



**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL PACIENTE
QUE INGRESA POR INTENTO AUTOLÍTICO EN
LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL**

TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Medicina

TUTORA: MARÍA AVELINA PARRILLA ESCOBAR

AUTORA: LUCÍA SANTÍN GARCÍA

ÍNDICE

1	RESUMEN.....	- 3 -
2	INTRODUCCIÓN	- 4 -
2.1	SEXO Y EDAD	- 5 -
2.2	RAZA Y ETNIA.....	- 5 -
2.3	BULLYING Y COLECTIVO LGTBIQ+	- 5 -
2.4	OTROS: ENFERMEDADES MENTALES,FACTORES FAMILIARES Y SOCIALES, HISTORIA DE TRAUMA	- 6 -
2.5	PLANES DE INTERVENCIÓN	- 6 -
3	MATERIAL Y MÉTODOS.....	- 8 -
3.1	PARTICIPANTES.....	- 8 -
3.2	INTERVENCIÓN.....	- 9 -
3.3	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	- 10 -
4	RESULTADOS.....	- 10 -
4.1	FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS	- 10 -
4.1.1	SEXO, EDAD Y LGTBIQ+	- 10 -
4.1.2	ESTADO CIVIL DE LOS PADRES	- 11 -
4.1.3	SITUACIÓN ESCOLAR.....	- 11 -
4.1.4	TIPO DE POBLACIÓN Y PROVINCIA	- 11 -
4.2	ANTECEDENTES.....	- 12 -
4.2.1	ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS.....	- 12 -
4.2.2	MALTRATO EN LA INFANCIA	- 12 -
4.2.3	INTENTOS Y AUTOLESIONES.....	- 13 -
4.2.4	PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	- 13 -
4.3	INTENTO AUTOLÍTICO	- 14 -
4.3.1	MÉTODO	- 14 -
4.3.2	PREMEDITACIÓN Y AVISO	- 14 -
4.3.3	LETALIDAD	- 14 -
4.3.4	UBICACIÓN.....	- 15 -
5	DISCUSIÓN.....	- 16 -
5.1	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	- 18 -
6	CONCLUSIONES	- 19 -
7	BIBLIOGRAFÍA	- 21 -

1 **RESUMEN**

INTRODUCCIÓN: En España el suicidio es una de las principales causas de fallecimiento no natural, siendo un problema de Salud Pública. Durante los últimos años ha sido objeto de estudio por estar en boga. El análisis de los factores biopsicosociales relacionados con los intentos pueden ayudar a gestionar los planes de de intervención para la prevención del suicidio.

OBJETIVOS: Trazar el perfil de los pacientes ingresados por intento autolítico, en los últimos 3 años, en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, a fin de determinar los posibles factores de riesgo y enfocar la prevención primaria, así como promover la sensibilización de la población ante la estigmatización del suicidio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desarrollo de un estudio descriptivo, observacional de carácter retrospectivo. Obteniendo una muestra 46 pacientes ingresados por intento autolítico entre 2020 y 2022 en el HCUV. Se realiza un análisis estadístico descriptivo sobre las 24 variables recogidas.

RESULTADOS: En el período de tiempo de enero de 2020 a diciembre de 2022, un total de 46 pacientes cumplen los criterios de inclusión. Siendo un 93,5% de la muestra mujeres y estableciendo la edad media en 15,2 años. El 45,7% de los intentos se produjeron en la provincia de Valladolid. El 58,7% de los pacientes habían tenido intentos previos y el 43,5% presenta patología psiquiátrica concomitante. En relación al intento autolítico estudiado el 89,9% fueron intoxicaciones farmacológicas voluntarias.

CONCLUSIONES :Definimos el perfil de los pacientes ingresados por intento autolítico en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del HCUV, siendo en su mayoría una mujer, con una edad media de 15 años, censada en una localidad urbana de Castilla y León. Ha presentado intentos autolíticos previos y autolesiones sin intencionalidad suicida. El método utilizado es la intoxicación farmacológica, habiendo sido un acto premeditado y avisando del suceso. La letalidad del intento es moderada requiriendo atención médica. Ubicamos el acto en su domicilio con presencia de familiares.

