

Papel del psiquiatra en las intoxicaciones agudas

B. Sarró

Subdivisió de Psiquiatria. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona

La definición de tentativa de suicidio recogida por Schneider¹ en 1954, en su estudio epidemiológico *La tentative de suicide. Étude statistique, clinique, psychologique et catamnesticque*, sirve para introducir mi orientación como psiquiatra en la asistencia de las tentativas de suicidio y la compleja evaluación del riesgo suicida posterior a crisis suicida: «Se trata de un suicidio fracasado, sea cuál sea la razón de su fracaso (método inadecuado, intervención de terceros, tratamiento efectivo, etc.)» y que toma la muerte como un medio o como un fin.

El acto suicida es un síntoma complejo influido tanto por variables externas como intrapsíquicas, y puede expresar problemas biológicos, psicológicos y/o sociales, pero citando a Shneidman², esencialmente es un problema existencial que actúa muchas veces como respuesta a necesidades frustradas.

En casos individuales la experiencia clínica y psicoterápica muestra que pueden ser prevenidos algunos suicidios, pues muchas crisis suicidas tienen unas características de: a) duración limitada en el tiempo; b) ambivalencia tanto frente a la vida como frente a la muerte; c) ruptura de la comunicación diádica, y d) expresión del sufrimiento individual, que permiten la intervención terapéutica a través de la contención y comprensión del estado de crisis.

Pero ¿qué hay de común entre las siguientes tentativas de suicidio? Una adolescente de 14 años se dispara un tiro en la sien por temor a no pasar un examen, siendo buena estudiante; una mujer de 30 años, abandonada por su pareja que la maltrata desde hace 10 años, ingiere varios fármacos, pues no tolera la separación; una mujer de 80 años intenta defenestrarse al año de viudez, con vivencias melancólicas de incapacidad y culpa; un hombre de 50 años ingiere antidepressivos porque cree que su pareja lo rechaza por tener problemas económicos; un varón de 30 años siente insatisfacción por su trabajo artístico e intenta cortarse las venas; una persona frente al suicidio consumado de un fa-

miliar realiza varias tentativas de suicidio con diversos métodos en el curso de un año, etcétera.

En la entrevista inicial posttentativa, casi todas las personas expresan vivencias de desesperanza, indefensión, ansiedad, tristeza, agresividad, etc. Algunas de ellas expresan un sufrimiento que parece coincidir con situaciones o hechos reales, pero en su mayoría parece que su reacción es desproporcionada a las circunstancias.

La evaluación del riesgo suicida es muy compleja. Diversos autores^{3,5} han planteado que los factores de riesgo son de un valor limitado para predecir el suicidio consumado, pues su tasa de fiabilidad es escasa, despiñándose en las distintas escalas de predicción: demasiados falsos positivos. Ante esta realidad, que en la práctica clínica se evidencia continuamente, Pokorny⁴ escribió que la «identificación y el tratamiento del paciente suicida en la práctica clínica consiste en una sucesión de pequeñas decisiones». Estamos de acuerdo con esta afirmación y también en que la literatura de la suicidología es voluminosa, diversa y algunas veces contradictoria⁶, pero a pesar de ello hay indicadores epidemiológicos y clínicos que permiten evaluar y tratar la tentativa suicida⁷.

Por otra parte, tenemos las actitudes personales del equipo asistencial que también determinan distintos tipos de respuesta profesional, con actitudes de protección o rechazo que van condicionadas a prejuicios aceptados por el «sentido común» cultural y social que impiden asumir el acto suicida como demanda asistencial hospitalaria, excepto cuando presenta gravedad orgánica. En un estudio de Sarro et al de 1985 (no publicado) se valoraban a través de un cuestionario que se administró a 27 médicos internistas, 55 psiquiatras y 44 ATS de los servicios de urgencias y de asistencia psiquiátrica, siete actitudes frente a las tentativas de suicidio y suicidio consumado.

