

Intentos de suicidio atendidos en un centro de salud

A. Roca de Togores López^a, P. Rubio Sanjaime^b, P. Sánchez Sánchez^a, D. Rodríguez Calabuig^c y A. Villar Grimalt^d

Objetivo. Describir las características de los intentos de suicidio producidos y atendidos en una zona básica de salud (ZBS) en 10 años (junio 1989-diciembre 1998).

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Atención primaria, zona básica de salud de un área rural.

Pacientes. Todos aquellos atendidos por intento de suicidio (55 casos).

Mediciones y resultados principales. Los datos se obtuvieron de los partes judiciales recogiendo las siguientes variables: sexo, edad, localidad de residencia, pronóstico, medios utilizados y año del intento. Un 51% era mujer y el 49% varón. La edad media fue 34,07 (DE, 3,82). La localidad de origen en un 96% fue la ZBS. Por lo que atañe al pronóstico, leves, 38%; graves, 49%; muy graves, 7%, y reservado, 4%. El medio utilizado fue en un 44% la ingesta de medicamentos. En los 5 últimos años ocurrió el 72% de los intentos.

Conclusiones. No hay diferencias en cuanto a sexos. La mayoría de los sujetos eran menores de 35 años. El medio preferido fue, sobre todo, la ingesta de fármacos. Los intentos de suicidio constituyen un fenómeno en aumento. Es necesario concienciar a las autoridades y a los médicos de atención primaria para poder detectar posibles conductas suicidas.

Palabras clave: Intento de suicidio. Autoagresión. Atención primaria. Parte judicial.

SUICIDE ATTEMPTS ATTENDED AT A HEALTH CENTRE

Objective. To describe the characteristics of the suicide attempts attended in a health district over 10 years (June 1989 to December 1998).

Design. Cross-sectional, descriptive study.

Setting. Primary care, rural health district.

Patients. Everyone attended after a suicide attempt (55 cases).

Main measurements and results. Data of the following variables were obtained from the legal reports: sex, age, place of residence, prognosis, means used and year of attempt. 51% were women and 49% men. Average age was 34.07, SD 3.82. 96% occurred in the health district. 38% had light prognosis, 49% serious, 7% very serious and 4% uncertain. The means used was ingestion of drugs in 44% of cases. 72% of the attempts occurred in the last 5 years.

Conclusions. There were no differences between the sexes. Most of the patients were under 35. Drug overdose was the method of choice. Suicide attempts are on the up. Primary care authorities and doctors need to become more conscious of potentially suicidal conduct.

Key words: Suicide attempt. Self-aggression. Primary care. Legal report.

^aCentro de Salud Lliria.
^bCentro de Salud Puerto de Sagunto.
^cCentro de Salud Oliva.
^dHospital Arnau de Vilanova (Valencia).

Correspondencia:
Andrés Roca de Togores López.
Plaza Luis Reig, 24-5.
46117 Bétera (Valencia).

Correo electrónico:
arocad@medynet.com

Manuscrito aceptado para su publicación el 19-XI-2001.

Introducción

Se define como intento de suicidio aquel acto destinado a infringir un daño al propio organismo, ya sea por ingerir algún fármaco o tóxico con fines suicidas, precipitación o cualquier otra forma al alcance de cualquier persona. También se define suicidio como aquel acto autoagresivo que finaliza con la vida de quien lo comete, en contraposición de parasuicidio, termino de nuevo cuño, ya reflejado en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10.^a edición (CIE 10) que se define como «aquel acto de intencionalidad suicida en el que un individuo deliberadamente inicia un comportamiento no habitual que, sin intervención de otros, causaría un daño propio, o que deliberadamente ingiere una sustancia en dosis superior a la prescrita o generalmente reconocida como dosis terapéutica y que está dirigido a realizar cambios que el sujeto deseaba con consecuencias físicas sin llegar a acabar con la vida de quien lo comete»¹⁻⁵.

Ambos son hechos ampliamente reflejados en la prensa⁶, la literatura clásica y cinematografía, lo que no deja de ser un fiel reflejo de la condición humana. Constituye también un hecho social y cultural, como demuestra que las tasas anuales de suicidios sean mucho más bajas en los países musulmanes y en América del Sur, en contraste con las tasas mucho más elevadas que se recogen en países más cercanos a nuestra «cultura occidental» como Australia, América del Norte y Europa. Las tasas, dentro de la misma Europa, difieren entre el norte y el sur, siendo menores en los países del ámbito mediterráneo^{3,5,7}.