2 INTRODUCCIÓN

En España el suicidio es la causa principal de fallecimiento no natural, 2,7 veces más que las originadas por accidentes de tráfico, 13,6 más que los homicidios y 90 veces más que las provocadas por la violencia de género [1]. El suicidio se encuentra entre las causas primordiales de años de vida perdidos por muerte prematura en los países occidentales [2].

A nivel mundial basándonos en la tasa de años de vida perdidos ajustados por muerte prematura estandarizados por edad, el suicidio fue la principal causa de muerte en los países de altos ingresos de Asia Pacífico; tercera causa principal en Europa del Este y Australasia; cuarto en Europa central, Europa occidental y América del Norte de altos ingresos; 6º en el sur de Latinoamérica; y el octavo en Asia central [3].

Antes de aparecer la ideación autolítica suelen estar presentes ideas de desesperanza o pensamientos acerca de la muerte sin clara intención de hacerse daño. Posteriormente si aparece ideación suicida, los pensamientos a cerca de quitarse la vida pueden inundar la mente del paciente, independientemente de que haya o no una planificación para llevarlo a cabo. Se define un intento autolítico como cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva aunque sea vaga o ambigua [4].

Según las Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte publicadas por el INE, 2020 se saldó con 3.941 fallecimientos. Supone un incremento del 7,4% respecto a 2019. Fue el primer año en el que se alcanzó la cifra de 14 suicidios en menores de 15 años, este dato duplica los casos de 2019 [1].

El suicidio es infrecuente en niños y cobra especial importancia en los adolescentes. Está relacionado con la concepción de la muerte que varía a medida que los niños van creciendo.

- En la edad preescolar no se entiende la irreversibilidad del proceso.
- En la edad escolar desarrollan una visión más realista.
- En la adolescencia, las experiencias y el desarrollo emocional condiciona la noción de la muerte que tienen. Comprenden que es permanente, universal, inevitable e irreversible.

La adolescencia es la transición entre la niñez y la adultez, caracterizada por grandes cambios en su desarrollo físico y psíquico. Los factores sociales, económicos y culturales condicionan sus vivencias, siendo un grupo especialmente vulnerable.

El suicidio es un problema de Salud Pública a nivel mundial. Durante los últimos años este tema ha sido objeto de estudio por su actualidad. En las diferentes bases de datos podemos consultar una gran variedad de literatura acerca de las circunstancias que rodean a estos pacientes. Numerosos investigadores han descrito diferentes patrones sociodemográficos involucrados, analizando múltiples factores de riesgo.

2.1 SEXO Y EDAD

Respecto al sexo nos encontramos ante una paradoja; siendo las niñas más propensas a la ideación e intentos autolíticos, son los varones adolescentes quienes acumulan mayor número de fallecimientos. Esta diferencia no es observable hasta los 11 años [5]. En relación a la edad, los suicidios alcanzan el máximo entre 15 y 18 años, posteriormente se produce un descenso. También se objetivó una diferencia significativa entre las niñas y niños a la hora de informar acerca de su ideación e intentos autolíticos, siendo ellas las que más lo expresan en su entorno [6].

Un estudio llevado a cabo en Polonia por Zygo et al. entre Diciembre de 2013 y Abril de 2014, en el que se encuestó a un total de 5685 estudiantes de entre 13 y 19 años, reportó que el grupo que acumulaba mayor número de pensamientos, planes o intentos autolíticos era el conjunto de 17-18 años [6].

2.2 RAZA Y ETNIA

La raza y etnia tiene un valor importante, en diferentes análisis entre grupos de nativos o aborígenes, se ha observado que las minorías presentan mayores tasas de suicidio. En 2016, se publicó un estudio en Estados Unidos, en el que advierten que entre los fallecimientos por suicidio, el perfil mayoritario correspondía a niños afroamericanos utilizando como medio el ahorcamiento, estrangulamiento o asfixia [7].

2.3 BULLYING Y COLECTIVO LGTBIQ+

Otro pilar fundamental en los niños y adolescentes son sus relaciones sociales y ambiente en el que se desarrollan. En los últimos años se ha visibilizado el acoso

escolar o bullying. Los medios de comunicación muestran la situación que viven muchos jóvenes que se suicidan. Son objeto de conductas abusivas tanto físicas, verbales como en las relaciones sociales, perpetradas por uno o más de sus compañeros de clase. Se pone de manifiesto la relación entre los adolescentes víctimas de bullying y la ideación suicida. Adicionalmente se señala la intervención en este proceso de los síntomas depresivos como factor de riesgo biopsicosocial [8].

