siempre a personas y no a episodios.

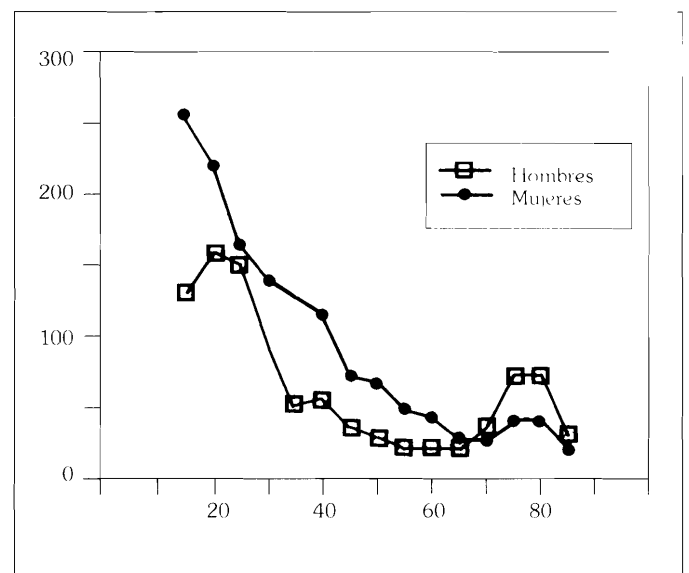
En la Tabla I se presenta la distribución por sexo e intervalo de edad. En ella se observa un neto predominio de las mujeres (1/1,5) en todos los grupos de edad hasta los 65 años, edad a partir de la cual se observa una disminución de la diferencia.

TABLA I

DISTRIBUCION DE PERSONAS QUE REALIZARON TENTATIVAS ENTRE 1982 Y 1985, POR EDAD Y SEXO

	h	(%)	m	(%)
15-19	165	(19,1)	307	(22,9)
20-24	179	(20,7)	249	(18,5)
25-29	149	(17,3)	174	(12,9)
30-34	83	(9,6)	130	(9,7)
35-39	44	(5,1)	113	(8,4)
40-44	44	(5,1)	95	(7,1)
45-49	26	(3,0)	62	(4,6)
50-54	23	(2,7)	61	(4,5)
55-59	17	(2,0)	36	(2,7)
60-64	14	(1,6)	29	(2,2)
> 65	49	(5,7)	58	(4,3)
No consta	70	(8,1)	29	(2,2)

En la gráfica I se traza la distribución de tasas específicas de sexo y edad. También aquí se mantiene el predominio de las mujeres, pero observándose un incremento de las tasas a partir de los 75 años entre los hombres.



Gráfica I

El método predominantemente empleado para la realización de la tentativa fue la intoxicación medicamentosa, seguida de métodos cruentos (más frecuente entre los hombres) e intoxicación con venenos industriales (más fre-

cuente entre las mujeres). La ingestión de cuerpos extraños que aparece sobre todo en dos de los cuatro años estudiados, es el medio empleado casi exclusivamente por hombres internados en instituciones penitenciarias (Tabla II).

TABLA II

DISTRIBUCION DE LOS METODOS EMPLEADOS EN LAS TENTATIVAS, SEGUN SEXO

	h	%	m	%
Sobredosis	460	(52,3)	1015	(75,6)
Sobredosis + Alc.	33	(3,8)	14	(1,0)
Tóxicos Industr.	71	(8,2)	79	(5,9)
Cruentos	134	(15,5)	32	(2,4)
Ingesta cuerpos extr.	44	(5,1)	5	(0,4)
Mixtos	8	(1,0)	7	(0,5)
No consta	113	(13,1)	191	(14,2).

Las tasas específicas por sexo y edad de cada uno de los métodos revelan una disminución progresiva de las intoxicaciones medicamentosas con la edad, en ambos sexos, destacando un leve pico en las intoxicaciones por venenos industriales a partir de los 70 años, más acusado en los hombres.

Tras la asistencia en urgencias, la mayoría de las personas fueron remitidas a su domicilio sin mediar ingreso, la quinta parte fueron ingresados en sala y solo el 6% requirió internamiento en Unidad de Cuidados Intensivos. Una proporción mínima fue trasladada a otros centros o se tomó el alta en contra del consejo médico. Esta distribución es sensiblemente igual para ambos sexos (Tabla III). Los jóvenes son remitidos a su domicilio significativamente con mayor frecuencia que los mayores, incrementándose la proporción de ingresados especialmente en la década de los 60. Las tasas anuales de ingresos en sala y en UCI por cien mil habitantes de población en riesgo, son, respectivamente, 16,1 y 5,3.