Según la OMS, la tasa de suicidio en España en 1989 era de 6,6 por 100.000 habitantes; así pues, durante la práctica clínica no es infrecuente enfrentarse alguna vez con este tipo de situaciones que, al mismo tiempo, constituyen una causa importante de solicitud de demanda asistencial en los diferentes niveles de asistencia^{1,8,9}.

Aunque los estudios sobre los intentos de suicidio en atención primaria reflejados en la bibliografía científica actual sean menos numerosos¹⁰, por constituir este nivel de asistencia el lugar donde menos se pueden atender estos eventos, no por ello deja de ser menos importante. En la actualidad, en cuanto a la atención hospitalaria, ésta sí más recogida en la bibliografía científica, se ha constatado un aumento de la incidencia de este tipo de casos¹¹⁻¹⁶.

Objetivo

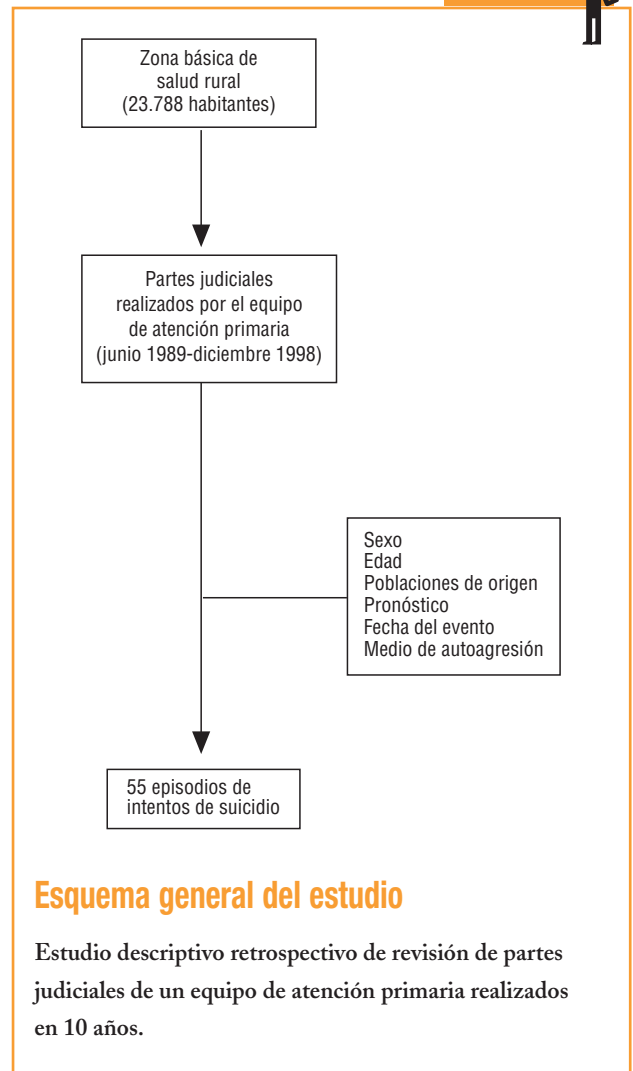
El objetivo de este trabajo es describir las características de los intentos de suicidio atendidos en la Zona Básica de Salud (ZBS) de Lliria en 10 años (junio 1989-diciembre 1998).

Material y métodos

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo.

Material y métodos Cuadro resumen



Ámbito de población

El ámbito de la población estudiada corresponde a todos los intentos de suicidio atendidos en la ZBS de Lliria (Valencia) en 10 años.

La ZBS de Lliria agrupa a una población censada a 1 de enero de 1998 de 23.788 habitantes de 8 municipios diferentes¹⁷, de los cuales Lliria es el principal, con una población de 15.800 personas. La segunda población en importancia es Casinos, con 2.316 habitantes censados; le siguen en importancia Benissanó, 1.695; Marines, 1.341; Alcublas, 857; Olocau, 786; Gátova, 502, y por último Domeño, con 491 habitantes censados. Estos municipios corresponden a la comarca del Camp del Túria de la provincia de Valencia.

La población de nuestra ZBS es eminentemente agrícola, con un pequeño sector de industria, sobre todo relacionada con la transformación de productos agrícolas. El sector servicios también está representado, principalmente en Lliria.