Los resultados significativos frente a la tentativa de suicidio fueron: a) la muestra de psiquiatras expresaba más ansiedad que el estamento

TABLA I
TIEMPO DE REPETICIÓN DE TENTATIVA
DE SUICIDIO: 121 CASOS (1986)

No hubo anterior tentativa de suicidio	42,1 %
Repiten tentativa en las primeras 24 horas	3,3 %
Repiten tentativa de las 24 horas al día 7	11,6 %
Repiten tentativa del día 8 al año	27,3 %
Repiten tentativa en los próximos años	15,7 %
Total de tentativas	100 %
Repiten tentativas en el curso del primer año	42,2 %

de ATS; b) los médicos internistas sentían más frustración y tristeza que los ATS; c) los psiquiatras expresaban más empatía que los internistas y los ATS; d) no había diferencias significativas en las actitudes de frustración, culpa, tristeza y rechazo entre psiquiatras y ATS, y e) no se obtenían diferencias en las actitudes de ansiedad, culpa, rechazo y empatía entre internistas y ATS.

Asistencia psiquiátrica en la intoxicación aguda voluntaria

La introducción del papel del psiquiatra en las tentativas de suicidio a través de las actitudes que provocan en el equipo sanitario, se ve reforzada al hablar puntualmente sobre las IMV pues al utilizar como método los fármacos, provocan ya una primera descalificación médica, por valorar que se trata de un método con menor riesgo letal, un mecanismo «suave» por oposición a los métodos calificados clásicamente como «violentos», y dar como conclusión que son personas que no desean verdaderamente morir. Todo esto provocó durante los años setenta en los servicios de urgencia por parte del médico internista una utilización que podía parecer algunas veces abusiva del lavado de estómago, que además de la finalidad terapéutica parecía a veces utilizado indirectamente como «castigo» y por parte del psiquiatra una referencia sistemática a la nosografía psiquiátrica centrada en el diagnóstico, también abusivo, de trastornos histérico o depresivo y dando como oferta terapéutica una medicalización rápida, con negación de toda referencia a la muerte o a la ambivalencia con la vida.

Actualmente la asistencia psiquiátrica a las tentativas suicidas en los servicios de urgencia hospitalarios plantea otros aspectos asistencia-

les: la ruptura entre los cuidados orgánicos y los psíquicos que ha sido y es todavía frecuente, excepto alguna experiencia local, cuando tendrían que ir coordinados, una vez controlado el aspecto orgánico, desde el momento de la demanda de atención de la tentativa de suicidio en urgencias o en el momento del despertar del estado de coma, y la necesidad de una hospitalización breve, lo cual presenta implicaciones positivas y negativas. Puede servir en un primer momento como contención del estado de crisis y el riesgo de repetición del acto suicida y evitar la negación de su problemática, pero puede aumentar los aspectos regresivos y provocar situaciones de hospitalismo, tanto por parte de la persona que ha realizado la tentativa como a veces por el entorno, que deriva su responsabilidad al hospital. Creemos que podría tener utilidad una estancia breve de unas 72 horas, para poder evaluar más profundamente el diagnóstico psiquiátrico, orientar una demanda terapéutica y elaborar un primer abordaje psicoterápico de apoyo y comprensión de la crisis suicida.

Wekstein⁸ cita que en la década de los años setenta, diversos autores expusieron criterios de hospitalización muy divergentes que parecían más asociados a las propias expectativas de las funciones hospitalarias que a la realidad; pero dado el elevado riesgo de repetición del acto suicida en las primeras horas o días (tabla I), según la experiencia adquirida en la asistencia de tentativas en el Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, valoramos que una breve hospitalización en urgencias podría tener cierto papel de prevención.

Vedrinne y su equipo del Centre Hospitalier de Lyon Sud^{9,10} plantean con su amplia experiencia que cuando la respuesta institucional en la intervención de la crisis suicida es correcta, la persona suicida acepta en general el diálogo y la hospitalización de algunos días, lo cual permite madurar una demanda terapéutica, iniciar una psicoterapia de la crisis o elaborar un «contrato de alta» para su control posterior si lo precisa a otras estructuras de la comunidad, y nosotros añadimos que permite objetivar el diagnóstico psiquiátrico que en una sola entrevista de urgencias es a veces difícil de evaluar, dada la intensa carga emocional de la tentativa suicida.

