

INTENTO AUTOLÍTICO MEDIANTE INGESTA DE FÁRMACOS Y TÓXICOS: PERFIL PSICOSOCIAL EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA PRE-HOSPITALARIA

Teresa Pacheco Tabuenca

SAMUR – Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid

Resumen

El presente artículo pretende analizar el perfil psicosocial de aquellos sujetos que eligen como método suicida la intoxicación por sustancias y que son atendidas en la Ciudad de Madrid en vía pública. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo, encuadrándose en el Servicio de Emergencia pre-hospitalaria SAMUR – Protección Civil. En primer lugar se realiza revisión de clasificación de fármacos y tóxicos, así como de la clínica que aparece en intoxicaciones agudas por estas sustancias. En segundo lugar se analiza el perfil de 164 pacientes atendidos por ingesta de fármacos o tóxicos como método de autolisis. Los resultados reflejan que el perfil del paciente que ha cometido un intento autolítico es una mujer de 31 a 55 años que ha consumido benzodiazepinas, con patología psiquiátrica siendo el diagnóstico más frecuente la depresión, la existencia de problemas familiares o interpersonales, siendo la demanda de ayuda de día y en meses de cambio estacional. A pesar de que el gran volumen de los intentos autolíticos se producen en el domicilio propio, se puede establecer un perfil psicosocial de aquellas personas que solicitan en vía pública ayuda sanitaria de emergencia pre-hospitalaria tras haber ingerido fármacos o sustancias tóxicas como método autolítico, lo cual puede ayudar para futuros programas preventivos con población de riesgo.

PALABRAS CLAVE: *intoxicación por sustancias, fármacos, tóxicos, intento autolítico, suicidio, perfil psicosocial, emergencias.*

Abstract

This article attempts to analyze the psychosocial profile of subjects who choose to commit suicide by poisoning and are attended in the city of Madrid on the public thoroughfare. This is a descriptive and retrospective study within the framework of the pre-hospital Emergency Service--SAMUR [Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate, in English, Municipal Emergency and Rescue Assistance Service] – Civil Protection. Firstly, the classification of prescription drugs and poisons was reviewed, as well as the clinical symptoms that appear in acute intoxications by such substances. Secondly, the profile of

164 patients attended for ingestion of prescription drugs or poisons as an autolytic method was analyzed. The results reveal that the profile of a patient who has committed an autolytic attempt is a female between 31 and 55 years of age who has consumed benzodiazepines, with a psychiatric pathology, the most frequent diagnosis being depression, family or interpersonal problems, and the request for help occurs in the daytime and in the months of seasonal change. Despite the fact that a large number of autolytic attempts occur at home, the psychosocial profile of the people who ask for pre-hospital emergency health assistance on the public thoroughfare after having ingested prescription drugs or toxic substances as an autolytic method can be established, which can help design future preventive programs with at-risk population.

KEYWORDS: *substance intoxication, prescription drugs, poisons, autolytic attempt, suicide psychosocial profile, emergencies.*

Introducción

Durkheim define el suicidio como toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado. La tentativa es el mismo acto definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte (Durkheim, 1985).

Posteriormente a esta definición se encuentran planteamientos que cuestionan la intencionalidad del sujeto suicida donde no siempre es la de matarse, si no que se encuentran casos en los que a través de este acto se intenta conseguir cambios en su mundo externo y conseguir cosas que hasta el momento de otra forma no se han conseguido.

Existen numerosas clasificaciones del acto suicida, pudiendo distinguir el suicidio donde el resultado es mortal, autoinflingido y con conocimiento del sujeto de que su conducta tendrá como resultado la muerte; tentativas de suicidio donde el resultado no es mortal, es autoinflingido y con conocimiento o expectativa de que su acción lleva a la muerte, su conducta puede o no tener consecuencias lesivas; y por último, el parasuicidio, donde el resultado no es mortal, es autoinflingido a través de un acto que lleva a dañarse o a las sobredosis de una sustancia.

En la misma línea, han aparecido datos epidemiológicos que distinguen la población donde el fin último del acto suicida es la muerte, de aquellos donde el resultado no es fatal. Se encuentran casos diferentes de tentativas suicidas, aquellos denominados parasuicidios donde la población mayoritaria es más joven, principalmente del sexo femenino, donde el desencadenante ha sido un

conflicto interpersonal el cuál genera un acto impulsivo, que ha sido verbalizado anteriormente, el método empleado es de baja letalidad y donde existe una alta probabilidad de ayuda de otras personas; por otro lado, están los suicidios frustrados donde la población que lo ejecuta son principalmente varones de edad avanzada, siendo un acto planificado donde el desencadenante son conflictos interpersonales y el método empleado es de alta letalidad y donde existe baja probabilidad de ayuda de otras personas en el momento de la ejecución del acto (Mann, 1987).

En la actualidad, existen datos oficiales aunque no “reales” sobre el suicidio consumado. En España, en el año 2006 se estima que hubo 1806 suicidios consumados y 211 tentativas de suicidio (INE, 2007). Sin embargo, las tentativas de suicidio son un fenómeno poco estudiado, aunque si que se ha observado un aumento considerable principalmente entre los jóvenes, problema ante el cuál la OMS advierte, destacando el gran número de casos de suicidios no letales a los que nos enfrentamos a nivel mundial, considerándose un grave problema de salud pública. Al año mueren alrededor de un millón de personas por este motivo, lo que supone un 1,8% del total de los fallecimientos y sitúa al suicidio como la undécima causa de muerte en el año 1998 (OMS, 2002).

Existen numerosos métodos de suicidio, siendo uno de los sistemas de clasificación más completos la Escala de Letalidad del Intento Suicida (Lethality of Suicide Attempt Rating Scale), que fue publicada por Smith y cols (1984) y donde se distinguen 8 grandes categorías: Fármacos y drogas con efectos sedantes, fármacos y drogas sin efectos sedantes y otras sustancias ingeridas, armas de fuego, autoinmolación, ahogamiento, cortes, defenestración y ahorcamiento.

Normalmente el método utilizado dependerá de varios factores, los métodos más violentos y letales como el ahorcamiento y la precipitación al vacío, se emplean en los suicidios consumados, mientras que los métodos no violentos como la intoxicación por fármacos, se dan más en casos de parasuicidios o tentativas; por otro lado, otros de los factores que determinan la elección de uno u otro método será la accesibilidad al método, el género, factores culturales, factores de imitación y la presencia de determinada patología mental.

El presente estudio pretende, por tanto, clarificar cuales son las características psicosociales de aquellas personas que en concreto eligen como método suicida, la intoxicación por sustancias y que son atendidas en la Ciudad de Madrid en vía pública.

