



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN

PEDIATRÍA

“Comorbilidad de los trastornos mentales en adolescentes de 11 a 17 años con intento suicida en Hospital Pediátrico Villa”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA

PRESENTA

DRA. KIM DANAE DÍAZ JUÁREZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

PEDIATRÍA

DIRECTOR DE TESIS

DR. ALBINO RUIZ LÓPEZ

ASESOR DE TESIS

DR. VÍCTOR MANUEL VELÁZQUEZ LÓPEZ

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ADOLESCENTES DE
11 A 17 AÑOS CON INTENTO SUICIDA EN HOSPITAL PEDIÁTRICO VILLA**

AUTOR: DRA KIM DANAE DÍAZ JUÁREZ

VO. BO.

DR LUIS RAMIRO GARCÍA LÓPEZ

Titular del curso de especialización en pediatría

VO. BO

DR ANTONIO FRAGA MOURET

Director de educación e investigación.

**COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ADOLESCENTES DE
11 A 17 AÑOS CON INTENTO SUICIDA EN HOSPITAL PEDIÁTRICO VILLA**

AUTOR: DRA KIM DANAÉ DÍAZ JUÁREZ

VO. BO.

DR ALBINO RUIZ LÓPEZ

DIRECTOR DE TESIS

Médico Pediatra Adscrito al Hospital Pediátrico Villa

VO. BO.

DR. VICTOR MANUEL VELÁZQUEZ LÓPEZ

ASESOR DE TESIS

Médico Paidopsiquiatra Adscrito al Hospital Pediátrico de Iztapalapa

AGRADECIMIENTOS

A mis papás:

Porque no existirá manera de agradecer todo el sacrificio, el ejemplo, el apoyo y el tiempo que les robé, nuevamente deseo que sientan que este nuevo objetivo logrado también es de ustedes. Gracias por siempre estar a la retaguardia, no dejarme caer ni sentir sola en ningún momento. LOS AMO! LO LOGRAMOS!

A mi hijo, Gael;

No sabes cuantas veces tu sonrisa y tu sola presencia me dieron fuerzas para continuar, admiro tu fortaleza, sé que sabes que todo el tiempo sacrificado tiene su recompensa. Eres mi más grande tesoro! Te amo enano!

A mi hermano y su linda familia:

Eres mi héroe, y aun no sé cómo agradecer todo el apoyo brindado a lo largo no sólo de este último tramo, sino de toda la vida y de unos 9 años al presente acompañado de tu linda familia que también adoro. Ya soy pediatra!

Isra;

Porque al encontrarte por fin, has sido parte de la lucha y ahora también quiero compartir los éxitos, por regresarme la tranquilidad perdida y hacerme sentir única, gracias amor! A lo que sigue!

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
Diseño del Estudio.....	18
Descripción del estudio.....	20
Análisis de datos.....	21
RESULTADOS.....	22
DISCUSIÓN.....	24
CONCLUSIONES.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	27
ANEXOS.....	29

INTRODUCCIÓN

EL fenómeno suicida considera los pensamientos y/o actos que realizados en su totalidad conducen a un serio daño o muerte; es un espectro de riesgo y propensión, con una progresión implícita en el nivel de riesgo, desde pensamientos a planes específicos, gestos o actos autolesivos menores a intentos con variable rango de letalidad potencial y el suicidio consumado. El intento de suicidio son las acciones que hubiesen resultado en seria lesión o muerte de no mediar intervención oportuna.

La conducta suicida incluye no solamente el suicidio, sino el intento suicida que generalmente se entiende de dos maneras, cuando el sujeto realiza un acto de autoagresión con amenaza de muerte, pero su intención final no era quitarse la vida, y cuando fracasa en su intento de darse muerte una vez realizado el acto.

La aplicación del enfoque de riesgo al estudio de la conducta suicida es uno de los pasos más importantes en el conocimiento y prevención del suicidio que se ha producido a escala mundial, pues los factores de riesgo pueden ser la causa o indicadores del comportamiento, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia de este, lo cual nos permite anticipar una atención preventiva, adecuada y oportuna a fin de evitar dicha conducta patológica. Por un lado se ha documentado que el intento suicida es un importante predictor de futuros intentos suicidas e incluso de suicidios consumados; y por el otro la literatura científica evidencia que los trastornos

depresivos y la ideación suicida se relacionan con la conducta suicida en las diversas poblaciones estudiadas.

Dentro de los trastornos mentales, la depresión ocupa un lugar importante, se calcula para el año 2020 será la primera causa de baja laboral en países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente en el mundo. ¹

La depresión en el niño y adolescente aumentó en los últimos 50 años, la edad de inicio ha disminuido, los niños y adolescentes con trastornos depresivos tienen un incidencia creciente de trastorno bipolar, suicidio y de la depresión mayor recurrente.

La depresión es una enfermedad del estado de ánimo que produce una serie de modificaciones en las vivencias emocionales de quien la padece, afectando también la alimentación, la función sexual, el dormir, etc. Los dos tipos más comunes de depresión son el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico.

El trastorno distímico en niños y adolescentes se caracteriza por lo menos un año durante el cual ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio mayor. Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las de las drogas, a los efectos secundarios de los medicamentos o a la exposición de tóxicos, ni a los efectos de ninguna enfermedad médica.

La ansiedad se define como la aprehensión o el temor excesivo sobre circunstancias reales o imaginarias, su característica más importante es la

preocupación, que es la inquietud excesiva sobre situaciones con resultados inciertos. Cuando la ansiedad se torna excesiva, yendo más allá de lo esperado en determinadas circunstancias y del nivel del desarrollo del niño o niña, entonces pueden surgir problemas en el funcionamiento social, personal y académico, resultando en un trastorno de ansiedad.²

Se sabe que uno de los predictores más importantes del suicidio es el intento y que la conducta suicida es un problema importante en nuestro país. Pero, cualquiera que sea la causa que motiva a los adolescentes a autolesionarse o a tratar de quitarse la vida, éstos no poseen un «control absoluto» sobre su vida y su muerte. Hay quienes han sobrevivido a la autolesión, aun teniendo una franca convicción y propósito de morir, y hay quienes han muerto sin que éste fuera su propósito real.³

EPIDEMIOLOGIA

Se considera a la depresión como la segunda patología más frecuente en psiquiatría infantil, su prevalencia en población general se ha descrito de 0.4% a 2.5% en niños y de 0.4% a 8.3% en adolescentes, mientras que la prevalencia del trastorno distímico fluctúa entre 4% y 7% en niños y adolescentes, en la población general y de 27% a 40% en la población clínica. En contraste con lo reportado en adolescentes y adultos, los niños en edad escolar presentan este padecimiento con mayor frecuencia que las niñas cambiando en la adolescencia a una razón de 2:1 a favor de las mujeres.

Diversos estudios demuestran que los trastornos de ansiedad afectan al 10% de los niños. Se manifiestan en diversas formas incluyendo fobia social, ansiedad de separación, ansiedad generalizada, crisis de pánico, trastorno obsesivo compulsivo y estrés postraumático, y la co-morbilidad con depresión y otras patologías puede alcanzar niveles hasta del 60%. Se menciona que es el trastorno más común en trastornos psiquiátricos, ocurriendo en un 5-18% de todos los niños y adolescentes.²

En un estudio de 2010 en psiquiatría del adulto demuestra que de 1970 a 2007 el suicidio ha crecido 275%. Actualmente el suicidio se incrementa en el grupo de 15-29 años de edad. La prevalencia de por vida de ideación suicida en adultos de 18 a 29 años fue de 9.7% y 3.8% reportaron intento de suicidio. Entre los habitantes de la República mexicana, 6 601 210 tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio.¹⁵

Los datos de la tendencia de las Lesiones Autoinflingidas Deliberadamente (LAD), dentro de las que se incluye a las tentativas de suicidio, muestran que la problemática suicida va en aumento. En encuestas llevadas a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y la Secretaría de Educación Pública, con muestras representativas de estudiantes de secundaria, bachillerato y bachillerato técnico, en que se respondió la Cédula de Indicadores Parasuicidas se identificó que la prevalencia de LAD en 1997 fue de 8.3%, la cual aumentó a 9.5% en 2000 y a 11.1% en 2003. Asimismo, se pudo observar que la frecuencia fue más elevada en las mujeres (más de tres mujeres por cada varón) y que las

prevalencias fueron mayores en bachillerato, pero que la única o la última LAD reportada aconteció durante los años finales de primaria (5° y 6° grados) o durante la secundaria (1°, 2° y 3° grados). Aunque las LAD y las tentativas suicidas son más frecuentes en las mujeres, se ha observado que las características son similares en ambos sexos en cuanto a: la edad (entre los 12 y 15 años), la recurrencia (una de cada cuatro mujeres con LAD y uno de cada tres en los hombres), los motivos (situaciones interpersonales, familiares y emocionales en ambos sexos), los métodos (cortarse con un objeto punzocortante) y la letalidad (en ambos sexos se reportó un deseo consciente de muerte y que no importaba si vivían o morían).