TABLA III

DISTRIBUCION DE PERSONAS SEGUN DESTINO ASISTENCIAL Y SEXO

	h	m
Su domicilio	511 (60,5)	920 (68,5)
Ingreso	176 (20,4)	204 (15,2)
UCI	54 (6,3)	70 (5,2)
Traslado	22 (2,5)	17 (1,3)
Fuga	20 (2,3)	29 (2,1)
No consta	69 (8,0)	103 (7,7)

Se emitió parte judicial en el 47% de los casos, afectando aproximadamente por igual a hombres y mujeres. La frecuencia de emisión del parte fue mayor en los métodos violentos y sobretodo en los ingresados en Sala y en UCI y en el intervalo de edad 65-75.

El análisis por hospitales revela diferencias significativas (con una probabilidad superior al 95%) en cuanto al sexo, el método empleado en la tentativa (el Hospital General recibía una proporción mayor de métodos violentos, sobredosis y alcohol e ingesta de cuerpos extraños) y el destino asistencial (el Hospital General y el Hospital Dr. Peset Alexandre derivaban más frecuentemente al domicilio que los restantes hospitales).

El cruce del método empleado en la tentativa por el destino asistencial muestra una frecuencia significativamente mayor de ingresos en Sala y en UCI de los intoxicados por venenos industriales ($p < 0,01$) y una frecuencia mínima entre los que tomaron sobredosis de medicamentos.

DISCUSION

Es necesario destacar en primer lugar que la información obtenida por medio de los registros de hospitales no refleja la frecuencia real de las tentativas en la comunidad. En efecto, un porcentaje desconocido de ellas puede ser resuelto en el propio domicilio del paciente, con o sin la intervención del médico de cabecera; otras, aquellas que se producen en medios institucionales, a menudo son atendidas por el personal sanitario de los propios centros. El volumen de tentativas que no llegan al hospital ha sido estimado entre un tercio (2) y dos tercios (3) del total.

Los resultados obtenidos con el estudio de los cinco hospitales citados pueden ser considerados una buena aproximación a la realidad de las tentativas asistidas en toda la ciudad, ya que solamente el 6,3% fueron atendidos en otros centros sanitarios, según una investigación realizada en 1982 (Llois et al, 1988). Para una correcta estimación final, a este porcentaje de error debe añadirse el aportado por el sistema de registro de urgencias, que ha sido valorado entre 4 y 6,5%.

En los estudios epidemiológicos en general y particularmente en el caso de las tentativas de suicidio, la comparación de los resultados obtenidos en diferentes países es de dudosa interpretación, ya que la metodología y las definiciones operativas varían de unas investigaciones a otras. Pero además las tasas y los perfiles sociodemográficos de las personas que ejecutan tentativas de suicidio se modifican a lo largo de los años, con lo que investigaciones realizadas en distintas fechas no son comparables.

La tasa de tentativas encontrada (93 por cien mil habitantes en riesgo) nos sitúa de los niveles más bajos de la CEE, entre Holanda (120), Italia (54) e Irlanda (32) y muy por debajo de otras ciudades europeas, particularmente las islas Británicas (Edimburgo 337; Oxford, 220) y Dinamarca (177), (Diekstra, 1982). Las cifras aportadas por el Instituto Nacional de Estadística no reflejan la realidad ni remotamente, tal como ya se sospechaba.

El patrón de distribución de edad y sexo es similar al descrito para los países de la CEE (Diekstra, 1982), destacando el predominio de los adolescentes, particularmente entre las mujeres.

Las tasas específicas por edad y sexo presentan en general también un perfil similar al obtenido en otros estudios, es decir, un descenso gradual con la edad, excepto que nosotros hemos encontrado un repunte entre los hombres de 75-85 años, similar al hallado por Juel-Nielsen (1980) en Dinamarca. Este hallazgo es difícil de interpretar. Podría tal vez argumentarse que estos casos corresponden a verdaderos suicidios frustrados, a diferencia de otras edades más jóvenes, en donde pudieran abundar más los gestos demostrativos sin verdadera intencionalidad suicida. A favor de esta interpretación está la mayor frecuencia observada de ingresos en sala y en UCI en este intervalo de edad, apuntando quizás a una mayor gravedad de los intentos. Además son estas las edades en donde la frecuencia de suicidios consumados alcanza su cuota más alta en nuestra ciudad (7).

El método más frecuentemente empleado en la tentativa es la intoxicación medicamentosa, tal como se ha comprobado sistemáticamente en otros países, aunque el porcentaje (77%) es ligeramente inferior que el generalmente descrito (8). Tal como también ocurre en los suicidios consumados, los hombres emplean más frecuentemente que las mujeres métodos cruentos (7). La distribución de métodos por edades revela una leve tendencia al uso más frecuente de medicamentos y autolesiones en las edades jóvenes y de venenos industriales en las edades más avanzadas, pero la diferencia no es estadísticamente significativa cuando se comparan tasas referidas a la población general. Por otra parte, destaca la presencia de un 6% de hombres que ingieren cuerpos extraños. Todos ellos proceden de la prisión y tienen una edad comprendida entre 25 y 49 años. Este fenómeno, casi limitado solamente a los años 1983-84, coincidió con un movimiento de protesta en las cárceles españolas y por tanto es de carácter coyuntural.