La discriminación hacia las personas LGTBQ+ es una realidad en nuestro entorno. Los adolescentes necesitan sentirse integrados en su ambiente, y en muchas ocasiones el hecho de ser diferente a la mayoría ocasiona rechazo y acoso. En el certificado de defunción no se incluye la orientación e identidad sexual del sujeto, esto dificulta la realización de estadísticas en colectivos minoritarios. Varios estudios han establecido una relación entre el padecimiento de enfermedades mentales y los pensamientos e intentos de suicidio en este grupo social. Asimismo se determina la existencia de una mayor prevalencia de la ideación e intentos autolíticos entre los jóvenes pertenecientes al colectivo LGTBQ+, que entre los adolescentes heterosexuales [9].

2.4 OTROS: ENFERMEDADES MENTALES,FACTORES FAMILIARES Y SOCIALES, HISTORIA DE TRAUMA

En otro orden de cosas se encuentra un amplio grupo de factores de riesgo; relacionado con los intentos autolíticos contribuyen las enfermedades mentales, concretamente los trastornos depresivos, bipolar o psicótico agudo.

Referente a sus antecedentes sociales se ven influidos por tener familiares o amigos con comportamientos suicidas. En cuanto a la relación de sus padres, el divorcio, la separación, la pérdida de alguno de los progenitores, así como el maltrato infantil en cualquiera de sus variantes (físico, verbal, sexual, negligencia) está vinculado con su desarrollo [10].

2.5 PLANES DE INTERVENCIÓN

En 2014, la OMS publicó por primera vez un informe acerca del suicidio llamado: *Prevención del suicidio, un imperativo global*. Su finalidad es aumentar la conciencia de la población y poner de manifiesto la importancia de la prevención [11]. Adicionalmente ha establecido entre sus objetivos la reducción de la mortalidad causada por el suicidio

desarrollando un Plan de Acción de Salud Mental de 2013 a 2020, siendo ampliado hasta 2030 [12].

En la misma línea, los 193 Estados miembros de las Naciones Unidas aprobaron la Agenda 2030 formada por 17 objetivos globales interconectados para el Desarrollo Sostenible, cuya finalidad es favorecer a las personas, el planeta y medioambiente, así como la prosperidad promoviendo la paz universal y el acceso a la justicia [13].

Concretamente en el Objetivo 3, Salud y Bienestar, se encuentra la “Meta 3.4. De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.” [14] siendo uno de los indicadores utilizados la Tasa de Mortalidad por Suicidio.

A nivel regional, Castilla y León ha desarrollado la “Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025”. El IV Plan de Salud de Castilla y León determina el suicidio como la primera causa de mortalidad externa entre los varones y apuesta por el Desarrollo de una atención centrada y especializada a la conducta suicida. En 2017 se autorizó el Proceso de Prevención, atención asistencial y coordinación interinstitucional a la conducta suicida con la finalidad de identificar precozmente a aquellas personas con riesgo de suicidio, disminuyendo las tentativas y por consiguiente la mortalidad derivada de esta conducta [15].

Para conseguir un plan efectivo se debe realizar un enfoque integral, formando equipos interdisciplinarios para la elaboración de planes sociosanitarios dinámicos ajustados a las necesidades actuales.

La estigmatización alrededor del suicidio evita que muchas personas busquen ayuda. Asimismo la prevención primaria es escasa debido a la falta de sensibilización sobre su importancia. Si bien para crear un plan de prevención, primero se deben analizar los factores de riesgo que median, y esa es la cuestión que planteamos en este estudio.

¿Cuál es el perfil sociodemográfico de un niño/adolescente que ingresa por un intento autolítico?

En este proyecto marcamos como objetivo principal definir el perfil sociodemográfico de los pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil de los Hospital Universitario Clínico de Valladolid (HUCV) en los últimos 3 años que han realizado intentos autolíticos.

Pretendemos conocer cuáles son las características tanto personales como del entorno que motiva a estos niños y adolescentes a desarrollar esta conducta. Esto ayudará a determinar tanto los factores de riesgo, para evitar o minimizar su impacto, como los factores protectores a fin de potenciarlos. Para ello evaluaremos una combinación de circunstancias potencialmente implicadas respaldadas en numerosas investigaciones, permitiéndonos corroborar su influencia en Castilla y León.