Fármacos y /o tóxicos frecuentemente empleados en tentativas suicidas

En primer lugar se va a realizar una revisión de la clasificación de los principales fármacos y tóxicos que pueden emplearse para un intento autolítico, así como la clínica que aparece en casos de intoxicación aguda.

Antidepresivos

Medicamento diseñado inicialmente para tratar o aliviar los síntomas de la depresión clínica. Algunos antidepresivos, notablemente los tricíclicos, se usan comúnmente en el tratamiento del dolor neuropático, también se usan para el tratamiento de los trastornos de ansiedad así como los antidepresivos tricíclicos se usan en el tratamiento de síndromes que cursan con dolor crónico. Las clases principales de antidepresivos tienen una eficacia similar, pero se supone que los tipos más nuevos, en general, tienen un perfil de efectos colaterales más benignos y un menor riesgo de letalidad en el caso de sobredosis (Véase tabla 1).

Tabla 1. Grupo de Psicofármacos: *Antidepresivos*

PSICOFÁRMACO	SUBGRUPO	PRINCIPIO ACTIVO
ANTIDEPRESIVO	Tricíclicos y Tetracíclicos	Amitriptilina
		Imipramina
		Clorimipramina
		Maprotilina
		Desipramina
		Nortriptilina
		Trazodona
Mianserina		
ANTIDEPRESIVO	IMAO	Nardelcina
		Meclobamina
ANTIDEPRESIVO	ISRS	Fluvoxamina
		Fluoxetina
		Paroxetina
		Sertralina
		Citalopram
Nefazodona		
ANTIDEPRESIVO	IRSN	Venlafaxina
ANTIDEPRESIVO	ISRN	Reboxetina
ANTIDEPRESIVO	NaSSA	Mirtazapina

Los fármacos antidepresivos se ven envueltos en numerosos intentos autolíticos, distinguiéndose los tricíclicos que son de mayor toxicidad y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) como los más seguros, al originar raramente efectos tóxicos. La clínica que presentan aquellas personas con intoxicación de antidepresivos tricíclicos son principalmente: pupilas dilatadas y poco reactivas; visión borrosa y boca seca, retención urinaria; depresión del SNC, con desorientación, confusión, ataxia y coma; temblores, alucinaciones, hipertonía, agitación, convulsiones (sobre todo en niños y adolescentes) y afectación cardiaca. Por otro lado la clínica de los IMAO puede tardar en aparecer hasta 12-18 horas y presentar ansiedad, temblores, rigidez muscular, enrojecimiento facial, dolor precordial, sudoración, palpitaciones, taquicardia o taquipnea, somnolencia, vértigos y ataxia; arritmias cardiacas o crisis hipertensivas; y cuadros severos con convulsiones, depresión profunda del SNC, coma y alternancia de rigidez (Roig, Simó y Bañó, 2000).

Hipnosedantes o Ansiolíticos

Fármaco con acción depresora del sistema nervioso central, destinado a disminuir o eliminar los síntomas de la ansiedad (taquicardia, sensación de ahogo, insomnio, terrores nocturnos, pesadillas, sensación de pérdida del conocimiento, etc.). También se ha reconocido su efecto para tratar otros trastornos o enfermedades como el trastorno bipolar y la epilepsia.

Los dos grandes grupos de esta clase son los barbitúricos y las benzodiazepinas (Véase tabla 2). En la actualidad, los ansiolíticos que gozan de mayor reputación son las benzodiazepinas, sin embargo, antes del descubrimiento de esta familia, los barbitúricos eran los agentes ansiolíticos por excelencia. Éstos se caracterizan por una mayor incidencia de efectos secundarios, ya que producen una depresión más generalizada del sistema nervioso. Los barbitúricos tienen un margen de seguridad muy estrecho; por esto se registraron en la literatura especializada numerosos casos de sobredosis accidentales. La intoxicación aguda por ingesta de barbitúricos se ha relacionado históricamente con una tasa de mortalidad inaceptable para los parámetros de la medicina actual. La evaluación riesgo-beneficio, motivó su abandono definitivo como agente ansiolítico. Sin embargo, este balance resulta aún favorable en lo que respecta a su potencial terapéutico como anticonvulsionante, para casos específicos que no responden a la terapéutica convencional.

En la década de los 80, los fármacos más empleados para las tentativas de suicidio eran los antidepresivos tricíclicos, mientras que en la actualidad son los nuevos antidepresivos (principalmente los ISRS) y las benzodiazepinas (Beerworth, 1998). Estas últimas, poseen un excelente margen de seguridad y un

amplio índice terapéutico, además de ser los hipnosedantes más seguros, puesto que la intoxicación mortal por estos fármacos requiere de dosis masivas para su consumación ya que no provocan depresión respiratoria profunda, salvo que se asocie a intoxicación por otros depresores del SNC y/o alcohol, o bien se trate de ancianos o sujetos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Roig, Simó y Bañó, 2000).

Existen una clasificación según su vida media, distinguiendo las benzodiazepinas de acción corta como el Alprazolam (Tranquimazin), Midazolam (Dormicum), Lorazepam (Orfidal, Idalprem), Lormetazepam (Loramet, Noctamid), entre otros; y Benzodiazepinas de acción larga como el Bromazepam (Lexatin), Cloracepato dipotásico (Tranxilium), Diazepam (Valium), Flunitrazepam (Rohipnol), Flurazepam (Dormodor), entre otros (Roig, Simó y Bañó, 2000).

La clínica presentada por la intoxicación por benzodiazepinas deriva de su acción sedante sobre el SNC: sedación, somnolencia, disartria, incoordinación motora, alteración del nivel de consciencia e hipotonía generalizada. En un grado superior se puede encontrar coma, depresión respiratoria, hipotensión o hipotermia, así como en pacientes psiquiátricos se han observado casos de excitación paradójica.

Como ya se ha dicho actualmente el empleo de los barbitúricos es mínimo, sin embargo, no podemos dejar a un lado que la sobredosis de este compuesto es de alta letalidad ya que actúan deprimiendo de modo reversible la actividad e todos los tejidos excitables, pudiendo provocar todos los grados de depresión central.

Existe una clasificación en función de la duración de acción, distinguiendo los de acción larga como Fenobarbital (Luminal), Mefobarbital (Mebaral) y Metobarbital; de acción corta-intermedia como Amobarbital (Amytal), Aprobarbital (Alurate), Butobarbital (Butisol), entre otros; de acción ultracorta como Tiopental (Pentotal), Metohexital (Brevital), entre otros. Sus efectos se potencian si se ingieren junto con otros depresores del SNC o alcohol. La clínica distingue principalmente los efectos sobre el SNC: sedación, somnolencia, disminución del nivel de consciencia y de la actividad motora, vértigo y ataxia a bajas dosis e intoxicación grave con síntomas como el coma, depresión respiratoria, hipotensión, etc.; efectos cardiovasculares y de coma prolongado (Roig, Simó y Bañó, 2000).