En México, fuentes oficiales como INEGI, Secretaría de Salud y SEMEFO muestran un panorama epidemiológico de la problemática suicida, todas estas fuentes coinciden en señalar que:

- La población de adolescentes y jóvenes adultos es la que presenta la mayor prevalencia en cuanto suicidio consumado y a su tentativa.
- Los varones se suicidan más y que en las mujeres es más alta la tasa de intentos.
- Hay zonas geográficas del país con mayores prevalencias.³

En EU suicidio es la 4^a causa de muerte entre adolescentes de 10 a 14 años, y la tercera mas frecuente entre los 15 y 24 años.⁴

Los trastornos psiquiátricos, especialmente los Episodios de Depresión Mayor (MDE), son los principales factores de riesgo de comportamiento suicida. La comorbilidad, sobre todo de los trastornos de ansiedad, aumenta el riesgo de comportamientos suicidas entre los adolescentes en un estudio encontró que los intentos de suicidio en adultos, casi dos tercios tenía MDE, la mitad tenía trastorno de ansiedad generalizada (GAD), una décima parte tenía episodio depresivo subclínico y una quinta parte tenía ansiedad subclínica. Existe un estudio europeo llamado SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*) donde de entre todos los 12,395 adolescentes del estudio, 7,476 (60,3%) eran identificados como no deprimidos, 3,618 (29,2%) con depresión subclínica y 1,301 (10,5%) deprimidos; las chicas se encontraron más frecuentemente con depresión subclínica. Entre todos los sujetos, 7,708 (62,2%) fueron identificados como no ansiosos, 3,964 (32,0%) con ansiedad subclínica y 723 (5,8%) sin ansiedad. Las chicas con mayor frecuencia fueron ansiosas subclínicas.⁵ Esto llama la atención en el hecho de que los adolescentes pueden mostrar datos de depresión y/o ansiedad de tipo subclínico y no hay estudios que determinen parámetros adecuados para diagnosticarlos y realizar intervenciones tempranas de prevención.

Otros estudios reportan que 35% a 50% de los adolescentes deprimidos cuentan con un intento de suicidio y que 5% a 10% de los adolescentes con depresión grave (depresión mayor) completan el suicidio dentro de los 15 años de su diagnóstico.⁶

La psicopatología es un importante factor de riesgo para el suicidio y la ideación suicida. Gould et al. encontraron que la tasa de psicopatología (cualquier psicopatología, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM]-III-R) en un grupo de 1285 niños y adolescentes fue del 76,2% en los que intentaron suicidarse, el 70,1% en los que reportaron ideación suicida, y 29,2% en los que no tenía ningún síntoma de suicidio.⁷

En un estudio mundial, comparando los rangos de muestras de comunidad, en diferentes países, reportadas entre 2005 y 2011, la prevalencia de las lesiones autoinflingidas deliberadas y de autolesiones no suicidas fueron bastante similares, aunado al diagnóstico propuesto por DSM 5. Los rangos de prevalencia parecen haberse estabilizado en los últimos años, mostrando no haber incrementos futuros de la incidencia de estos eventos.⁸

Las autolesiones no suicidas son alarmantemente frecuentes en los adolescentes (13% -23% de prevalencia) y podría estar aumentando. En un trabajo reciente se encontró que sólo 21% de los adolescentes recibieron tratamiento médico como resultado de la auto-lesión. La prevalencia de las autolesiones no suicidas se asociaron con la falta de comunicación con sus compañeros.^{9,10,11}

Existen estudios donde se utilizan métodos de autopsia psicológica, que se refiere a recopilar datos sobre las víctimas de suicidio entrevistando a personas que conocían a la víctima. Tales métodos han demostrado ser fiables y válidos en la identificación de psicopatología y factores sociales que influyen en las víctimas de suicidio juveniles. La mayoría de estos estudios encontraron consistentemente que

aproximadamente el 90% de los jóvenes que se suicidan sufren de trastornos psiquiátricos en el momento de su muerte.^{7,12} Esta tasa puede ser una subestimación. Los estudios de autopsia psicológica de las víctimas de suicidio adolescentes reportan que los trastornos del estado de ánimo, en particular trastorno depresivo mayor, es el más prevalente trastornos psiquiátricos entre las víctimas de suicidio juvenil. Además, el trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo de suicidio asociado con otros trastornos psiquiátricos.¹²

De acuerdo con investigaciones previas, los suicidios en 11-15-años de edad tienen muchas similitudes con los suicidios en los adolescentes mayores en términos de las circunstancias externas, pero presentan signos de alarma menos evidentes.¹⁶

Otros diagnósticos que se han encontrado a estar relacionados con la conducta suicida en los menores de edad fueron: trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, trastornos de comportamiento perturbador (incluyendo déficit de atención e hiperactividad [TDAH]), uso de drogas y el abuso de alcohol y trastornos de adaptación.⁷ Los niños pequeños con TDAH están en alto riesgo de presentar tanto episodios únicos como recurrentes de depresión adolescente y la conducta suicida, incluso controlando una historia de depresión mayor en las madres y otros predictores demográficos y metodológicos de estos resultados.¹³

FACTORES ASOCIADOS

La conducta suicida en adolescentes ha tenido una correlación, genética, bioquímica y psicológica. Varios sistemas neurobiológicos están relacionados con

el suicidio y el comportamiento suicida, sobre todo a partir de los estudios de los ejes neuroendocrinos hipotalámicos y estudios del sistema serotoninérgico, estos datos han sido recolectados utilizando diversas metodologías tales como las pruebas de supresión hormonal, estudios del sueño, estudios post-mortem y análisis de factor genético. Actualmente, se cree que el sistema biológico más plausible relacionada con tendencia al suicidio, la violencia impulsiva, y la ansiedad es el sistema serotoninérgico. El comportamiento suicida es hereditario. A pesar de la gran variabilidad en la metodología de los estudios, los resultados demuestran de forma consistente la agregación familiar de ideación y comportamiento suicida. Los estudios longitudinales de una comunidad demuestran que los antecedentes familiares de comportamiento suicida es uno entre otros precursores del comportamiento suicida juvenil como la depresión, ideación suicida, síntomas conductuales y maltrato infantil ¹⁴

FACTORES DE RIESGO

Existen algunos de factores de riesgo sociales importantes que subyacen a la conducta suicida adolescente:

- Genero: se encuentra suicidio mayormente en adolescentes hombres que mujeres, pero mas ideación e intentos en mujeres (3:1) La depresión suele ser un factor predictivo para una conducta suicida en las chicas europeas, mientras que el abuso de alcohol o sustancias y desordenes de conducta suelen ser mas relacionados en los chicos.