El uso de medicación posttentativa plantea la necesidad de una evaluación psiquiátrica centrada en el riesgo de repetición de la tentativa, pues diversos trabajos muestran que de un 30 a un 60 % de las intoxicaciones voluntarias ingieren medicación recetada por el médico de cabecera o el psiquiatra los días o semanas pre-

TABLA II
PROPORCIÓN DE TENTATIVAS DE SUICIDIO MEDICAMENTOSAS SEGÚN DIAGNÓSTICO
PSIQUIÁTRICO Y PORCENTAJE DE FÁRMACOS RECETADOS EN EL PERÍODO PREVIO
A LA TENTATIVA. MUESTRA DE 121 TENTATIVAS DE SUICIDIO*

<i>Diagnóstico DMS III</i>	<i>Método: fármacos (%)</i>	<i>Prescripción médica (%)</i>
Factores no atribuibles a trastorno mental	80	47
Trastornos de personalidad	79	18
Trastornos adaptativos	84	44
Trastornos distímicos	87	57
Trastornos por uso de sustancias	82	45
Trastornos afectivos mayores	68	50
Trastornos esquizofrénicos y psicosis	50	17
Trastornos mentales orgánicos	33	33
Trastornos de la conducta alimenticia	50	25

*Datos del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona obtenidos durante el año 1986.

vias a la tentativa. Se precisa que la prescripción de medicación esté dentro del contexto de interacción terapéutica y no sea sólo un sustituto de la relación médico-enfermo, pero para establecer una buena relación asistencial se precisa tiempo suficiente de dedicación, prestarle la debida atención y tener un hábitat para realizar este acto médico, aspectos que en la actual estructura sanitaria están escasamente cubiertos en los servicios de urgencia. En la tabla II presentamos la proporción de intoxicaciones medicamentosas según criterios de diagnóstico psiquiátrico, DSM III, y el porcentaje de medicación recetada en un tiempo previo a la realización del acto suicida, en una muestra de 121 tentativas asistidas en el Hospital Clínic i Provincial en el año 1986.

Evaluación psiquiátrica

La asistencia psiquiátrica a las intoxicaciones agudas voluntarias se realizan en el servicio de urgencias, por demanda del médico internista, en la unidad de recepción o en la unidad de hospitalización en urgencias, si debe permanecer en observación unas horas. El trabajo psiquiátrico de la crisis suicida en urgencias comprende su evaluación clínica, contención y orientación a otras estructuras, todo ello en una sola entrevista que exige decisiones concretas y rápidas, en un hábitat situacional que no reúne las condiciones mínimas de escucha psicoterapéutica.

Los apartados de la evaluación¹¹ comprenden: a) técnica de la entrevista; b) anamnesis; c) evaluación psicopatológica; d) características del acto suicida; e) predicción riesgo suicida, y f) tratamiento.

La técnica de la entrevista debe ser activa, estimulando una buena relación y estableciendo un diálogo focalizado en la problemática actual. Ello requiere tiempo, esfuerzo, paciencia y formación. No se debe negar ni banalizar el acto suicida en este contacto inicial, sino estimular la expresión de las vivencias de desesperanza, insatisfacción, indefensión, agresividad, depresión, etc. Debe realizarse la entrevista con los familiares, pues es necesario elaborar su participación y su actitud en esta situación de crisis, ya que es verdaderamente significativa su colaboración en la resolución de la crisis.

La anamnesis se refiere a los datos sociodemográficos, historia biográfica, antecedentes psiquiátricos familiares y personales, patología psiquiátrica actual.

La evaluación psicopatológica debe realizarse sistemáticamente para descartar un trastorno psiquiátrico severo, dado que el grupo de los enfermos mentales es uno de los de más grave riesgo suicida.

Las características del acto suicida se refieren a los factores desencadenantes, método utilizado, tentativas de suicidio previas, nota de despedida, avisos previos, preparación del acto e ideación suicida.