Tabla 2. Grupo de Psicofármacos: *Hipnosedantes y Ansiolíticos*

PSICOFÁRMACO	SUBGRUPO	PRINCIPIO ACTIVO
ANSIOLÍTICOS	Benzodiazepinas	Diazepam
		Clordiazepóxido
		Cloracepato
		Loracepam
		Bromacepam
		Temacepam
		Oxacepam
		Alprazolam
HIPNÓTICOS	Azapironas	Buspirona
	Benzodiazepinas	Nitrazepam
		Fluracepam
		Triazolam
	Imidazopirinas	Zolpidem
Ciclopirrolonas	Zopiclona	

Neurolepticos

Son fármacos empleados principalmente en el tratamiento de la esquizofrenia, fase maníaca de los trastornos bipolares, psicosis orgánicas y otros cuadros psicóticos graves. Existe una clasificación de estos fármacos que distingue:

Neurolepticos típicos o clásicos:

- Fenotiazinas (Largactil, Modecate, Sinogan, Meleril, Eskazine, entre otros)
- Butirofenonas (Haloperidol, Orap, entre otros)
- Tioxantenos (Navane, Clopixol)
- Benzamidas (Tiaprizal)
- Otros (Loxapina y Molindona)

Neurolepticos nuevos o atípicos:

- Clozapina (Leponex)
- Olanzapina (Zyprexa)
- Sulpiride (Dogmatil)
- Risperidona (Risperdal)
- Neurolepticos en fase de ensayo clínico o fase de desarrollo experimental

La intoxicación aguda por su causa es excepcional, debido a su amplio índice terapéutico, sin embargo, poseen numerosos efectos secundarios. En caso de intoxicación de estos fármacos la clínica presenta efectos sobre el SNC (disminución del nivel de consciencia, estupor, coma, etc.); efectos sobre el sistema extrapiramidal, efectos anticolinérgicos, efectos sobre el aparato cardiovascular y problemas respiratorios (Roig, Simó y Bañó, 2000).

Sales de Litio

Han sido utilizadas en la terapéutica desde hace aproximadamente 30 años, siendo su nombre comercial más conocido Plenur. Su eficacia y especificidad, han sido claramente demostradas como agente preventivo o profiláctico en la psicosis maníaco-depresiva y en depresiones psíquicas recurrentes de tipo endógeno. La intoxicación con sales de litio ocurre por sobredosis. Esta puede ser aguda (intentos suicidas) o crónica: por falta de control terapéutico, desarrollo de afecciones renales o cambio en la ingestión inicial de sodio. En casos graves y agudos se observa un rápido desarrollo del cuadro tóxico, con pérdida de la conciencia y coma, gruesos temblores, rigidez e hipertonia muscular. Pueden aparecer también convulsiones y síntomas neurológicos, depresión respiratoria y muerte. En caso de sobredosis crónica, la aparición de los síntomas tóxicos, es progresiva y gradual con síntomas prodómicos durante varios días: náuseas y vómitos intensos, diarrea marcada, temblores gruesos, somnolencia, vértigo y dificultad para hablar (Malgor y Valsecia, 2006).

Otro tóxico que frecuentemente podemos encontrar como método para el acto suicida junto con la ingesta de fármacos es:

Alcohol etílico o etanol

Es el agente etiológico implicado con mayor frecuencia en las intoxicaciones agudas en nuestro medio, existiendo numerosos casos en los que se asocia al consumo de otras drogas o fármacos. Según el nivel de alcohol en sangre, la clínica puede variar desde grados leves con alteración de la coordinación motora y aumento en el tiempo de respuesta a estímulos, hasta niveles elevados pudiendo llegar a situación de coma y depresión respiratoria.

Método

Muestra

Se partió del número total de intervenciones realizadas en el 2007 por el Servicio de Emergencia pre-hospitalaria SAMUR-Protección Civil (128.145 atenciones), de las cuales 444 tuvieron una demanda inicial por casos de intoxicación por fármacos y/o productos tóxicos. Así mismo, de las 32.697 atenciones que realizaron las Unidades de Sопote Vital Avanzado (USVA) durante el año 2007, se seleccionaron aquellas cuya codificación final correspondía a casos de intoxicación por fármacos y/o tóxicos, con el resultado final fue 283 pacientes atendidos, es decir, un 63,73% del total de estos casos y cuyos informes de asistencia cumplimentados por los facultativos se revisaron. La muestra final estuvo compuesta por 164 pacientes atendiendo a los criterios de inclusión, es decir, pacientes atendidos por SVA que verbalizaron su intención autolítica y que así se reflejaba en el informe.

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo, encuadrándose en el Servicio de Emergencia pre-hospitalaria SAMUR – Protección Civil, Servicio que realiza más de 120.000 atenciones anuales en la ciudad de Madrid en vía pública y lugares públicos.

Procedimiento

Se realizó la revisión de la base de datos de SAMUR – Protección Civil de todos los informes de asistencia cumplimentados en el año 2007 correspondientes a actuaciones finalizadas con código final CIE 9 “Intoxicación por fármacos y/o productos tóxicos”, y donde se analizaron los siguientes descriptivos de los pacientes atendidos: edad, género, momento del día, mes, verbalización de intento de suicidio, sustancia empleada, diagnóstico psiquiátrico, motivo desencadenante y anteriores intentos autolíticos.

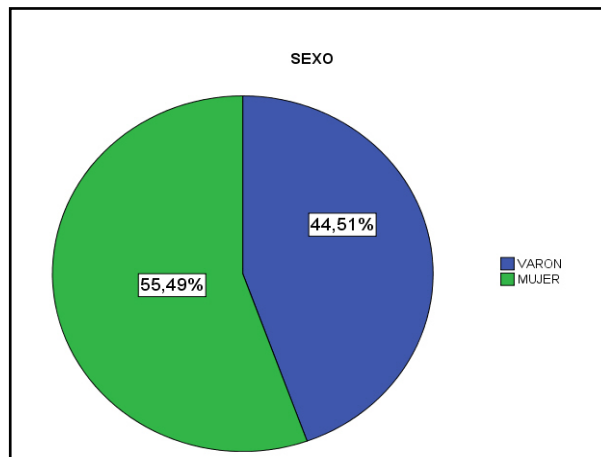
Como criterios de inclusión se estableció todo aquel sujeto atendido por Unidades de Soporte Vital Avanzado que verbalizara directamente y así lo refleja el informe de asistencia, su intención autolítica y el empleo de sustancias tóxicas para ello; por lo que se excluyeron todos los casos en los que en el informe no se reflejaran tales datos.