- Familia: algunos factores de riesgo son psicopatología en los padres, historia familiar de conducta suicida, disfuncion familiar, divorcio, maltrato. Existe evidencia de que la conducta suicida es transmitida familiarmente independientemente del desorden psiquiátrico.
- Abuso sexual: la exposición al abuso sexual conduce a un aumento de una deficiente salud mental incluyendo la ideación y conducta suicida, el riesgo aumenta si el abusador es familiar y los eventos se repiten con el paso del tiempo
- Cambio de domicilio y clase socioeconómica: Los niños que se mudan frecuentemente son más vulnerables a cometer suicido en la adolescencia, sin embargo se asocia mas con las chicas que con los chicos. La clase social baja está relacionada con mayor número de adolescentes que se autolastiman.
- Orientación sexual: adolescentes homo o bisexuales que experimentan rechazo familiar antes su preferencias sexuales tienden a tener mas intentos suicidas que aquellos que no son rechazados.
- Alcohol: al abuso del alcohol se ha asociado a un riesgo aumentado de conducta suicida y suicidio entre los adolecentes, misma situación que se ha prevenido con la restricción de venta de alcohol a menores de edad.
- Bullying: relacionado con alteraciones en la conducta y depresión.
- Contagio suicida: este fenómeno esta basado en el modelo enfermo que asume que la conducta suicida de una persona puede facilitar por consiguiente conductas similares en otras personas.⁴

El intento o ideaciones suicidas es un problema de salud entre los adolescentes en México, siendo de las primeras 5 causas de muerte a nivel mundial entre el mismo grupo etario, de los casos de intento suicida o de eventos suicidas están relacionados en un 90% con trastornos psiquiátricos como lo son en su mayoría depresión y ansiedad, entre otros menos frecuentes; así mismo, en nuestros hospitales pediátricos damos atención a adolescentes que presentaron una sobreingesta no accidental de medicamentos o un intento suicida no fatal, sin embargo no en todas las unidades se cuenta con un servicio de psiquiatría donde se brinde atención inicial efectiva, valoración, diagnóstico y seguimiento en caso de encontrar un trastorno mental.

En el Hospital Pediátrico Villa, se han registran cerca de 30 ingresos al año por ingesta de medicamentos dentro de los rangos de edad de 11 a 17 años, sin embargo de ellos solo del 31% se tiene registro de intento suicida a su ingreso, canalizado, posterior a estabilización del paciente en urgencias, al servicio de psicología que determine un diagnóstico inicial, sin embargo no todos ellos cuentan con valoración por paidopsiquiatría que aplique evaluaciones validadas para la valoración de conducta suicida, misma que es necesaria para lograr tipificar de manera más concreta los factores de riesgo asociados para la prevención de nuevos eventos con un probable desenlace fatal.

Por lo que se llevó a cabo el siguiente estudio expuesto teniendo como objetivo principal el describir la frecuencia de los trastornos mentales emitidos como diagnóstico por psiquiatría en los pacientes ingresados con diagnóstico de ingesta de medicamentos, intoxicación por medicamentos no accidental e intento

suicida en un hospital pediátrico de segundo nivel; además de conocer los principales diagnósticos de ingreso en los adolescentes con intento suicida, describir la presencia de psicopatología en asociación con intento suicida, conocer la frecuencia de los adolescentes con intento suicida con y sin trastorno mental, describir los aspectos sociodemográficos en los adolescentes con intento suicida con y sin trastorno mental e identificar frecuencia de los pacientes con eventos previos y si existe tratamiento previo.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio clínico, observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo en la población de pacientes adolescentes de 11 a 17 años ingresados al servicio de urgencias del Hospital Pediátrico Villa con diagnóstico de ingesta de medicamentos y/o intoxicación medicamentos e intento suicida, durante el periodo de 1 marzo de 2011 al 28 febrero de 2013.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron pacientes de 11 a 17 años hospitalizados con diagnósticos de ingesta de medicamentos y/o intoxicación por medicamentos e intento suicida, así como pacientes con valoración inicial de paidopsiquiatría que determine una impresión diagnóstica. Los criterios de no inclusión fueron los pacientes fuera del rango de edad establecida, pacientes que hayan fallecido debido al evento, pacientes con expediente incompleto. Los criterios de eliminación fueron pacientes que se dieron de alta previa a la valoración inicial de psiquiatría, pacientes trasladados a otra unidad sin valoración previa por psiquiatría, pacientes ingresados con diagnóstico de ingesta de medicamentos, intoxicación por medicamentos y/o intento suicida sin valoración por paidopsiquiatría.

Se tiene como objetivo principal del estudio el describir la frecuencia de los trastornos mentales emitidos como diagnóstico por psiquiatría en los pacientes ingresados con diagnóstico de ingesta de medicamentos no accidental, intoxicación por medicamentos no accidental y/o intento suicida en un hospital

pediátrico de segundo nivel. Como objetivos específicos el conocer los principales diagnósticos de ingreso en los adolescentes con intento suicida, describir la presencia de psicopatología en asociación con intento suicida, conocer la frecuencia de los adolescentes con intento suicida con y sin trastorno mental, describir los aspectos sociodemográficos en los adolescentes con intento suicida con y sin trastorno mental, identificar frecuencia de los pacientes con primer evento, identificar frecuencia de los pacientes con eventos previos y si existe tratamiento previo.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Posterior a la investigación bibliográfica se procedió a la consulta en las libretas tipo bitácora de ingreso del servicio de urgencias para identificar el total de pacientes ingresados con los diagnósticos determinados, así como se recurrió al servicio de estadística para corroborar y complementar la información con los diagnósticos de egreso. Se procedió a la búsqueda de los expedientes en archivo clínico del hospital, se revisaron 60 expedientes se recabaron las variables utilizadas en el estudio, siendo 29 expedientes que presentaron criterios de no inclusión. Sin embargo durante la revisión y análisis estadístico de las variables de los 31 expedientes restantes, al final sólo se contó con 11 expedientes que cumplían los criterios estrictos de inclusión. Por lo que se consideró importante realizar el análisis estadístico incluyendo estos expedientes. Una vez llenada la cédula de captura de datos se procede a realizar análisis de las siguientes variables: edad, sexo, escolaridad del paciente, nivel socioeconómico, características familiares del paciente (tipo de familia), si era el primer evento de intento suicida del paciente, si existieron eventos previos, el diagnóstico de ingreso, si se solicitó la valoración por psiquiatría, así como si se realizó la valoración por la misma, finalmente los diagnósticos iniciales emitidos por dicho servicio.

ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el paquete de Microsoft Excel y SPSS versión 21 para el análisis de los datos, se realizaron cálculos de porcentajes, frecuencias simples, medidas de tendencia central, así como gráficas.

Se trata de un estudio sin riesgo desde el punto de vista ético ya que sólo se trata de revisión de expedientes.

RESULTADOS

De los 31 expedientes revisados se encontró que 28 pacientes pertenecen al sexo femenino (90%) y 3 al masculino (10%) (Fig 1), con una media de edad en general de 14.1 años con una desviación standard de 1.4. Teniendo una frecuencia por grupo de edad con diagnósticos de ingesta de medicamentos, intoxicación por medicamentos e intento suicida de 11 años de 3%, de 12 años 6%, 13, 14 y 15 años de 26% por igual, de 16 años 3%, 17 años 10%, (fig 2) con una moda por igual para los 13, 14 y 15 años, sin embargo con una relación mayor mujeres contra hombres a los 15 años (Fig 3).

De la muestra sólo el 40% cuenta con el diagnóstico inicial de intento suicida, siendo más frecuente el ingreso por ingesta de medicamentos en un 46% y el tercer diagnóstico encontrado fue intoxicación por medicamentos en un 15% (Fig4). Se encontró que el 84% de los ingresos (26 pacientes) se trataba del primer evento de intento suicida y en el 16% restante (5 pacientes) se encontró que ya contaban con un evento previo de intento suicida, en un solo caso se trataba del tercer intento, de esos pacientes sólo tres de ellos contaban con tratamiento previo psiquiátrico, incluyendo a la paciente en su tercer evento (Fig 5).