Descripción de la observación

Los datos correspondientes a las autoagresiones, su forma y filiación de los pacientes se obtuvieron mediante la revisión sistemá-

tica de todos los partes judiciales (anexo 1) rellenados desde el 1 de junio de 1989 hasta el 31 de diciembre de 1998. Se encontraron 2 modelos diferentes de parte judicial. Estos partes se rellenan con todas las posibles causas que dictamina la ley, que obliga a su cumplimentación y remisión al juzgado correspondiente. Se recogieron las siguientes variables del estudio: sexo (varón/mujer/no consta), edad (años/no consta), población de origen (variable cualitativa nominal), pronóstico (variable cualitativa ordinal: leve/grave/muy grave/no consta), fecha del evento (día/mes/año/no consta) y medio de la autoagresión, clasificada arbitrariamente y en función de los medios más frecuentes en:

1. Ingestión de fármacos.
2. Ingesta no farmacológica.
3. Heridas físicas, entendidas como cualquier tipo de lesión física autoinflingida en cualquier parte del cuerpo.
4. Inhalación de gases.
5. No consta.

En todos los casos se reflejó la variable de no consta.

Análisis de los datos

Se trata de un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y de dispersión de las variables cuantitativas (media y desviación estándar) y para las cualitativas sus frecuencias con intervalo de confianza.

Resultados

Las características de los casos se recogen en la tabla 1. Se recuperaron 55 episodios de intentos de suicidio en pacientes de 12-85 años (media, 34,07; DE, 3.82), ninguno de los cuales repitió el intento. En 16 registros no constaba la edad, si bien en 4 el modelo de parte judicial disponible no contenía este apartado para ser rellenado. Sobre

las características de la autoagresión, en 12 (21,8%) casos no constaba cómo había sido. De los 43 restantes, 27 (49%) habían sido por ingesta de medicamentos, sobre todo ansiolíticos y antidepresivos. Dieciséis (29%) sujetos se autoinflingieron lesiones físicas (8 pacientes intentaron cortarse las venas de las muñecas, 4 se arrojaron al vacío, hubo un intento de seccionarse la zona vascular yugular, una sección en la base del pene, una mujer con secciones en ambas mamas y un ahorcamiento). Encontramos 5 pacientes que ingirieron productos no medicamentosos (4 tomaron lejía y hubo una ingesta de paraquat). Hubo un caso de inhalación voluntaria de gas butano (fig. 2).

De todos los pacientes, sólo 8 ingirieron 2 o más fármacos (6 ingirieron 2 fármacos y 2 ingirieron 3 fármacos).

Cabe decir que sólo se ha recogido la ingesta concomitante de alcohol junto con fármacos en 2 casos.

No se ha obtenido ningún registro de éxitos, ni nadie repitió la autoagresión en el tiempo, al menos que fuera atendido en el centro de salud de Lliria o sus consultorios auxiliares, aunque por otro lado, según series, menos del 2% de los pacientes que intentan suicidarse lo consiguen^{15,18}.

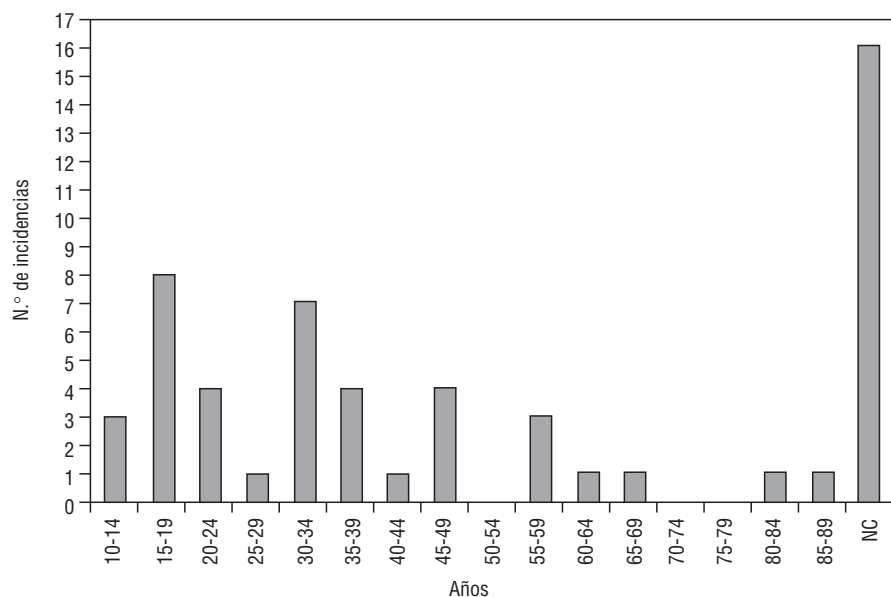
No hay diferencias significativas en cuanto a sexos, aunque esto difiere parcialmente con lo que se recoge en la bibliografía^{1,2,4,14-16,18}, donde se incluye una mayor incidencia de casuística autolesiva en el sexo femenino, siendo según la OMS la proporción para España en 1989 de 2,7 mujeres por cada varón³.