Trazar un patrón de conducta nos permitirá enfocar la prevención primaria para dirigir las intervenciones hacia colectivos más concretos y vulnerables. Por añadidura favorecerá el diagnóstico precoz de la ideación suicida y posibilitará un mejor seguimiento de los jóvenes que se hallen en esta coyuntura.

Por otra parte, proporciona una base sólida para promover la sensibilización de la población ante un problema de plena actualidad que acaba con la vida de cientos de personas cada año en España.

3 MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro objetivo es describir la naturaleza y características de los pacientes ingresados por intento autolítico en Psiquiatría Infanto-Juvenil; por lo tanto diseñamos un estudio descriptivo observacional retrospectivo.

3.1 PARTICIPANTES

Nuestra muestra es seleccionada entre los pacientes que han sido ingresados por intento autolítico en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del HCUV, se trata de una sección de carácter regional que presta asistencia a toda la comunidad de Castilla y León.

Criterios de inclusión

En primer lugar establecemos la población a estudio, pacientes menores de 18 años con intento autolítico que requieren ingreso en Castilla y León. Siguiendo estos cuatro criterios principales : edad, patología, hospitalización y censados en Castilla y

León, determinamos la muestra entre los pacientes que han recibido atención sanitaria en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil del HCUV.

Seguidamente delimitamos la franja temporal en la que fueron ingresados, fijando como intervalo los últimos 3 años, en consecuencia, desde enero de 2020 a diciembre de 2022.

Ante la ausencia de una nomenclatura común para codificar el motivo de ingreso, acotamos los pacientes cuyo diagnóstico principal se enmarque en un intento autolítico, es decir: intento autolítico, gesto autolítico, gesto suicida, autointoxicación, intoxicación farmacológica/medicamentosa, intoxicación voluntaria, precipitación, lesiones autolíticas, venoclisis, ahorcamiento.

Por consiguiente, todos aquellos sujetos que no cumplan rigurosamente estos criterios quedan excluidos del presente proyecto.

3.2 INTERVENCIÓN

Análisis de los factores relacionados con el intento autolítico.

Partimos de un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) obtenido de las historias clínicas recogidas, en el programa informático Jimena, de los pacientes que cumplen los criterios anteriores, concretamente contamos con una muestra de 46 individuos.

La recogida de datos se realizó cumpliendo con la legislación vigente en referencia a la protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales). Previamente se diseñó un protocolo de investigación, además de solicitar permiso para llevar a cabo este proyecto al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, con dictamen favorable el 2 de marzo de 2023. (Referencia CEIm Área de Salud Valladolid Este: PI 23-3026 TFG)

Se extrae un conjunto de 24 variables divididas en varios grupos:

1. Factores socio-demográficos: Edad, sexo, colectivo LGTBIQ+, estado civil de sus padres (casados o separados/divorciados), situación escolar (Bullying, absentismo), localidad rural o urbana y provincia de Castilla y León.

2.Antecedentes:Maltrato en la infancia, antecedentes familiares psiquiátricos, intentos previos, número total de intentos, autolesiones previas, rasgos de la personalidad, TCA, trastornos ansioso-depresivos y tóxicos (alcohol, tabaco, drogas).

3.Variables del intento autolítico: Método (farmacológico, asfixia, precipitación) letalidad, premeditación, aviso, nota de despedida, llamada al 112, presencia de familiares en el hogar y ubicación del intento.

3.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez recogidos los datos de los pacientes se almacenan en una base de datos anónima utilizando una hoja de cálculo Excel. Seguidamente se lleva a cabo el análisis estadístico empleando el programa IBM SPSS Statistics. Efectuamos un análisis descriptivo univariante y bivalente. Para la determinación de la asociación entre variables cualitativas la prueba chi cuadrado es la distribución de elección, considerando significativos los test realizados con un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$).

4 RESULTADOS

A través de las historias clínicas recabamos numerosos datos a cerca de su situación biopsicosocial con la intención de tener una visión panorámica y completa de las distintas esferas de la vida de nuestros pacientes.

Las variables recogidas en este estudio corresponden a los años 2020,2021 y 2022, atendiendo a los criterios de inclusión anteriormente citados contamos con una muestra de 46 pacientes sobre la que realizar el análisis descriptivo.