Los datos fueron tabulados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows, realizándose análisis estadístico descriptivo y de significatividad estadística entre las variables de estudio.

Resultados

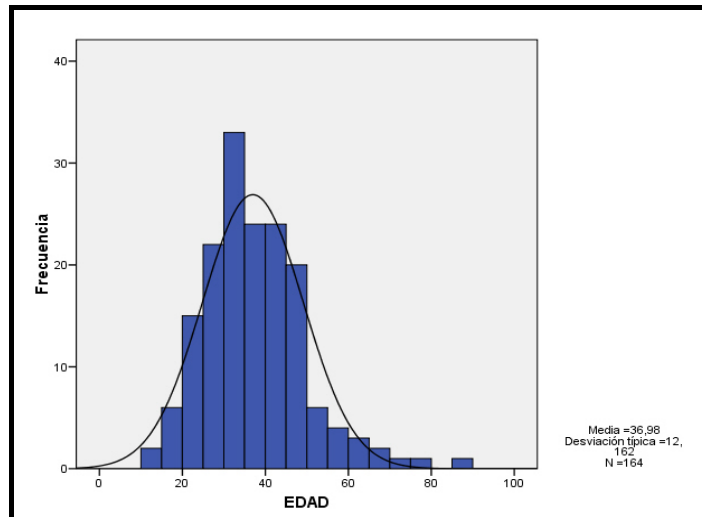
Atendiendo a las variables de estudio, los resultados obtenidos reflejan que el 44,51% corresponden a varones y 55,49% a mujeres (Gráfico 1).

Gráfico 1. Sexo



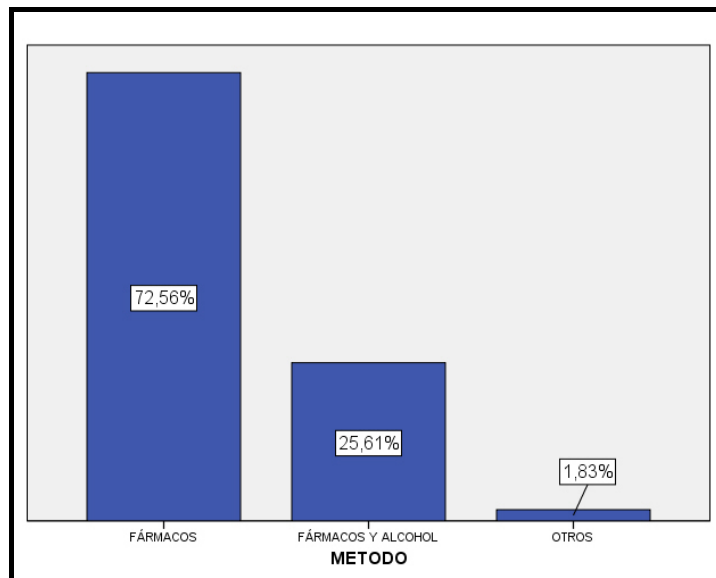
En cuanto a la variable edad, la media resulta ser de 36,98 años, con una desviación típica de 12,162 y un rango entre 14 y 87 años (Gráfico 2).

Gráfico 2. Edad



De todos ellos, sea analizó la variable método empleado para el acto suicida, obteniendo que el 72,56% empleó sólo fármacos, el 25,61% empleó fármacos y alcohol y un 1,83% que empleó otro tipo de sustancias (Gráfico 3).

Gráfico 3. Método



Dentro de la tipología de tóxicos empleados se obtiene que el 53,7% emplearon benzodiazepinas, un 21,3% que emplearon diferentes fármacos (mixto), 3,7% emplearon neurolépticos, 1,8% hipnóticos, 1,2% antidepresivos, 1,2% emplearon sustancias abrasivas, 0,6% normotímicos, 8,5% otras sustancias (extractos de plantas, paracetamol, ibuprofeno, etc.) y 7,9% donde no se especifica la sustancia ingerida (Gráfico 4).

Las variables mes y momento del día en los que se realizó el intento autolítico reflejan que los meses en los que se produjeron con una mayor frecuencia son en Junio (14%), Septiembre y Diciembre (12,8%) (Gráfico 5). En cuanto al momento del día, el 51,8% lo realizaron durante el día (07:01 – 20:59 h) y el 48,2% durante la noche (21:00 – 07:00 h), siendo las mujeres las que más frecuentemente lo realizan, siendo fundamentalmente durante el día (Gráfico 6).