Asimismo cabe destacar que los juicios pronósticos se catalogan como leves, graves, muy graves y reservados, cuando la ley los cataloga como leves, menos graves y graves, sin que exista la catalogación de reservado.

TABLA 1
Resultados de variables del estudio

Variable	Número de observaciones	Frecuencia	IC del 95%
Sexo	55		
Mujeres		28 (51%)	37,1-64,6%
Varones		27 (49%)	35,3-62,9%
Edad	39	Media 34,07 DE 3,82	26,58-49,04
Población origen	52		
ZBS		50 (96%)	86,8-99,5%
No ZBS		2 (4%)	0,5-13,3%
Pronóstico	54		
Leve		21 (38%)	25,9-53,1%
Grave		27 (49%)	36,1-63,9%
Muy grave		4 (7%)	2,0-17,9%
Reservado		2 (4%)	0,4-12,7%
Medio utilizado	43		
Ingesta de fármacos		19 (44%)	29,1-60,1%
Lesiones físicas		16 (37%)	22,9-53,3%
Ingesta no farmacológica		7 (16%)	6,8-30,7%
Inhalación de gases		1 (2%)	0,06-12,3%

FIGURA 1 Incidencia por grupos de edad.



Parece haber una falta de cumplimentación de todos los apartados del parte judicial, así como una falta en la especificación del medio de autólisis, que aunque no sea obligatorio explícitamente, sí es conveniente para evitar ulteriores problemas.

La mayoría de los sujetos que intentaron la autoagresión eran menores de 35 años; esto también es un reflejo de lo publicado al respecto, en lo que se evidencia un predominio de estos eventos en adultos jóvenes^{1,14,18}, sobre todo con un pico de incidencia entre los 15 y 19 años^{4,15,28}.

Los medios de autoagresión preferidos fueron, sobre todo, la ingesta de medicamentos, ya fuera esta en forma de ingesta de un solo medicamento o la combinación de varios, aunque predomina la toma de uno solo, en discrepancia con lo descrito por Bialas et al²⁰, así como las lesiones con objetos cortantes, esto último coincidiendo también con lo que refleja la bibliografía consultada^{1,18-21}.

Parece algo infravalorado el no haber recogido de manera exhaustiva el uso concomitante en este tipo de actos el uso de alcohol, ya que es algo que se asocia con mucha frecuencia^{3,15}.

Discusión

Llama la atención que no hayamos obtenido ningún paciente en el que quedara reflejado que hubiera intentado repetir el intento de autólisis, ya que es un hecho ampliamente descrito^{1,4,8,13,15,19,22-24}.

Es fácil pensar que la alta tasa de empleo de fármacos psicotropos sea debida a que en, un elevado porcentaje de casos, de hasta el 95% según autores^{3,15}, estos pacientes presentan un trastorno de índole psiquiátrica que les obliga a

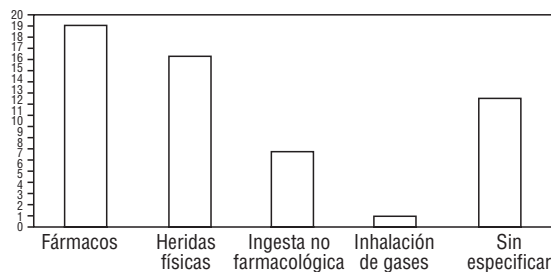


FIGURA 2 Medio empleado.