La predicción del riesgo suicida busca los factores y grupos de riesgo psicológico, biológico y social, que son conocidos a través de los estudios epidemiológicos sobre tentativas de suicidio y suicidio consumado; pero cuando se aplican individualmente estos datos a través de las escalas de evaluación tienen una baja especificidad, por detectar un gran número de falsos positivos. Pero si la entrevista se realiza correctamente se puede obtener una evaluación clínica sobre el riesgo suicida actual.

Las medidas terapéuticas pueden ser: a) biológicas, si hay presente un trastorno psiquiátrico severo, estableciendo terapia farmacológica adecuada según diagnóstico y sintomatología clínica presente y si persiste el riesgo suicida está indicada una hospitalización en un servicio de psiquiatría hasta que ceda la descompensación psíquica o la ideación suicida; b) psicológicas, de forma que después de un período de observación y evaluados los recursos psicológicos de adaptación de la persona suicida se programa su orientación a estructuras externas asistenciales si precisa ayuda terapéutica. Aquí se plantea el escaso grado de cumplimiento por parte de la persona que ha realizado la tentativa en su seguimiento, sobre todo si se remite a otros centros y debe establecer una nueva relación terapéutica, pero también plantea la actitud de los psiquiatras que cuando están más sensibilizados sobre el acto suicida consiguen motivar el seguimiento terapéutico, y c) medidas sociales: la atención asistencial de la tentativa de suicidio exige un trabajo en equipo del médico internista, psiquiatra, ATS, asistente social y psicólogo, debiendo integrarse en una comprensión multicausal los factores sociales que intervienen como desencadenantes y ofre-

ciendo orientación y ayuda social a los que la necesiten, pero canalizada por la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. SCHNEIDER PB. La tentative de suicide. Étude statistique, clinique, psychologique et catamnesticque, Paris, Delachaux et Niestlé Neuchâtel, 1954.
2. SHNEIDMAN ES. Definition of suicide. Nueva York, John Wiley and Sons, 1985.
3. SCHNEIDER PB. Epidemiologie et suicide. Psychol Med 1982; 14,(3):395-400.
4. POKORNY AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Arch Gen Psychiatry 1983; 40:249-257.
5. MURPHY GE. The prediction of suicide: why is it so difficult? Am J Psychotherapy 1984; 38(3):341-349.
6. BASSUK EL, SCHOONOVER SC, GILL AD. Lifelines. Clinical perspectives on suicide. Plenum Press, 1982.
7. HAWTON K. Assessment of Suicide Risk. Br J Psychiatry 1987; 150:145-153.
8. WEKSTEIN L. Handbook of suicidology: principles, problems and practice. Brunner-Mazel, 1979.
9. VEDRINNE J. Ambiguités et paradoxes de la suicidologie. Méd Lyon 1986; 1.421:313-316.
10. GUILLEMARRE-ALZIEU D, TELL JP, GAUD A. Le suicide dans la famille. Méd Lyon 1986; 1.421: 317-320.
11. SARRÓ B, TEJEDOR MC, CARDONA X. Asistencia psiquiátrica de las tentativas de suicidio. (En prensa.)

DISCUSIÓN

P.J. CABALLERO: La Dra. Sarró se ha referido a las connotaciones negativas del lavado gástrico y estoy de acuerdo con ella en que no debe realizarse como castigo. No obstante, su práctica siempre implica una experiencia negativa, al margen de la indicación toxicológica. En el Hospital Primero de Octubre practicamos el lavado gástrico en casi todas las intoxicaciones medicamentosas, porque habitualmente los datos obtenidos en la anamnesis sobre fármacos, dosis y tiempo de la ingesta son inseguros y la lentificación de la evacuación gástrica que producen muchos medicamentos nos permite obtener una parte de los comprimidos ingeridos aun tras varias horas. Tenemos la impresión de que este aspecto de experiencia negativa en algunas circunstancias contribuye a evitar la repetición de aquellas tentativas de suicidio que por sus características parecen fundamentalmente intentos de llamar la atención, de pedir ayuda. Otro aspecto que quería comentar sin ánimo de criticar es que a veces tengo la impresión

de que algunos colegas médicos, especialmente psiquiatras del medio ambulatorio, están inundando, un tanto negligentemente, los domicilios de los pacientes con medicamentos ansiolíticos y antidepresivos que posteriormente pueden ser causa de intoxicaciones agudas accidentales, en especial entre la población pediátrica.