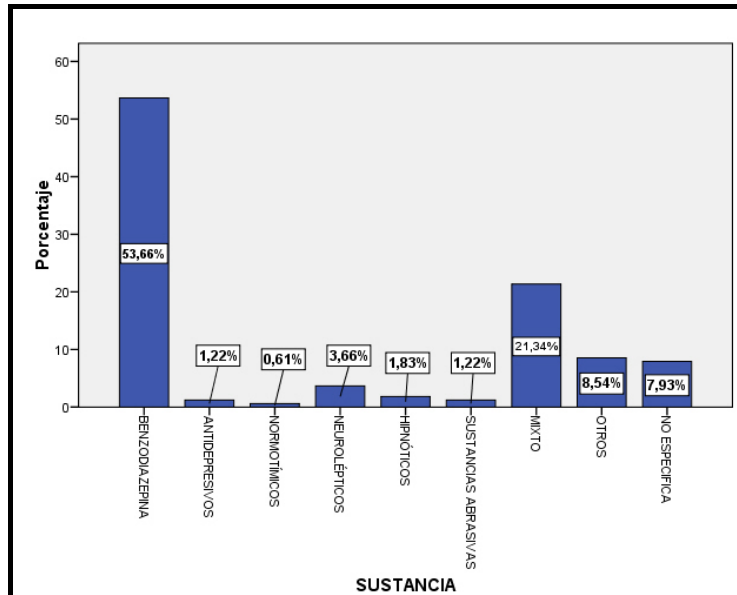
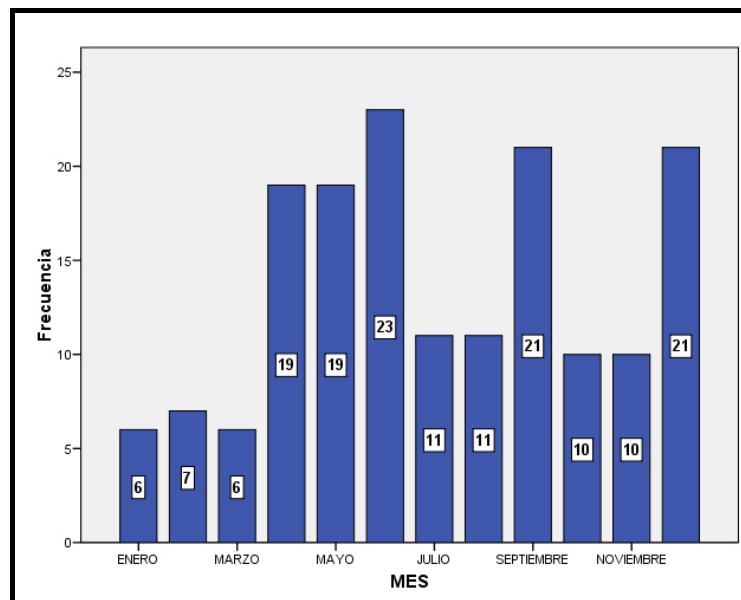
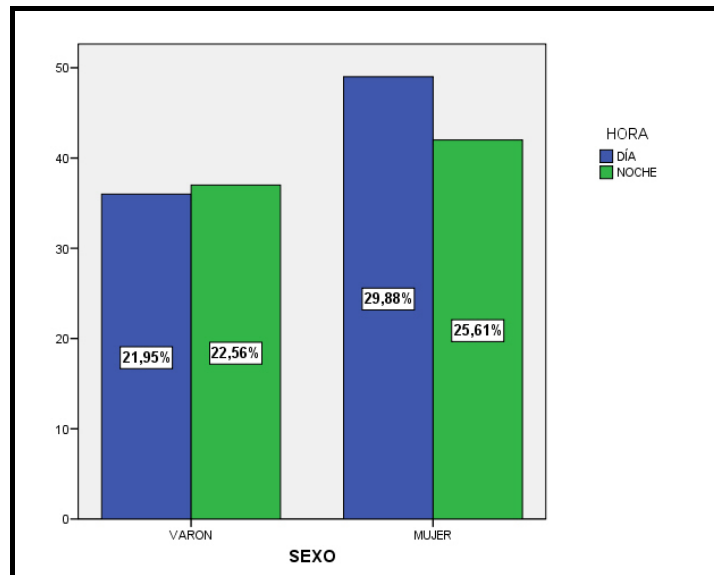
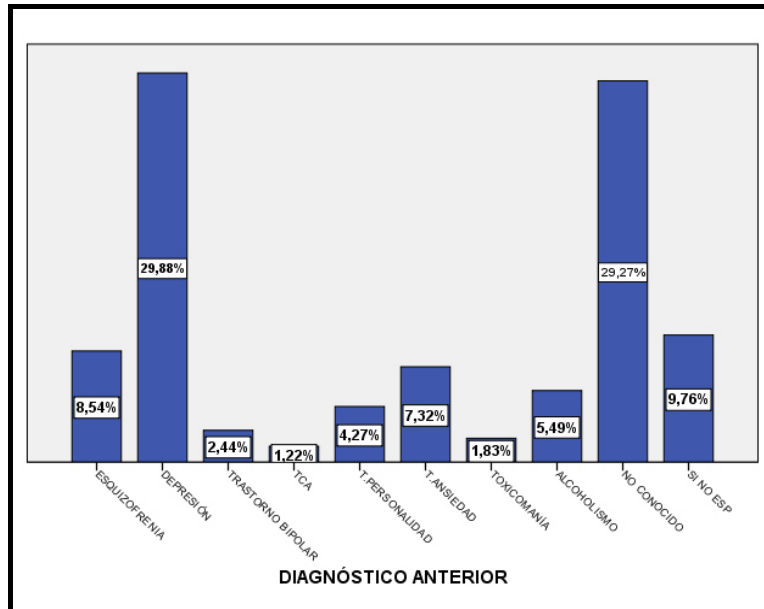
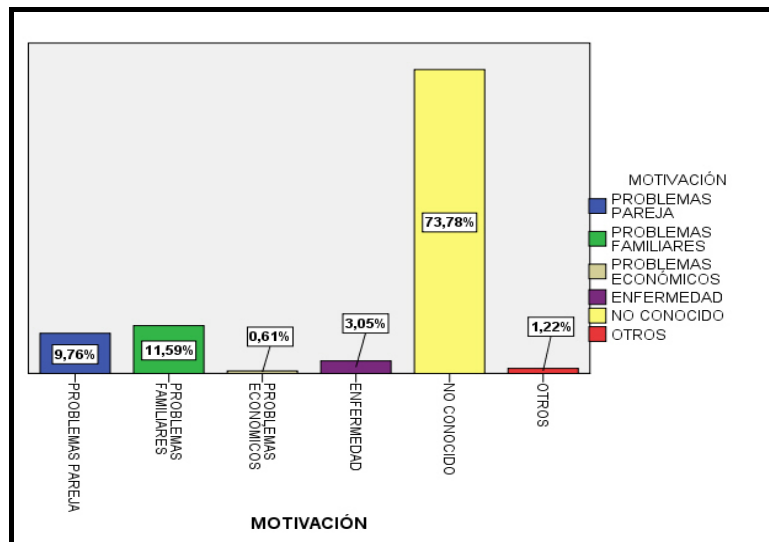
Gráfico 4. Fármaco o tóxico empleado**Gráfico 5.** Mes

Gráfico 6. Género y hora

En cuanto a la variable de si el sujeto presentaba patología psiquiátrica diagnosticada anteriormente, se obtuvieron los siguientes resultados: 29,9% tenían diagnóstico de depresión, seguidos de aquellos pacientes que en un 29,3% no se conocía si existía un diagnóstico previo y de pacientes que en un 9,8% verbalizaban tener un diagnóstico pero no especifican cuál es. Así mismo, se encontraron pacientes con diagnóstico previo de esquizofrenia (8,5%), trastornos de ansiedad (7,3%), alcoholismo (5,5%), trastorno de personalidad (4,3%), trastorno bipolar (2,4%), toxicomanía (1,8%) y trastorno de la conducta alimentaria (1,2%) (Gráfico 7).

La variable motivación o causa precipitante del acto suicida refleja que en el mayor porcentaje de los casos (73,8%) no se refleja en los informes la motivación que ha desencadenado la conducta suicida, pudiendo distinguir que en el porcentaje restante, el 11,6% corresponde a problemas familiares, el 9,8% a problemas de pareja, 3% a enfermedad física 0,6% a problemas económicos y 1,2% a otros motivos (Gráfico 8).