Se realizó una búsqueda intencional de nivel socioeconómico y las características familiares por tipo de familia predominante de los pacientes ingresados de acuerdo al estudio de trabajo social, encontrando que sólo un paciente se encontró en situación de bajos recursos, 27 en nivel medio bajo y 3 en nivel medio, no se

encontraron pacientes de nivel socioeconómico alto. (Fig 6). Del rubro de tipo de familia se encontró que 21 pacientes se encontraron dentro del tipo de familia nuclear (68%), 3 en tipo de familia extensa (10%), 4 en tipo monoparental por la madre (7%) y 3 en tipo de familia ensamblada (Fig 7).

Se encontró que de los 31 pacientes, sólo se solicitó valoración psiquiátrica en 16 de ellos, de los cuales únicamente 11 la recibieron, reduciéndose hasta este número la muestra que reúne los criterios de inclusión del estudio (Fig 8)

Los diagnósticos más frecuentes emitidos por psiquiatría de acuerdo a clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) fueron episodio depresivo menor en un 14%, episodio depresivo mayor grave sin síntomas psicóticos en un 9%, episodio depresivo mayor grave con síntomas psicóticos en un 9%, distimia en un 9%, trastorno de ansiedad generalizada 5%, envenenamiento intencional autoinflingido en un 9%, soporte familiar inadecuado en un 10%, historia de autolesiones autoinflingidas en un 14%, estrés postraumático en un 5%, duelo en un 5%, consumo experimental de medicamentos en un 10%, problemas de ajuste a transiciones de ciclos vitales en un 5% (Fig 9,10,11).

DISCUSIÓN

Los intentos suicidas en los adolescentes son atendidos en la mayoría de los casos en los servicios de urgencia de nuestros hospitales de segundo nivel, tras estabilizar las constantes vitales del paciente lo prioritario es una correcta valoración psicopatológica, en la evaluación de los pacientes con tentativa de suicidio es importante reconocer los demás factores sociodemográficos así como la presencia de un trastorno psiquiátrico y el antecedente de una tentativa previa.

El estudio presentado es un estudio epidemiológico, si bien la muestra final puede no considerarse significativa, se consideró importante desarrollar las características sociodemográficas de los pacientes ingresados con el diagnóstico consignado y objeto de estudio. Llama la atención la frecuencia predominante de pacientes del sexo femenino, cumpliendo con lo reportado por la literatura mundial. De acuerdo a lo reportado por el Instituto Nacional de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública en su estudio del 2008 la mayor prevalencia de las lesiones autoinflingidas, de cualquier índole, ocurren durante el la estancia final de la secundaria e inicios del bachillerato, siendo ésta la mayor frecuencia por grupo de edad reportada en este estudio. Dentro del porcentaje de pacientes ingresados con diagnóstico de “intento suicida” se encontraban todos los pacientes valorados por psiquiatría con un trastorno mental, por lo que resulta importante correlacionar el diagnóstico inicial con la necesidad de una intervención psiquiátrica inmediata, no llevándose a cabo en la más de la mitad los pacientes encontrados con este diagnóstico.

La atención médica brindada en el Hospital Pédiátrico Villa, sin parecer peyorativos, se da en su mayoría gente nivel socioeconómico medio bajo a bajo,

no encontrando un alteración significativa dentro de este rubro evaluado, sin embargo de acuerdo la variable de características familiares, se demuestra en el estudio que si bien existe un factor de riesgo reportado en la literatura de la disfunción familiar, la mayoría de los pacientes estudiados provenían de familias nucleares, dejando así la premisa para un estudio más detallado sobre la dinámica de la familia nuclear.

De acuerdo al resultado de eventos previos de intento suicida, los cinco pacientes reportados fueron valorados por psiquiatría y tres de ellos ya contaban con un diagnóstico y tratamiento establecido, llama la atención que aún con manejo especializado instaurado, se reincidiera en el problema, traduciendo que no es suficiente sólo identificar a los adolescentes con trastorno mental sino el proporcionar seguimiento efectivo para evitar consecuencias fatales.

Finalmente después del desglose de características sociodemográficas generales, sólo once pacientes fueron valorados por parte del servicio de paidopsiquiatría, perdiéndose entre los 31 expedientes iniciales, en su mayoría por egreso sin solicitud de valoración por psiquiatría o con referencia a paidopsiquiatría pero sin contrarreferencia encontrada. De ellos solo nueve fueron encontrados con algún trastorno mental de carácter afectivo, siendo un alto porcentaje, aunque la muestra sea pequeña. Dicho lo anterior, llama la atención que no se considere como prioridad una evaluación sistemática y con escalas validadas por parte de la especialidad de paidopsiquiatría en este grupo de pacientes, pudiendo influir en mayor grado la falta de, inicialmente de presencia y secundariamente de disponibilidad en la red de hospitales pediátricos de personal especializado.

CONCLUSIONES

Se encontró una alta comorbilidad de los trastornos mentales, principalmente los de carácter afectivo, en los pacientes con intento suicida valorados por psiquiatría en el Hospital Pediátrico Villa, correspondiendo así con lo reportado en la literatura mundial.

Aún con las dificultades encontradas a lo largo del estudio, vale la pena mencionar que es una muestra pequeña, probablemente no representativa, pero que da pie a estudios posteriores tanto en la unidad de estudio como marcando la pauta para un estudio multicéntrico, mejorando así la calidad de la muestra.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Programa Mundial de Acción en Salud Mental. 2002
2. Ulloa et al, *Guías Clínicas*, Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, SSA 2010, pp 65-85, 113-149.
3. Gonzalez-Forteza, et al , *Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: vinculación autogestiva con los servicios de salud mental*, Salud Mental 2008;31:23-27
4. Amitai & Apter, *Social Aspects of Suicidal Behavior and Prevention in Early Life: A Review*, Int. J. Environ. Res. Public Health 2012, 9, 985-994
5. Balázs et al, *Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk*, J Child Psychol Psychiatry 2013, 2-8
6. Greydanus & Calles, *Suicide in children and adolescents*, Prim Care Clin Office Pract 34 (2007) 259–273
7. Ben-Yehuda et al, *Suicidal Behavior in Minors—Diagnostic Differences Between Children and Adolescents*, J Dev Behav Pediatr 33:542–547, 2012
8. Muehlenkamp et al, *International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm*, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2012, 6:10
9. Weissman Myrna, *Teenaged, Depressed, and Treatment Resistant: What Predicts Self-Harm?*, Am J Psychiatry 166:4, April 2009

10. Vitiello et al, *Depressive symptoms and clinical status during the treatment of adolescent suicide attempters (tasa) study*, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 48:10, october 2009
11. Wilkinson et al, *Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT)*, Am J Psychiatry 2011; 168:495–501
12. Pfeffer Cynthia, *Suicide in mood disordered children and adolescents*, Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 11 (2002) 639– 647
13. Chronis-Tuscano et al, *Very Early Predictors of Adolescent Depression and Suicide Attempts in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, Arch Gen Psychiatry. 2010 October ; 67(10): 1044–1051
14. Zalsman Gil, *Genetics of Suicidal Behavior in Children and Adolescents*, in Dwivedi Y, *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton (FL): CRC Press; 2012. Chapter 14.
15. Borges et al, *Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual*, salud pública de méxico / vol. 52, no. 4, julio-agosto de 2010
16. Freuchen et al, *Suicide or accident? A psychological autopsy study of suicide in youths under the age of 16 compared to deaths labeled as accidents*, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2012, 6:30
17. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/cie10/cie10.pdf>