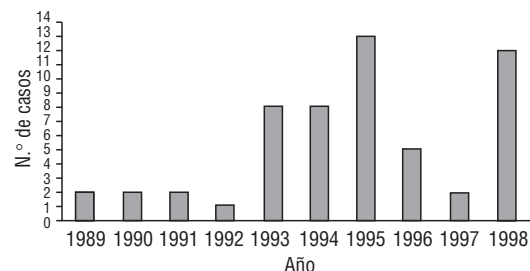


FIGURA 3 Evolución temporal de los intentos autolesivos.

tomar este tipo de sustancias. Algunos autores postulan que sería conveniente reducir el número de prescripciones de fármacos psicotropos, aunque quizá sea una cifra simi-

Discusión
Cuadro resumen

Lo conocido sobre el tema

- No es infrecuente enfrentarse a situaciones en las que el paciente ha practicado un intento autolesivo.

Qué aporta este estudio

- Una descripción de estas situaciones atendidas en un centro de salud, poco reflejado en la bibliografía existente en el ámbito de la atención primaria.

lar de autores la que responde que esto no necesariamente disminuiría el número de intentos suicidas^{14,25}.

Coincidiendo con lo que apuntan Stenager y Jensen⁸ así como De Sousa³, es necesario concienciar a las autoridades correspondientes y a los médicos de atención primaria para poder detectar posibles conductas suicidas, ya que está demostrado que existe una alta tasa de comorbilidad, ya sea en el ámbito somático o psiquiátrico, que origina que hasta dos tercios de posibles suicidas consulten con sus médicos de atención primaria previamente al intento autolítico^{8,26} por síntomas como dolor o problemas derivados del alcoholismo, conocido factor de riesgo para cometer actos suicidas. Este tipo de actividad preventiva es, junto con el resto de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS), uno de los pilares básicos de la atención primaria. Se constituiría así un primer paso de prevención primaria, en lugar de empezar con la prevención secundaria que ejercen los equipos de salud mental, quienes, desafortunadamente en muchas ocasiones son el primer contacto que tiene el paciente suicida con la sanidad, pero ya una vez después del primer intento²⁷.

Michel et al confirman en su trabajo²⁶ que una mayor accesibilidad y predisposición por parte de los médicos de atención primaria para detectar este tipo de posibles actitudes es fundamental, como ocurre en el sistema suizo de salud, donde la accesibilidad al médico de atención primaria es mucho más fácil, en comparación con el sistema sueco de salud, mucho más parecido al español. Estos autores demuestran en su trabajo que los pacientes consultaron mucho más a su médico de cabecera previamente en Suiza que en Suecia. También reseñan en su trabajo que son precisamente los médicos de cabecera quienes están en mejor disposición para detectar los posibles pacientes de riesgo, por ser este nivel de asistencia quien, mejor que los psiquiatras, tiene conocimiento de los pacientes. Esto queda demostrado en lugares como los Países Bajos, donde hasta un 28% de los casos de ideación suicida fueron reportados exclusivamente por médicos de atención primaria¹⁰.

Sería interesante también crear un sistema de registro de este tipo de fenómenos empezando ya a recogerlos desde

la atención primaria y los servicios de urgencias de los hospitales; obtendríamos así una visión mucho más realista del problema, ya que son estos los niveles de asistencia menos reflejados en la actualidad.