4.1 FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS

4.1.1 SEXO, EDAD Y LGTBIQ+

La distribución por sexos fue un 93,5% mujeres y un 6,5% varones.

En cuanto a la edad podemos afirmar que la mínima de ingreso se encuentra en los 12 años, siendo la máxima los 17. Sin embargo, este dato está supeditado a la organización interna de la Unidad, dado que a partir de los 18 años estos pacientes ingresan en el Servicio de Psiquiatría de adultos. Por grupos de edad los $< 0 =$ de 14

años son el 21,7%, y los > 14 años un 78,3%. La media de edad se encuentra en los 15,2 años con una DE $\pm 1,408$.

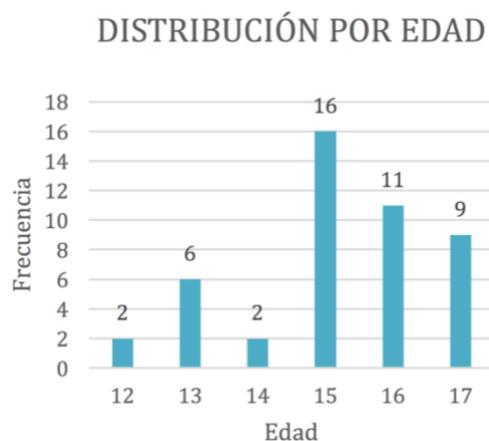


FIGURA 1: Distribución por edad.

En otro orden de cosas, un total de 4 pacientes de nuestro proyecto forman parte del colectivo LGTBIQ+, representando un 8,7% de la muestra estudiada.

4.1.2 ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

En el ámbito familiar encontramos familias estructuradas en el 56,5% de los casos en contraposición a los progenitores que están divorciados o separados que alcanzan el 43,5%.

4.1.3 SITUACIÓN ESCOLAR

Dentro de la muestra de pacientes seleccionados encontramos una frecuencia de 16 jóvenes que sufren acoso escolar en las aulas, esto supone un 34,8%, frente a los 28 individuos que no se encuentran en esta tesitura. Completamos la situación en sus centros de enseñanza con un 4,3% de absentismo escolar.

4.1.4 TIPO DE POBLACIÓN Y PROVINCIA

A cerca de su entorno recogemos su lugar de residencia, medio rural o urbano, viviendo la mayoría en ciudades, un 73,9%. El 26,1% restante están domiciliados en una localidad rural.

Desgranamos por provincias de la comunidad, Castilla y León, ocupando el primer lugar Valladolid con un 45,7% del total de los intentos, así como un 52,9% de los ocurridos en urbes. En este medio Soria y Segovia han sido las provincias con menos sucesos siendo el porcentaje de ambas un 2,9%.

Respecto a la población rural, la provincia con un mayor porcentaje de ingresos es Ávila con un 33,3%. Burgos, Soria y Palencia no acumulan ningún intento en nuestra muestra.

En cuanto a Zamora, destacar la ausencia de pacientes hospitalizados en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del HCUV en estos tres últimos años estudiados.

Se realiza una tabla de contingencia para relacionar la provincia del paciente con el medio rural o urbano al que pertenece obteniendo un resultado no estadísticamente significativo en nuestra muestra ($p > 0.05$).