ANEXOS

Fig 1 Frecuencias de de ingreso por sexo a la sala de urgencias

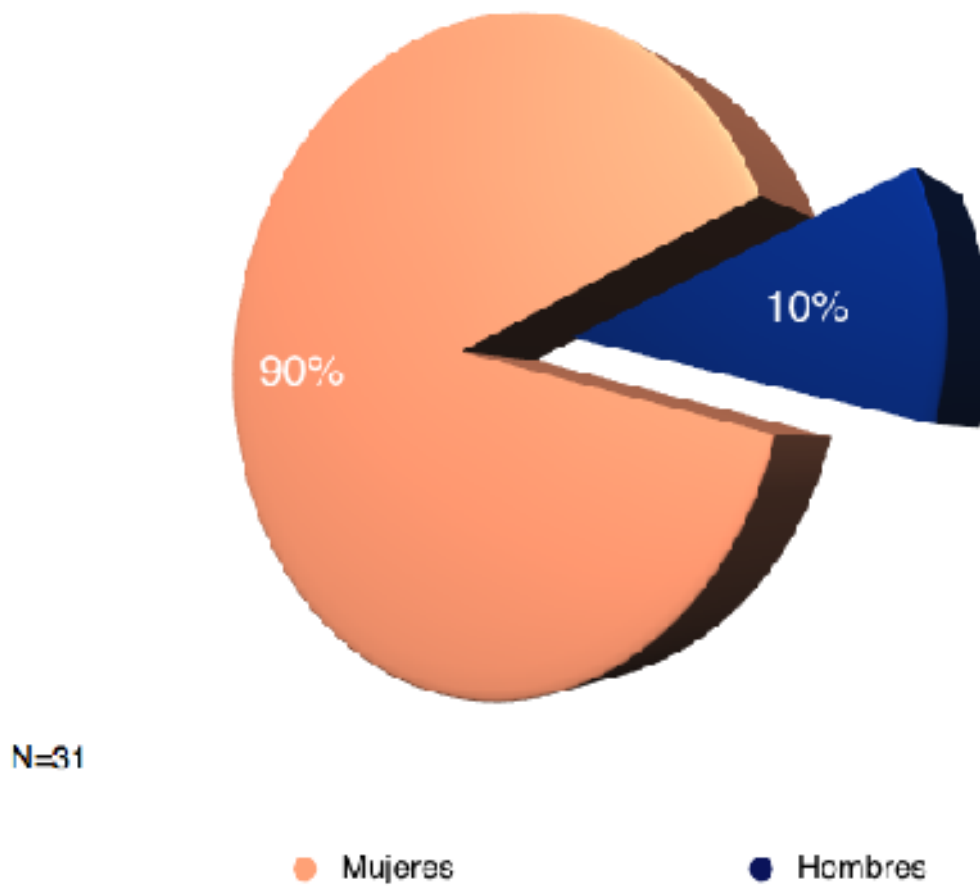


Fig 2 Frecuencia de pacientes ingresados por intento suicida por grupo de edad

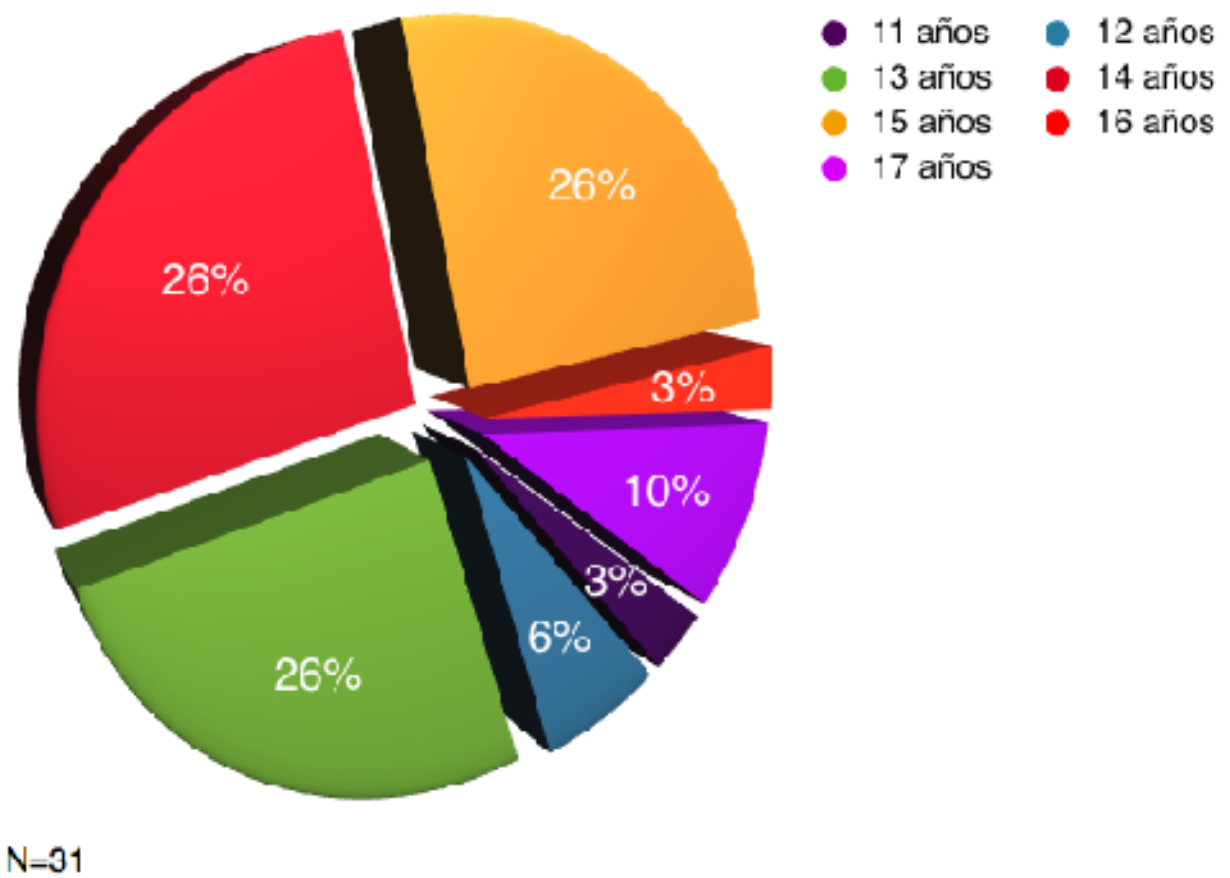
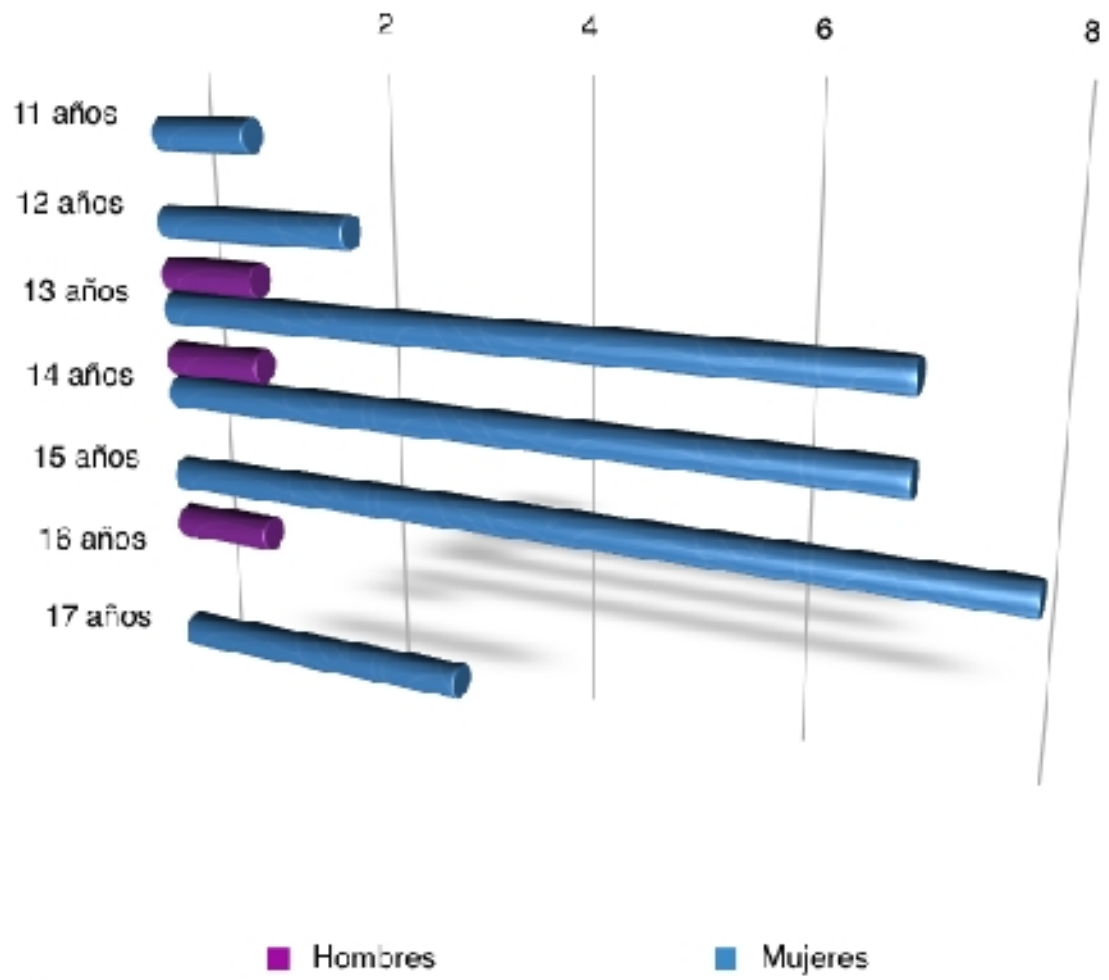