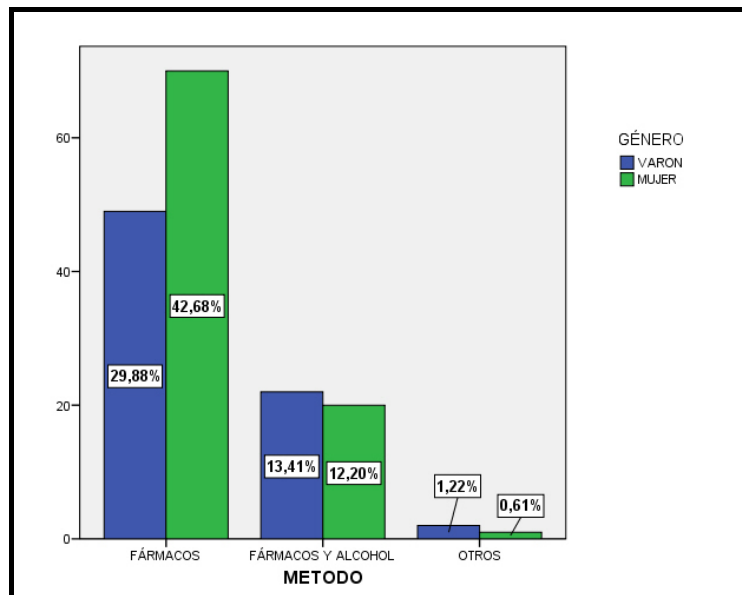
Gráfico 7. Diagnóstico previo**Gráfico 8. Motivación**

En cuanto a si han existido intentos autolíticos previos encontramos que un 14% de los pacientes verbalizan que han tenido uno o varios intentos previos, mientras que encontramos un porcentaje elevado de informes, 86%, donde no se refleja la existencia de intentos previos o no.

Posteriormente se analizaron si existían relaciones estadísticamente significativas entre diferentes variables a través de tablas de contingencia para lo que se recodificaron y agruparon ciertas variables.

Se analizó la relación entre la variable género y la elección de un método determinado (sólo fármacos, fármacos y alcohol u otras sustancias) para el intento autolítico (Gráfico 9), obteniéndose que del total de los pacientes que emplearon sólo fármacos era en un porcentaje mayoritario las mujeres con 42,68% frente a un 29,88% de varones; del total de pacientes que emplearon fármacos y alcohol el porcentaje más elevado lo tenían los varones con un 13,41% frente a las mujeres con un 12,20% y por último, de los pacientes que emplearon otras sustancias, el porcentaje mayor era de los varones con un 1,22% frente al 0,61% de las mujeres. Se calculó para estas dos variables la Chi – Cuadrado de Pearson obteniéndose un valor de 2,185 y significación asintótica de 0,335.

Gráfico 9. Género y método empleado



Igualmente se analizó la relación entre la elección de un método de suicidio determinado y el poseer un tipo de diagnóstico previo, para lo que se reagruparon en Grupo I (Depresión, TCA, Ansiedad, Toxicomanía y Alcoholismo) con un $n=75$, Grupo II (Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Trastorno de Personalidad) con un $n=25$ y Grupo III (no se conocía o no especificaba la existencia de diagnóstico previo) con un $n=61$; obteniéndose que de los 119 casos en los que se emplearon únicamente fármacos, eran aquellos que verbalizaron estar dentro del grupo de diagnósticos I los que tenían un mayor porcentaje con un 47,9%, seguido del grupo III (40,3%) y del Grupo II (11,8%). En cuanto a los 42 sujetos que emplearon fármacos y alcohol, serían también los del Grupo I los de mayor porcentaje (42,9%), frente a un Grupo II (26,2%) y Grupo III (31%). Entre ambas variables se obtuvo una Chi- cuadrado de Pearson de 5,051 con una significación de $p=0,08$.

En cuanto al análisis conjunto entre las variables sexo, diagnóstico previo y empleo de un tipo de sustancias determinado, encontramos que si eliminamos aquellos sujetos de los que no conocemos la existencia de un diagnóstico previo o no se especifica de que tipo es, la sustancia que emplean en mayor medida tanto los varones como las mujeres, son las Benzodiazepinas y en concreto, aquellos que pertenecen al Grupo I, seguidos de aquellos que emplean diferentes fármacos (mixto) y que también pertenecen al mismo Grupo I. Destaca que los varones emplean únicamente benzodiazepinas, neurolépticos, fármacos variados y otras sustancias (no psicofármacos), y sin embargo, no emplean antidepresivos, normotímicos e hipnóticos como las mujeres. También se analizaron conjuntamente las variables sexo, edad y fármaco empleado, distinguiendo dentro de la variable edad cinco rangos de (menor de 18), (19-30), (31-55), (56-75) y (mayor de 76), y dentro de la variable fármacos se diferenciaron las categorías benzodiazepinas, fármacos mayores, analgésicos – abrasivos y otros, fármacos mixtos, obteniéndose que en ambos sexos la sustancia más empleada será el consumo de sólo benzodiazepinas por el grupo de edad que comprende de los 31 a los 55 años, siendo mayor en el grupo de mujeres. Este rango de edad será el que tiene en ambos sexos el mayor número de intentos autolíticos (46 varones y 57 mujeres).

Por otro lado, la forma en la que se distribuye el resto de la muestra en función de rangos de edad y sustancia empleada es la que se muestra en la Gráficos 10 y 11.