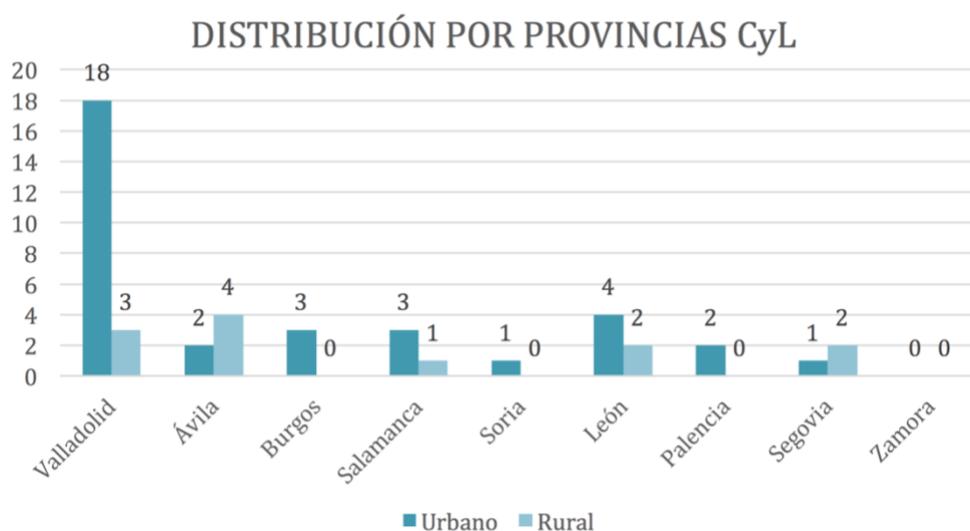


FIGURA 2: Distribución por provincias de Castilla y León.

4.2 ANTECEDENTES

4.2.1 ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS

Dentro de las familias de nuestros pacientes hemos detectado que 24 jóvenes, es decir, el 52,2% de la muestra tienen familiares de primer, segundo o tercer grado con patología psiquiátrica, frente al 47,8% en los que no se indica ningún trastorno relevante en la historia clínica del individuo.

4.2.2 MALTRATO EN LA INFANCIA

El maltrato infantil adopta diversas formas que en ocasiones se presentan al unísono. Engloba un sinnúmero de categorías como son el físico, sexual, psíquico, explotación, negligencia...

En este estudio contamos con 6 sujetos que han sufrido esta situación, siendo un 13 % de la muestra seleccionada.

4.2.3 INTENTOS Y AUTOLESIONES

Recogemos el número de intentos autolíticos que han cometido los pacientes, siendo el 41,3% su primer episodio. En relación con los pacientes que sí han realizado una tentativa de suicidio previamente al suceso seleccionado en la muestra, el 30,4% presenta dos episodios, el 15,2% ha tenido tres intentos, y los que han efectuado cuatro, cinco, seis o siete, acumulan un porcentaje del 13,1%.

Las autolesiones sin intencionalidad suicida son un rasgo presente en numerosos casos de intentos autolíticos, entre los pacientes seleccionados para este proyecto estaban descritas dichas lesiones en la historia clínica de 31 individuos correspondiendo esta cifra con un 67,4%.

4.2.4 PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

En primer lugar analizamos los rasgos de la personalidad; el 58,7% no han sido diagnosticados de ninguna patología y el 41,3% restante lo dividimos en varios grupos. Los rasgos de la personalidad clúster B ocupan el primer lugar, su porcentaje un 32,6%, a continuación los rasgos de la personalidad Clúster C, con un 6,52% de los pacientes. En último lugar, un 2,2% de los sujetos de la muestra presenta un trastorno de personalidad disociativo.



FIGURA 3: Distribución de los Trastornos de la Personalidad.

En otro orden de patologías encontramos los trastornos ansioso depresivos acumulando un porcentaje del 21,6%. Dentro de nuestra muestra un total de 12 jóvenes padecen o han padecido un TCA, representando un 26,1%. Entre los pacientes un 2,2% de la muestra padece un trastorno adaptativo mixto.

Respecto a los tóxicos, el 23,9% consume alguna o varias de las siguientes sustancias: alcohol, tabaco y/o cannabis.

4.3 INTENTO AUTOLÍTICO

4.3.1 MÉTODO

Entre los métodos utilizados por los pacientes destaca con un porcentaje del 89,9% la intoxicación voluntaria farmacológica. El 10,1% restante lo integra un 4,3% la precipitación desde altura, otro 4,3% la venoclisis y en último lugar con un 2,2 % el ahorcamiento.



FIGURA 4: Método utilizado.

4.3.2 PREMEDITACIÓN Y AVISO

Disponemos de una muestra de 46 pacientes de los cuales 24 confirman haber premeditado y planificado el intento autolítico, siendo un 52,2% de los individuos.

Por otra parte distinguimos tres categorías según su actuación después de realizar el intento, en primer lugar encontramos a los jóvenes que avisan a familiares o amigos del gesto autolítico, un 39,1%. El segundo grupo integrado por la existencia de una nota de despedida, bien sea una carta, un texto en su móvil o similares, siendo el 17,4%. Y, en última instancia un pequeño porcentaje, 6,5%, avisan personalmente al 112 de su tentativa de suicidio.