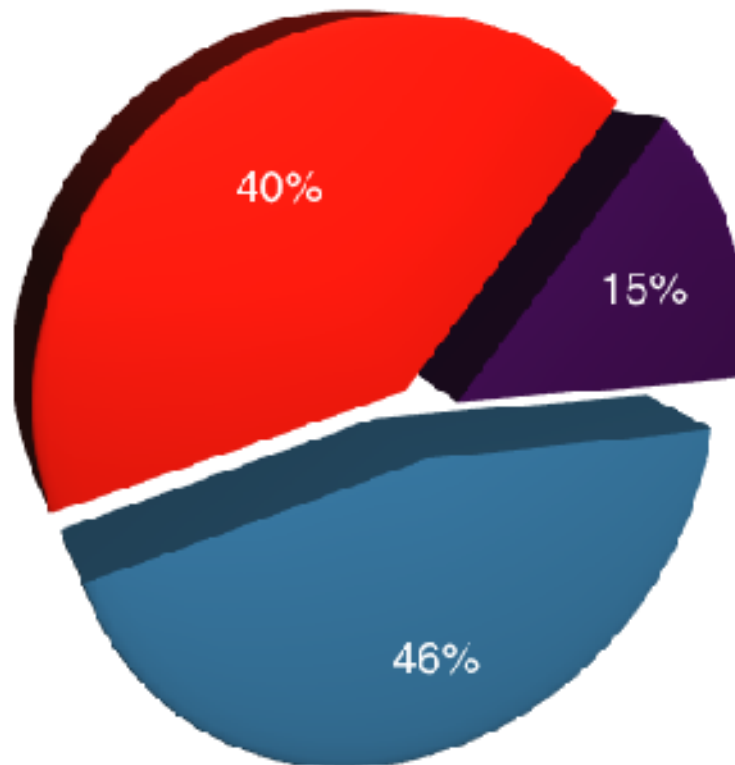
Fig 3 Distribución de la población por sexo y grupo de edad



N=31

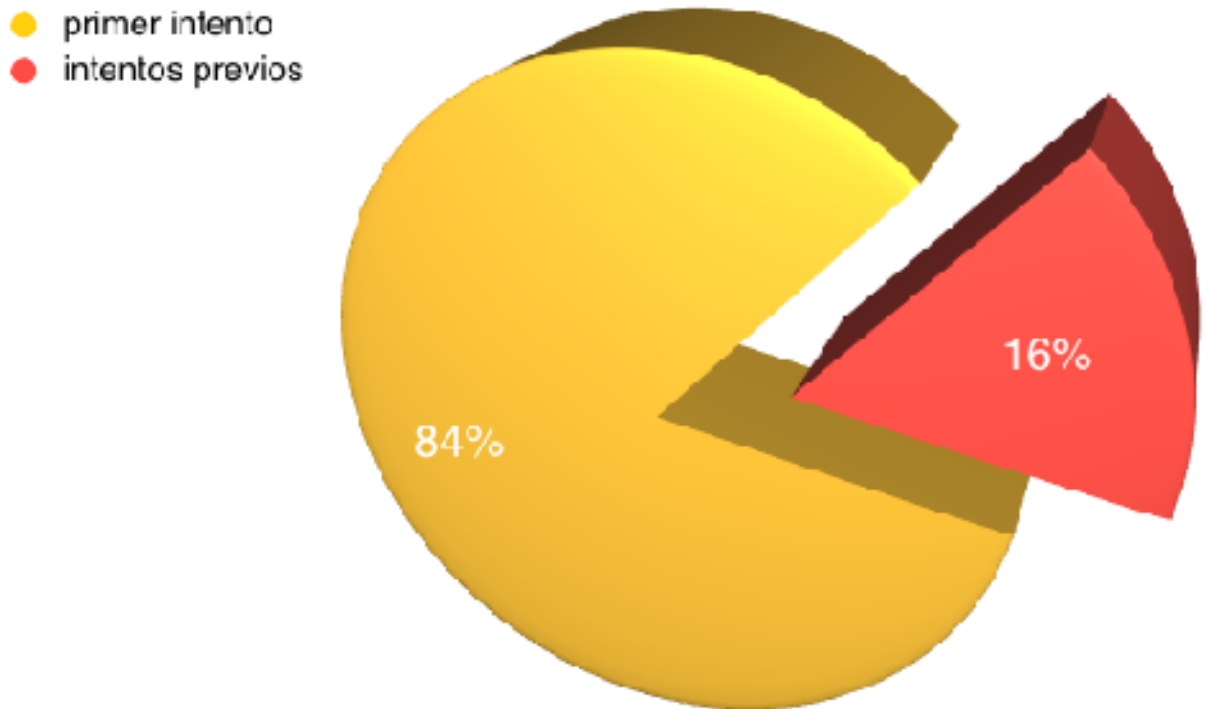
Fig 4 Diagnósticos principales al ingreso en el servicio de urgencias