Y por último un aspecto que despierta mi curiosidad: ¿por qué se intoxican con tanta frecuencia los pacientes alcohólicos, según el punto de vista de la psiquiatría?

B. SARRÓ: En cuanto al primer punto expresado por el Dr. Caballero debo remitirme a lo afirmado en mi ponencia.

Por otra parte, el supuesto exceso en la prescripción de psicofármacos, creo que no es un hecho que se circunscriba al campo de la psiquiatría.

El tema de los alcohólicos está muy bien estudiado. No soy especialista en alcoholismo pero éste es un grupo de alto riesgo de tipo suicida. Existen diversos motivos. El alcohóli-

co crónico puede haber llegado a una situación de marginación social y laboral. Además, el alcohol no le supone ya un estímulo y el suicidio puede ser una salida. El otro caso es el alcohólico que en plena euforia o depresión por los efectos del alcohol provoca una distimia, y en aquel momento considera el suicidio como una salida.

P. MUNNÉ: En la anterior intervención del Dr. Caballero me ha parecido interpretar que en cierta medida se responsabilizaba a los psiquiatras de facilitar el almacenamiento de psicofármacos en los hogares, con el consiguiente riesgo para los niños y no tan niños. Me parece que esto es simplificar excesivamente el problema. La prescripción de psicofármacos, incluso antidepressivos, está probablemente más en manos de los médicos de asistencia primaria que de los propios psiquiatras.

J. CORBELLA: Yo quería hacer un comentario sobre la prescripción de psicofármacos. Hace poco se ha leído una tesis excelente en la Universidad Autónoma de Barcelona, realizada en un centro de asistencia primaria, en la que evaluaban los psicofármacos que había en los domicilios, su utilización y la posible adicción. Se comprobó que la mayoría eran recetados por médicos de asistencia primaria con una mínima participación de los psiquiatras. El segundo aspecto es que las indicaciones eran mucho más correctas en el caso de los psiquiatras que en el de los médicos de medicina general.

S. GARCÍA: Como pediatra, yo también quería contestar al Dr. Caballero en el sentido de que no me parece que la responsabilidad de las intoxicaciones deba recaer sobre los psiquiatras, fundamentalmente porque en una gran mayoría de los casos los niños se intoxican, por ejemplo, con antidepressivos tricíclicos, porque se dosifican mal en el tratamiento de algunas enfermedades como la enuresis nocturna, o bien porque los adultos dejan los medicamentos a su alcance.

Quisiera además referirme a otro aspecto de gran importancia a nivel pediátrico y es que a veces se habla como si el suicidio no fuera una cosa de los niños y sí que lo es, lamentablemente, porque a partir de los ocho años ya existe una incidencia de intentos de suicidio que alcanza su pico hacia la edad de 18 años. Me gustaría preguntarle a la doctora Sarró qué podemos hacer los pediatras ante un niño intoxicado cuando sospechamos que en realidad se trata de un intento de suicidio o incluso de un episodio de malos tratos, que

también existen aunque son infrecuentes. Admito que es difícil, pero ¿cree usted que existen factores que permitan identificar un presunto intento de suicidio en un niño?

B. SARRÓ: Yo creo que el tema del suicidio es tabú, no solamente en los niños sino también en los adultos. El problema es la creencia de que si hablamos de ello quizá desencadenaremos suicidios. En Francia un estudio epidemiológico ha demostrado que el suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes de 15 a 25 años ¡adolescentes de 15 años! Cuando en 1973 empezamos a preguntarles a los pacientes: «¿usted quería morir?», nos encontramos con que a pesar de los temores de algunos la gente hablaba de esto. No tengo experiencia personal con niños, pero con adolescentes a partir de 12 años hablamos de este tema como de cualquier otro. Es importante, sin embargo, tener en cuenta nuestras propias actitudes y evitar transmitir ansiedad.