4.3.3 LETALIDAD

Clasificamos la letalidad del intento siguiendo la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) [16] en seis grados mediante un orden ascendente de gravedad.

El grupo que más frecuencia acumula es el 2, daño físico moderado y necesidad de asistencia médica, con un total de 23 pacientes, el 50%. En la muestra seleccionada todos los pacientes puntuaban entre 1 y 4.

Actual Lethality/Medical Damage

0	No physical damage or very minor physical damage (e.g., surface scratches).
1	Minor physical damage (e.g., lethargic speech; first-degree burns; mild bleeding; sprains).
2	Moderate physical damage; medical attention needed (e.g., conscious but sleepy, somewhat responsive; second-degree burns; bleeding of major vessel).
3	Moderately severe physical damage; medical hospitalization and likely intensive care required (e.g., comatose with reflexes intact; third-degree burns less than 20% of body; extensive blood loss but can recover; major fractures).
4	Severe physical damage; medical hospitalization with intensive care required (e.g., comatose without reflexes; third-degree burns over 20% of body; extensive blood loss with unstable vital signs; major damage to a vital area).
5	Death

TABLA 1: Clasificación de la letalidad de un intento autolítico.
Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)



FIGURA 5: Distribución según el grado de letalidad.

4.3.4 UBICACIÓN

El lugar dónde mayormente se han producido los intentos autolíticos ha sido en su hogar, fue el sitio de elección en el 91,3% de los casos de la muestra estudiada. Siendo realizados con presencia de familiares en su domicilio el 63%, y sin familiares el 28,3%. El 8,7% restante corresponde a sujetos cuyo gesto fue extradomiciliario.

5 **DISCUSIÓN**

Como ya se ha mencionado previamente el objetivo de este proyecto es trazar el perfil sociodemográfico de los pacientes seleccionados. Este estudio retrospectivo nos ha permitido investigar una muestra de 46 pacientes atendidos en el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del HCUV.

En primer lugar las variables analizadas en relación a los factores sociodemográficos, los resultados van de la mano con la literatura existente [5], predominando ampliamente en frecuencia los intentos realizados por mujeres, siendo un 93,5% de la muestra. Esta cifra puede estar sesgada respecto a los varones, ellos son quienes acumulan un mayor número de fallecimientos, sin embargo este dato no se puede recabar debido a que no llegan a ingresar en el hospital.

Atendiendo a la distribución por edades, el grupo de mayores de 14 años son los que reúnen un mayor número de intentos, 78,3%, siendo concretamente a la edad de 15 años dónde encontramos la moda de la muestra. Distintos artículos respaldan esta información, confirmando un rápido incremento de los intentos autolíticos a partir de los 13-15 años [17,18]. Este dato difiere ligeramente del pico de frecuencia que el estudio realizado por Zygo et al. sitúa en los 17 y 18 años [6]. No obstante, no contamos con la cifra de intentos autolíticos llevados a cabo por pacientes mayores de edad.

Respecto a los pacientes que se identifican con el colectivo LGTBIQ+, representan un 8,7% de la muestra. Debido a las limitaciones inherentes al tipo de estudio llevado a cabo no podemos constatar una mayor prevalencia de los intentos autolíticos respecto a un grupo heterosexual [9].

El estado civil de los padres es otra de las variables recogidas, encontramos un 43,5% de los progenitores divorciados o separados, estando asociados los conflictos familiares con el comportamiento suicida [19].

En lo que se refiere a su situación escolar, el bullying está asociado con la ideación y el comportamiento suicida siendo considerado un factor de riesgo [5,20] ; dentro de nuestro proyecto detectamos que el porcentaje de los jóvenes que lo sufren es un 34,8%.

Los estudios llevados a cabo en los últimos años se realizan, en su mayoría, en muestras urbanas. Sin embargo, las tasas de suicidio más altas se encuentran en el medio rural [21]. Entre nuestros pacientes el 73,9% de los intentos autolíticos han sido llevados a cabo en ciudades, siendo la provincia de Valladolid la que más casos acumula. Por consiguiente no debemos desestimar el efecto de la urbanización y globalización actual como se ha observado en el estudio *Suicide rates in China from 2002 to 2011: an update* [22]. Asimismo se ha de contemplar la posibilidad de la existencia de un sesgo, en vista a las diferencias de acceso a los servicios sanitarios en áreas rurales pequeñas y en consecuencia a la amplia extensión de la comunidad y las distancias interhospitalarias. Adicionalmente debemos tener en cuenta la limitación de los recursos en los centros sanitarios, encontrándose en muchas ocasiones la unidad completa, en consecuencia los pacientes ingresan en el Servicio de Pediatría o Psiquiatría de adultos en sus respectivas provincias de origen sin llegar a ser derivados a la unidad de referencia.