- intoxicación medicamentosa
- ingesta de medicamentos
- intento suicida



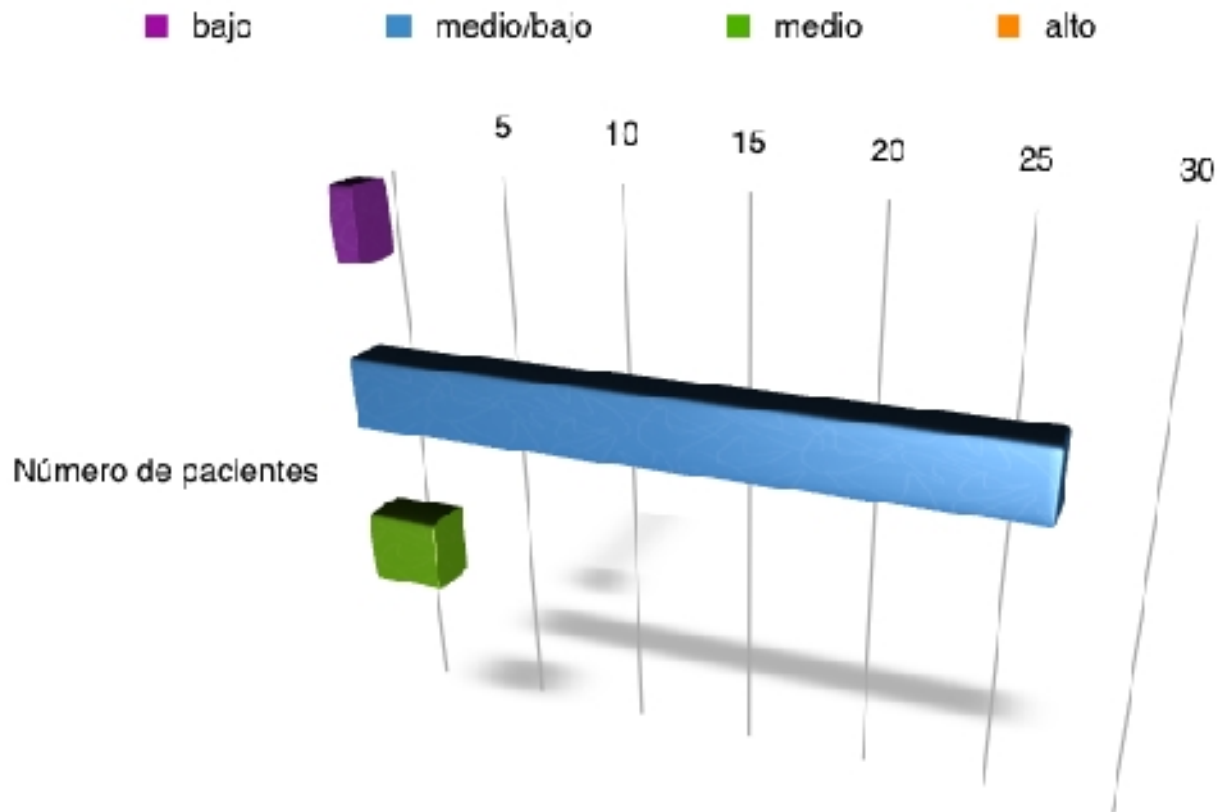
N=31

Fig 5 Frecuencia de primer evento de intento suicida y eventos previos en pacientes ingresados



N=31

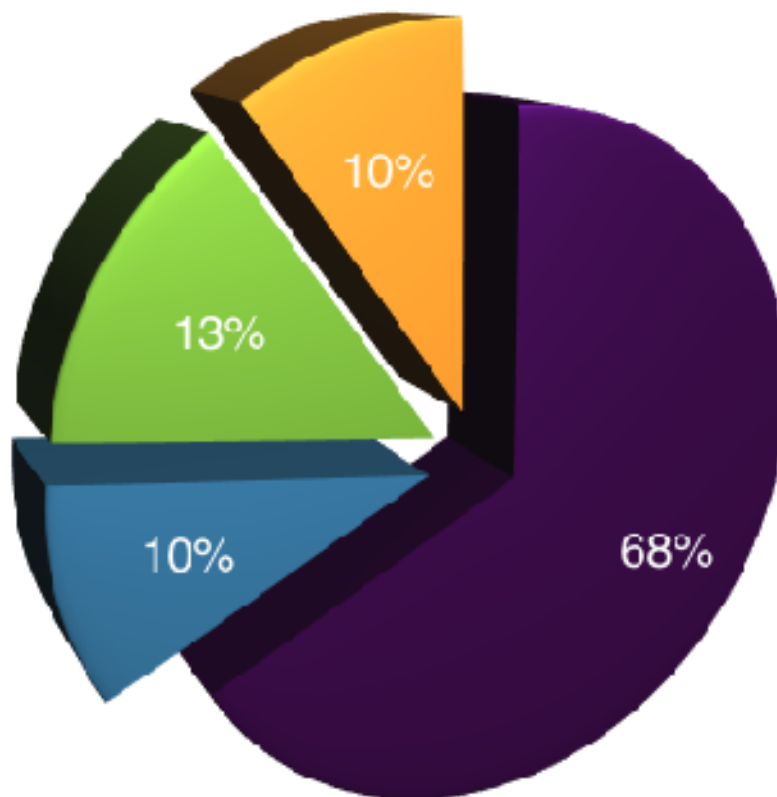
Fig 6 Nivel socioeconómico de pacientes ingresados por intento suicida



N=31

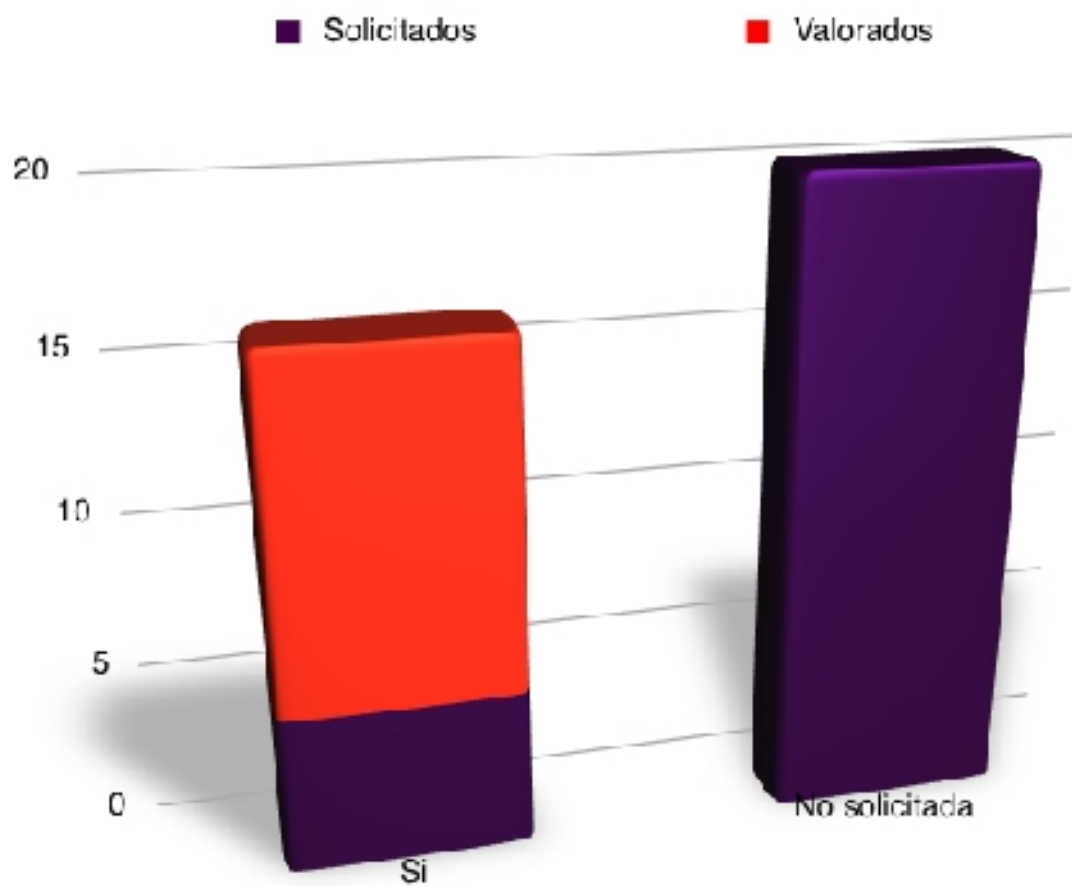
Fig 7 Características de la familia por tipo de familia en los pacientes ingresados con intento suicida

- Familia nuclear
- Familia extensa
- Monoparental madre
- Monoparental padre
- Familia ensamblada