J. NADAL: Respecto a la cuestión de la adolescencia, en nuestro hospital, en el que visitamos niños de hasta 14 años, los psicólogos presentaron recientemente una recopilación de 35 adolescentes de edades comprendidas entre 10 y 14 años con intento de suicidio. La mayoría era por ingestión de medicamentos, pero había también casos de defenestración, anorcamiento, inyección intravenosa de alcohol, etc., y de esos 35 niños y niñas, sólo en un caso no existía trastorno psiquiátrico de base.

Me parece, pues, absolutamente obligada una evaluación psiquiátrica exhaustiva ante cualquier intento de autólisis en la adolescencia.

P. MUNNÉ: Siguiendo con el razonamiento del Dr. Nadal que sistemáticamente solicita la colaboración de un psiquiatra o psicólogo para valorar el riesgo ulterior autolítico, creo que sería conveniente que la obligatoriedad de este tipo de consultas, inherentes a la responsabilidad del acto médico, fuera valorada por la Administración sanitaria.

Quisiera preguntar a la Dra. Sarró sobre el beneficio que se obtiene, en términos de reducir el número de recidivas, mediante la consulta psiquiátrica a estos pacientes.

B. SARRÓ: Sabemos que hay grupos de alto riesgo en los que se puede hacer un trabajo preventivo; por ejemplo, en la depresión mayor, un correcto diagnóstico y tratamiento lo gran que la cifra de suicidios disminuya.

P. MUNNÉ: ¿Qué porcentaje representan estos pacientes? ¿Un 50 % del global?

B. SARRÓ: Sí, en el otro 50 % de pacientes el

intento de autólisis es reactivo a una situación de tipo general-biográfico. Si se puede dialogar sobre ello también hay respuesta.

Hay además un gran grupo integrado por los trastornos de personalidad, las personas vulnerables que frente a una situación frustrante reaccionan de forma exagerada. Este grupo sabemos que irá repitiendo los intentos, se trata en general de «suicidas crónicos», que crean una gran agresividad en los médicos y psiquiatras. Y lo repiten hasta que aciertan, o bien con el tiempo se soluciona.

P. J. CABALLERO: Un aspecto importante y que no se ha discutido todavía en esta reunión, es el papel de las drogas en las intoxicaciones. En nuestra casuística, las intoxicaciones por drogas representaban un 2 % del total en el año 1979, en tanto que en la actualidad este apartado supone un 12 %. También creo interesante señalar que hemos detectado una *disminución muy importante en el número de intoxicaciones debidas a intento de suicidio entre las mujeres jóvenes en la actualidad menos de la mitad que en 1979*, en tanto que se mantienen las cifras correspondientes a intoxicaciones por alcohol, productos domésticos o accidentes laborales. Nosotros hemos cons-

tatado además una *disminución en el número total de intoxicaciones atendidas en nuestro hospital, que pasaron de 673 en 1979 a 494 en 1985*. Además, ha habido cambios importantes en las debidas a fármacos, detectándose, por ejemplo, una *disminución de las intoxicaciones con barbitúricos de 175 casos a solamente nueve en 1985*. Quizás ha contribuido a ello la modificación que tuvo lugar en la composición de algunos analgésicos realizada por la Dirección General de Farmacia, con lo que se demuestra que la prevención no sólo es labor de los médicos.

P. MUNNÉ: Estoy totalmente de acuerdo en que el número de intoxicaciones está decreciendo o, como mínimo, hemos llegado a una situación de estancamiento. Probablemente son muchos los factores que han contribuido a esta disminución y entre ellos cabría citar la mayor restricción en la prescripción y dispensación de fármacos y los cambios en la composición de algunos de ellos. En cualquier caso, cabe que esta disminución no sea tan aparente en algunos centros, en función de su área de influencia y de los posibles aumentos de los casos debidos a alcohol y, sobre todo, a drogas.