Gráfico 10. Género, rango de edad y sustancia

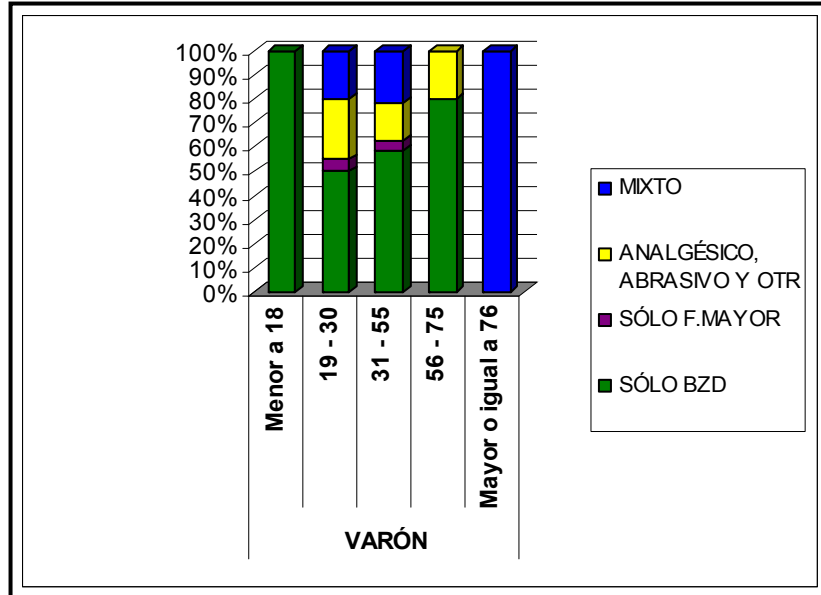
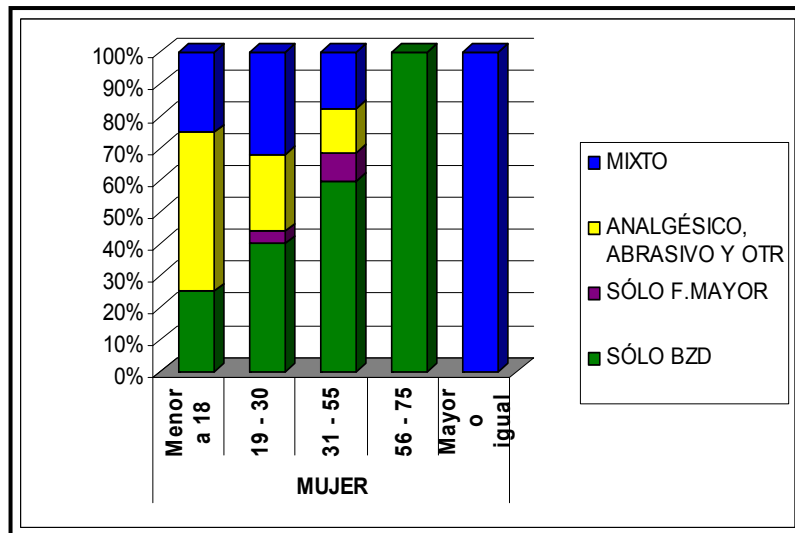


Gráfico 11. Género, rango de edad y sustancia



Conclusiones

Tras el análisis de los resultados obtenidos podemos afirmar que existe un número significativo de pacientes que demandan en vía pública un servicio de emergencia pre-hospitalaria presentando intoxicación por fármacos u otros tóxicos y cuyo fin era un intento autolítico (IA). Sin embargo, hay que contar con que el acto suicida y en concreto, mediante la ingesta de tóxicos, es una conducta normalmente íntima y que se produce en la mayoría de los casos dentro del domicilio, por lo que existe una alta probabilidad de que si la población estudiada fueran pacientes atendidos en domicilio aumentaría notablemente la población de estudio.

Se demuestra lo que la mayoría de la bibliografía presenta y es que los IA son cometidos con mayor frecuencia por mujeres y en concreto, la ingesta de fármacos es uno de los métodos más empleados por ellas, así como que el suicidio consumado es más frecuente en varones. Los datos del Estudio Multicéntrico WHO/EURO (1996) ponen de manifiesto que a pesar de las diferencias existentes entre países, el método más utilizado en tentativas suicidas es la sobredosis por psicofármacos, siendo en un 80% cometido por mujeres y en un 64% por hombres.

En cuanto al rango de edad, se obtienen los mismos datos obtenidos que en otro estudio realizado por Mateos et al. (2007) de IA atendidos en la Comunidad de Madrid, donde la media de edad era de 37 años, rango de 14 a 92 años. Destacar que no existen datos de casos de IA en sujetos menores de 14 años.

El tipo de sustancias empleadas son principalmente sólo psicofármacos, aunque no podemos olvidar el porcentaje de sujetos que consumen alcohol previamente o durante el IA, bien como parte del acto suicida o para activar los efectos de los fármacos y así aumentar su letalidad, o como facilitador de la conducta produciendo una mayor desinhibición e impulsividad.

En cuanto al tipo de sustancia más empleada, son las benzodiazepinas, seguidas por aquellos que mezclan diversos fármacos con el mismo fin. Hay que destacar, por tanto que los fármacos más empleados son los más prescritos por los facultativos, es decir, el sujeto decide, en parte, el método de suicidio por una mejor accesibilidad al método, así como por tener disponible en todo momento el o los fármacos.

En cuanto al momento del día y época en que se producen más número de IA mediante sobredosis son de día (07:00 a 20:59 horas) y en meses de cambio estacional. Los datos encontrados referentes a suicidios en España durante los años 2004-2006 reflejan que los meses donde existe más incidencia es en Marzo, Junio y Septiembre (INE, 2007).

Se demuestra la existencia de patología psiquiátrica previa en un elevado porcentaje de los sujetos, destacando en mayor parte aquellos que poseían un diagnóstico de depresión. Gabilondo et al. (2007), encuentran en un estudio de prevalencia y factores de riesgo en suicidio, que la presencia de un trastorno mental se asocia con un aumento del riesgo en todas las categorías diagnósticas estudiadas, especialmente alto en el episodio depresivo mayor.

En los últimos años, se ha dado nuevamente importancia a la concepción patológica del suicidio. Diferentes estudios ponen de manifiesto que entre un 90 y un 98% de los sujetos suicidas padecen un trastorno mental, y que la depresión, el alcoholismo y la esquizofrenia son los diagnósticos más frecuentes, datos que quedan demostrados igualmente en nuestra muestra de estudio.

Existen otros estudios sobre ciertas patologías psiquiátricas y su relación con el suicidio.

Bleuer (1993) en su obra, afirmaba que el comportamiento suicida es el síntoma más grave de la esquizofrenia y posteriormente se han encontrado datos que refieren que un 10% de las personas con esquizofrenia se suicidan y que entre un 20 – 40% realizan tentativas suicidas (Modestin, 1992). En otro estudio se demuestra que hubo marcadas diferencias entre las distintas fases de personas diagnosticadas de trastorno bipolar respecto a los intentos suicidas y nivel de ideas suicidas. La desesperación pronosticó la conducta suicida durante la fase depresiva, mientras que una clasificación subjetiva de mayor severidad de depresión y una edad más joven pronosticó intentos de suicidio durante las fases mixtas (Valtonen et al, 2007). En cuanto a la relación entre trastorno de ansiedad y suicidio, no existen datos concluyentes, ya que en un estado puro de este trastorno no hay mayor incidencia de tentativa o consumación suicida, aunque si que si que se ha encontrado que este tipo de trastorno se asocia al comportamiento suicida cuando existían a su vez en el sujeto otro tipo de trastornos (depresión, abuso de sustancias o trastorno antisocial de la personalidad) (Allgulander, 2001).