El setenta por ciento de las personas son devueltas a su domicilio sin mediar ingreso. La comparación con otros países está dificultada porque en muchos de ellos la tentativa de suicidio es una indicación obligada de ingreso, independientemente de su gravedad. Ghodse (9) registró un 15% de pacientes devueltos a su domicilio sin mediar ingreso y Diekstra (4) un 31%, ambos porcentajes muy inferiores al encontrado por nosotros. Aunque la decisión de ingresar a un paciente está evidentemente influida por factores de orden administrativo-sanitario, sin duda la gravedad del estado clínico es uno de los determinantes de mayor peso. En este sentido el dato es expresivo del fracaso del sistema de atención primaria, el cual debería ser capaz de contener este

tipo de demanda de carácter probablemente leve, aliviando una carga innecesaria sobre los recursos de urgencias del hospital.

La tercera parte de los pacientes ingresados fueron internados en UCI, lo que corresponde al 6% del total de las tentativas. En Dinamarca, Hansen (10) registra que el 63% de los pacientes ingresados son derivados a la UCI mientras que en Irlanda del Norte, McAleer (11) encuentra solamente un 6%. Estas diferencias tan acusadas probablemente obedecen al empleo de metodologías de identificación diferentes y nos impiden llevar a cabo una comparación razonable con nuestros datos.

Las diferencias encontradas entre hospitales pueden ser atribuidas en parte a su localización urbana y al tipo de clientela que asisten. Así, el Hospital General se encuentra rodeado de barrios de bajo nivel socio-económico y elevada conflictividad social, constituídos mayormente por viviendas sociales y además es el único hospital que atiende personas que carecen de asistencia sanitaria institucional. La composición de este área probablemente explica la mayor frecuencia de hombres que emplean métodos violentos o sobredosis medicamentosa mezclada con alcohol, entre las tentativas atendidas en este centro. Pero la localización del hospital no explica por sí sola la variabilidad de los resultados. En este sentido llama la atención el menor porcentaje de enfermos ingresados en sala y en UCI en dos de los hospitales estudiados, los cuales no se encuentran situados en zonas urbanas de características distintas al resto de la ciudad. Cabe pensar que la disponibilidad de recursos hospitalarios frente a la demanda de urgencias, así como las diferencias en hábitos asistenciales, influyen también en el destino que se asigna al paciente. Todo ello muestra la conveniencia de no generalizar los resultados en estudios epidemiológicos basados en un solo centro, por muy grande que este sea, a menos que cubra de forma completa y excluyente un área extensa y definida de población.

En resumen podemos decir que las tasas de personas que realizan tentativas de suicidio y que son registradas en urgencias en los hospitales generales de Valencia, así como su distribución por edad, sexo y método empleado en la tentativa, no se alejan significativamente de lo descrito en otros países de nuestro entorno. Sin embargo la proporción de las personas atendidas que son remitidas a su domicilio sin mediar ingreso en el hospital es considerablemente mayor en nuestro medio, lo que puede ser debido en parte a su menor gravedad y en parte también a la aplicación de criterios de ingreso hospitalario diferentes.

BIBLIOGRAFIA

- Llopis V., Gómez Beneyto M., Asencio A. Epidemiology of suicidal attempts in Valencia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1988; 23: 96-98.
- Kennedy P., Kreitman N. An epidemiological survey of parasuicide in general practice. *Brit J Psychiatr* 1973; 123: 23-34.
- Whitehead P.C., Johnson F.G., Ferrence R. Measuring the incidence of self-injury: some methodological and design considerations. *Amer J Orthopsychiatr* 1973; 43: 142-148.
- Diekstra R.F.W., De Graaf A.C., Van Egmond M. On the epidemiology of attempted suicide: a sample study among general practitioner, en *Depression et suicide*, Soubrier, J.P. et Vedrinne J. (eds). pags. 1981; 69-82, Pergamon Press.
- Diekstra R.F.W. Epidemiology of attempted suicide in the EEC. *Bibl Psychiatr* 1982; 162: 1-6.
- Juel-Nielsen N., Kolmos L. An epidemiological survey of suicidal behaviour in a Danish county. *Acta Psychiatr Scand*, 1980; 62: 365-371.
- Asencio A., Gómez Beneyto M., Llopis V. Epidemiology of suicide in Valencia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1988; 23: 57-59.
- Kessel N. Self poisoning. *Brit Med* 1965; 2: 1265-1270.
- Ghodse A.H. Deliberate self-poisoning: a study in London casualty departments. *Brit Med J* 1977; 1: 805-808.
- Hansen W., Wang A.G. Suicide attempts in a Danish region. *Soc Psychiatry*, 1984; 19: 197-201.
- McAleer J.J.A., et al. Trends in the severity of self-poisoning. *J Royal Soc Med* 1986; 79: 74-75.