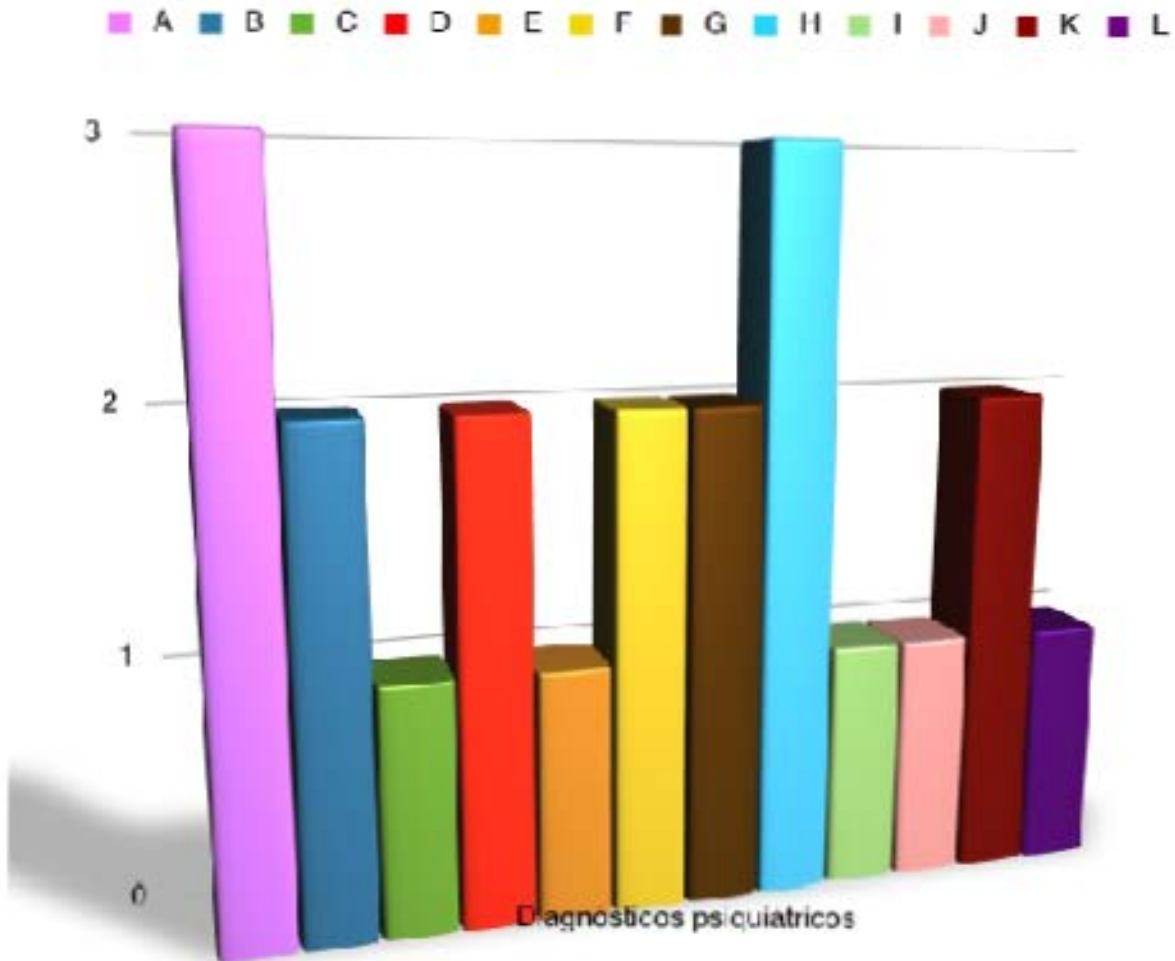
N=31

Fig Pacientes a los que se solicitó valoración pos paidopsiquiatría y pacientes valorados,



N=31

Fig 9 Diagnósticos emitidos por paidopsiquiatría en los pacientes valorados

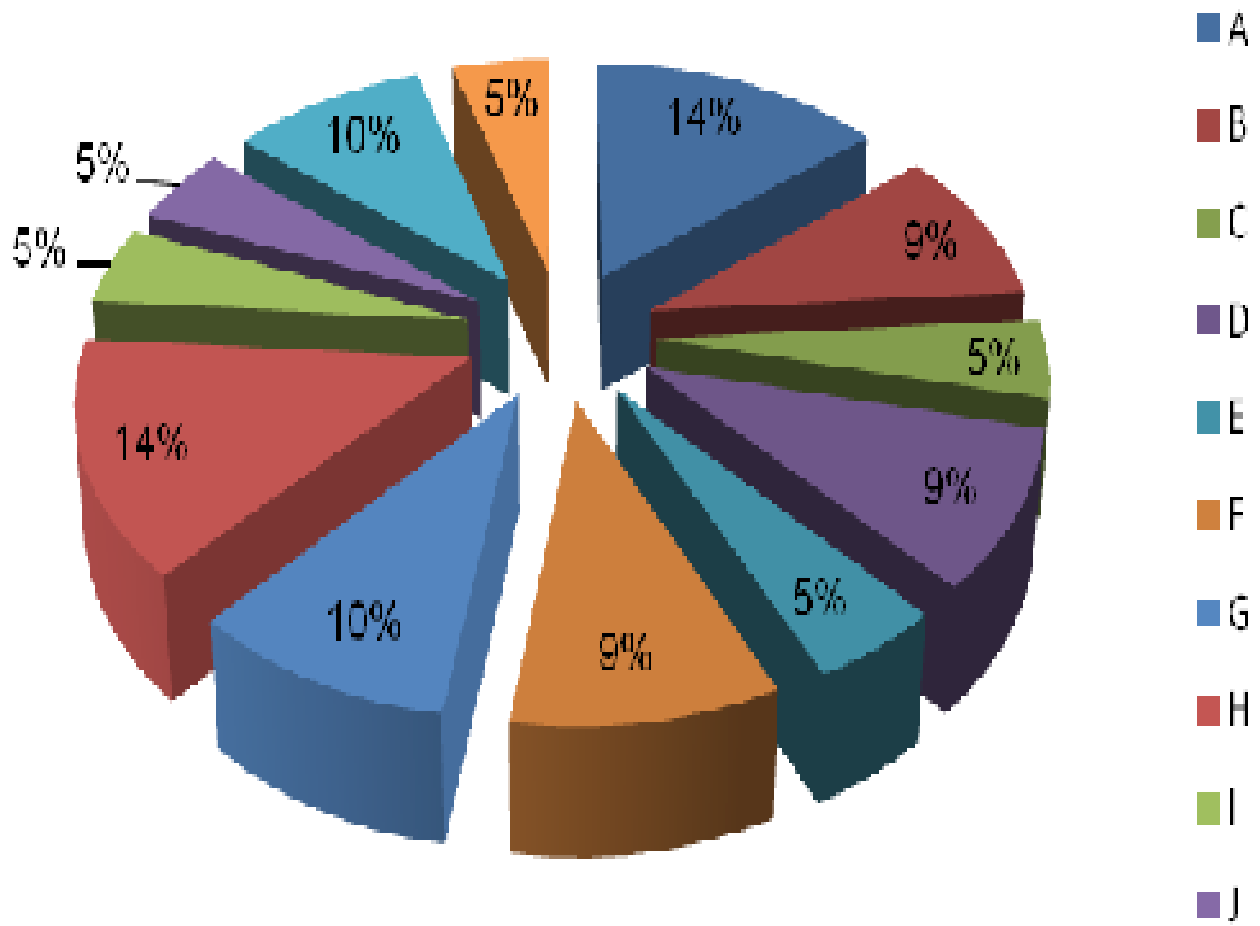


N=11

- A. Episodio depresivo menor
- B. Episodio depresivo mayor grave sin síntomas psicóticos
- C. Episodio depresivo mayor grave con síntomas psicóticos
- D. Distimia
- E. Trastorno de ansiedad generalizada
- F. Envenenamiento intencional auto infligido
- G. Soporte familiar inadecuado
- H. Historia de lesiones auto infligidas
- I. Estrés postraumático
- J. Duelo
- K. Consumo experimental de medicamentos
- L. Problemas de ajuste a transiciones de ciclos vitales

Fig 10

Fig 11 Frecuencia de los diagnósticos emitido por psiquiatría



- A. Episodio depresivo menor
- B. Episodio depresivo mayor grave sin síntomas psicóticos
- C. Episodio depresivo mayor grave con síntomas psicóticos
- D. Distimia
- E. Trastorno de ansiedad generalizada
- F. Envenenamiento intencional auto infligido
- G. Soporte familiar inadecuado
- H. Historia de lesiones auto infligidas
- I. Estrés posttraumático
- J. Duelo
- K. Consumo experimental de medicamentos
- L. Problemas de ajuste a transiciones de ciclos vitales

Cedula de recolección de datos

No Expediente	Fecha de ingreso	edad	sexo	escolaridad	nivel socioeconómico	Características de familia	primer evento?	eventos previos?	dx de ingreso	Solicitud IC psiquiatria	Valoración por psiquiatria	Dx psiquiátrico	Tratamiento previo