Bibliografía

1. Lester D. The sex ratio in samples of attempted and completed suicides over time. *Perceptual and motor skills* 1993;77:403.
2. Wasserman D, Fellman M, Bille-Brahe U, Bjerke T, Jacobson L, Jansen G, et al. Parasuicide in the Nordic countries. *Scand J Soc Med* 1994;22:170-7.
3. De Sousa MP. Le suicide au Portugal. *Encephale (Paris)* 1996;22(Supl 4):28-34.
4. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Mills J. The epidemiology of attempted suicide in the Oxford area, England (1989-1992). *Crisis* 1994;15:123-35.
5. Schmidtke A. Perspective: suicide in Europe. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1997;27:127-36.
6. Jiménez D. Las reformas económicas y el machismo matan a las chinas. En China, más de 500 mujeres se quitan la vida cada día. *El Mundo*, 28 de febrero de 1999. Crónica; p. 10.
7. Khan MM, Islam S, Kundi AK. Parasuicide in Pakistan: experience at a university hospital. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:264-7.
8. Stenager EN, Jensen K. Attempted suicide and contact with the primary health authorities. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:109-13.
9. Chastang F, Rioux P, Kovess V, Lorteau P, Bazin C, Zarifian E. Étude épidémiologique des patients et suicidants admis aux urgences psychiatriques d'un hôpital général. *Rev Epidém et Santé Publ* 1996;44:427-36.
10. Arensman E, Kerkhof AJ, Hevengeld MW, Mulder JD. Medically treated suicide attempts: a four year monitoring study of the epidemiology in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:285-9.
11. Stark C, Smith H, Hall D. Increase in parasuicide in Scotland. *BMJ* 1994;308:1569.
12. Quigley N, Galloway R, Kelly C. Changes in the pattern of deliberate self-poisoning presenting at Craigavon Area Hospital: 1976, 1986 and 1991. *Ulster Med J* 1994;63:155-61.
13. CDC. Fatal and nonfatal suicide attempts among adolescents - Oregon, 1988-1993. *JAMA* 1995;274:452-3.
14. Hall AK, Curry C. Changing epidemiology and management of deliberate self poisoning in Christchurch. *N Z Med J* 1994;107:396-9.
15. Bialas MC, Reid PG, Beck P, Lazarus JH, Smith PM, Scorer RC, et al. Changing patterns of self-poisoning in a UK health district. *Q J Med* 1996;89:893-901.
16. Hagen S, Hall D, Stark C, Smith H. Admissions due to overdoses of aromatic analgesics have increased in Scotland [carta al director]. *BMJ* 1996;312:1538.
17. Cifras de población referidas al 1/1/98. Población de municipios por sexo. 46 Valencia. <http://www.ine.es/htdocs/pob98/pob98frame.htm>
18. Czeizel AE. Budapest registry of self-poisoned patients. *Mutat Res* 1994;312:157-63.
19. Gangutia Hernández JL, García Calleja E, Córdoba Díaz E. Autolesiones atendidas en un servicio de urgencias. *Aten Primaria* 1996;18(Supl 1):350.
20. Mínguez Platero J, Vera Espallardó F, Rubio Sanjaime P. Estudio de las tentativas de suicidio que requirieron ingreso en un hospital comarcal en pacientes menores de 30 años. *Aten Primaria* 1999;24(Supl 1):366.

21. Lorente Aznar T, Plaza Izquierdo A, Catalán Dauden S, Andrés Nillson JM, Capella Callaved E, Lafuente Lafuente A. Conductas autoagresivas en el servicio de urgencias [carta al director]. *Aten Primaria* 1995;15:412-3.

22. Michel K, Waeber V, Valach L, Arestegui G, Spuhler T. A comparison of the drugs taken in fatal and nonfatal self poisoning. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:184-9.

23. Bille-Brahe U, Jessen G. Repeated suicidal behavior: a two-year follow-up. *Crisis* 1994;15:77-82.

24. Nordström O, Asberg M, Aberg-Wistedt A, Nordin C. Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:345-50.

25. Isacson G, Wasserman D, Bergman U. Self-poisonings with antidepressants and other psychotropics in an urban area of Sweden. *Annals of Clinical Psychiatry* 1995;7:113-8.

26. Michel K, Runeson B, Valach L, Wasserman D. Contacts of suicide attempters with GPs prior to the event: a comparison between Stockholm and Bern. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:94-9.

27. Hawton K. Self-poisoning and the general hospital [editorial]. *QJ Med* 1996;89:879-80.

28. Gilbody S, House A, Owens D. The early repetition of deliberate self harm. *Journal of the Royal College of Physicians of London* 1997;31:171-2.

**ANEXO
1**



Ilmo. Sr. Juez:

Pongo en su conocimiento que, a las
horas del día de de 200
ha sido atendido en este centro

D
cuya identidad:

- Conozco de propia ciencia
- Acredita mediante D.N.I. N.º

de años de edad, domiciliado en
en
n.º, con historial n.º

En el momento de ser atendido presenta las siguientes lesiones:

.....
.....
.....

cuyo pronóstico salvo complicaciones es:

- Leve
- Grave
- Muy grave

y cuyo origen según:

- declara
- apariencia es
- Acc. tráfico
- Agresión
- Acc. casual
- Otro:

.....

Lo que se notifica a V.I. para su constancia y efectos.

Fdo.:

N.º Colegiado:

Centro:

Dirección:

En, a de de 200.....

Ilmo. Sr. Juez del Juzgado de de