Otro de los aspectos estudiados ha sido cuales eran las causas precipitantes o motivación que activaba el comportamiento suicida, obteniéndose que se trataba principalmente de factores sociales y familiares. La gran mayoría de los casos de episodios de intoxicación por fármacos o tóxicos no mortales, presentan una baja intencionalidad suicida, baja letalidad y normalmente responden a una actuación impulsiva y poco reflexionada, como respuesta a problemas familiares o interpersonales. Por tanto, los datos obtenidos en nuestra muestra van en esta línea, donde en aquellos casos en los que se ha evaluado el motivo desencadenante del IA principalmente eran problemas familiares y de pareja. Sin embargo, en este punto existe una limitación importante en el estudio, ya que existe un porcentaje muy alto de personas a las que o no se les pregunta directamente durante la asistencia porqué lo han hecho

o bien, simplemente no lo dicen. Sería por tanto, un aspecto que sería conveniente que siempre se valorara.

La incidencia de de IA previos se ha valorado en este estudio, sin embargo, ha contado nuevamente con la falta de información, ya que en un porcentaje muy alto, no se reflejaba en el informe. Sin embargo, si podemos decir que existía un porcentaje de sujetos que afirmaban haber tenido uno o varios intentos previos. La bibliografía revela que la repetición de autolesiones deliberadas son un claro factor de riesgo del suicidio, considerándose uno de los mejores predictores de riesgo en mujeres jóvenes (Zahl, 2004).

Según los análisis estadísticos realizados, no existe relación estadísticamente significativa entre las variables género - método empleado y método - diagnóstico. Sin embargo, en primer lugar, aparece una tendencia de que las mujeres suelen realizar más IA con sólo fármacos y que los hombres prefieren mezclar fármacos y alcohol. Existen datos en la bibliografía que confirman esta relación, obteniéndose que el consumo de alcohol en las tentativas es más frecuente en hombres que en mujeres. En segundo lugar, se observa que los sujetos con diagnóstico Grupo I son aquellos que presentan una mayor incidencia de IA, empleando principalmente sólo fármacos. También podemos destacar que el Grupo II que presenta sujetos con sintomatología psicótica, tienden a emplear en mayor medida fármacos y alcohol, sin embargo, en la bibliografía no se encuentran resultados unánimes al respecto. Con estos resultados, nos planteamos si quizás con una muestra más amplia podría existir relación entre ambas variables estadísticamente significativa.

El análisis conjunto de las variables género, diagnóstico previo y sustancia empleada, determina nuevamente que la sustancia más empleada serán las benzodiazepinas y en concreto por el Grupo I, así como que los varones y mujeres no suelen emplear el mismo tipo de sustancias.

En cuanto a las variables género, edad y fármaco, aparecen datos que confirman que los IA son realizados principalmente por mujeres con edades comprendidas entre los 31 y 55 años, mediante benzodiazepinas. También destacar que existe variabilidad en cuanto a la edad, género y sustancia puesto que nos encontramos que los varones menores de 18 años sólo emplean benzodiazepinas, así como los adultos de 56 a 75 años emplean benzodiazepinas, analgésicos, abrasivos y otras sustancias que no son psicofármacos, y los mayores a 75 años emplean sólo fármacos mixtos. Dentro del otro grupo, las mujeres menores de 18 años no emplean fármacos mayores, las de 56 a 75 años sólo emplean benzodiazepinas y las mayores a 75 años emplean como los varones fármacos mixtos.

Como conclusión final, podemos afirmar que a pesar de que el gran volumen de los IA se producen en el domicilio propio, se puede establecer un perfil psicosocial de aquellas personas que solicitan en vía pública ayuda

sanitaria de emergencia pre-hospitalaria tras haber ingerido fármacos o sustancias tóxicas como método autolítico, caracterizándose por ser mujer de 31 a 55 años, mediante la ingesta de benzodiazepinas, durante el día y en meses de cambio estacional, con patología psiquiátrica, principalmente trastornos del estado del ánimo y esquizofrenia y existencia de problemas familiares o interpersonales.

Dado el grave problema de salud pública que supone el suicidio, se considera de especial importancia que la información transmitida en el presente estudio pueda servir para conocer mejor la población atendida en emergencia pre-hospitalaria; así como también para poder desarrollar futuros programas preventivos con esta población de riesgo y el control de la accesibilidad que presenta la población a psicofármacos y tóxicos.

Referencias

- Allgulander, C., Lavori PW. (2001). A prospective study of 86 new patients with social anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 103: 447-452.
- Beerworth, E.E., Tiller, J.W.G. (1998). Liability in prescribing choice: the example of the antidepressants. *Aust NZ J Psychiatry*; 32:560-566.
- Bleuer, E. (1993). *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, 2ª edición., Buenos Aires:Lumen.
- Durkheim, E. (1985). *El suicidio*. Madrid. AKAL.
- Gabilondo, A., Alonso, J.,Pinto, A. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española: resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, Vol. 129, nº 13: 494-500.
- Instituto Nacional de Estadística (2007). Encuesta de Suicidio en España. En <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft18/p427&file=inebase&L=0>.
- Malgor, L.A., Valsecia, M.E. (2006). *Farmacología Médica. Farmacología del SNC y psicofármacos*. Vol. 5, cap.15: 153-161. En http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/temas_farma/volumen5/15_litio.pdf.
- Mann, JJ. (1987). Psychobiologic predictors of suicide. *J Clin Psychiatry*, 48 (suppl 12): 39-43.
- Mateos, A.A, Huerta, A, Benito, M.A. (2007) Características epidemiológicas del intento autolítico por fármacos. *Emergencias*, 19: 251-254.
- Modestia, J.,Zarro, I., Waldvogel,D. (1992) A study of suicide in schizophrenic in-patients. *Br J Psychiatry*; 160:398-401.
- Organización Mundial de la Salud, (2002). Informe mundial sobre violencia y salud: resumen, 23-25.
- Roig,M.J., Simó, Mª D., Bañó,M. (2000). *Manual de Intoxicaciones Agudas*. Ed. Castelló d Impressió.

- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., et al. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 93:327-338.
- Smith, K. et al. (1984). Lethality of Suicide Attempt Rating Scale. *Suicide Life Threat Behav*; 14: 215- 242.
- Valtonen, H., Suominen, K., Mantere, O. et al. (2007). Conducta suicida durante las diferentes fases del trastorno bipolar. *J Affect Disord. Ene*; 97(1).
- Zahl, D.; Hawton, K. (2004). Repetición de la autolesión deliberada y del riesgo subsiguiente de suicidio: Estudio complementario a largo plazo de 11583 pacientes. *British Journal of Psychiatry. JUL*;185(7):70-75.