Centrándonos en los eventos traumáticos o adversos en sus vidas, como el maltrato en la infancia [23], siendo un 13% de la muestra; familiares con patología psiquiátrica, el 52,2% en nuestro estudio o la exposición a comportamientos autolíticos, se encuentran asociados por la literatura actual [19].

El DSM 5 define los trastornos de la personalidad como el “*Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo*” [24]. Las personas que padecen un trastorno de la personalidad, abuso de sustancias o ansiedad destaca en su temperamento la impulsividad y ausencia de autocontrol asociado a los comportamientos suicidas [25]; derivando en un mayor riesgo de cometer intentos autolíticos, especialmente el trastorno límite de la personalidad [26,27]. El diagnóstico de trastorno de la personalidad se establece a partir de los 18 años, siendo nuestros pacientes menores, por esta razón en nuestra muestra el 43,5% de los sujetos están descritos como rasgos de la personalidad, dentro de este resultado el Clúster B incluye el antisocial, límite, histriónico y narcisista [24] siendo un 32,66 %.

Siguiendo con las patologías previas, la evidencia científica confirma la existencia de un alto riesgo de suicidio y comportamientos autolesivos entre los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. La mayor frecuencia de intentos autolíticos se encuentra en los subtipos purgativos de la enfermedad [28]. En este proyecto los sujetos que han padecido un TCA representan el 26,1%.

En otro orden de cosas, los intentos previos de suicidio seguidos en estudios longitudinales determinan que es un predictor importante de un intento futuro, aumentando el riesgo tres veces más durante el seguimiento [19]. En nuestra muestra los pacientes que han cometido uno o más intentos previos acumulan un 58,7%.

Según algunos autores [29] la principal causa de lesión es la intoxicación por diversas sustancias, especialmente la ingesta de fármacos psicotrópicos; concretamente un 83,4% en mujeres y un 69% en hombres. La segunda causa son las lesiones realizadas con instrumentos cortantes. Estos datos coinciden con los resultados obtenidos en nuestra muestra donde el 89,9% de los intentos fueron intoxicaciones farmacológicas, el fácil acceso y disponibilidad a estas sustancias podría explicar su alta prevalencia. A continuación se encuentran con el mismo porcentaje, un 4,3%, la venoclisis y la precipitación desde altura como método.

La premeditación abarca diferentes dimensiones, como la frecuencia, duración, el formato o la evolución de la ideación suicida, se pueden relacionar con situaciones interpersonales, agravarse con otras patologías o consumo de tóxico. En determinadas situaciones los pacientes perciben sensaciones positivas, ideación egosintónica, consideradas un signo de alarma, o negativas, egodistónica [30]. Por consiguiente se trata de un parámetro que genera numerosas características para un correcto análisis, en nuestro estudio 52,2% ha presentado alguna forma de premeditación en su intento.

La severidad del intento se estima relacionando la letalidad con el grado de intención suicida. Se han desarrollado diversas escalas [31] en vista de que ambas variables se correlacionan débilmente. Podemos encontrar tentativas con un alto grado de intención sin embargo haberse realizado con métodos leves en cuanto a letalidad o viceversa [30]. Debemos considerar también la dificultad añadida que supone para un niño evaluar adecuadamente la letalidad de un método, no ajustándose a la realidad las consecuencias del intento, como sí reconocería un adulto.

5.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Dentro de las limitaciones del proyecto encontramos las inherentes al tipo de estudio diseñado, descriptivo observacional retrospectivo:

- La alta sensibilidad a los sesgos.
- No posibilita valorar una secuencia temporal, por consiguiente, no permite demostrar hipótesis etiológicas, solo faculta para generarlas.

En cuanto a la recogida de datos, se encuentra condicionada por la complejidad de las historias clínicas. No existe un modelo de informe único en el que se detallen estos campos, lo cual facilitaría la posterior realización de numerosos proyectos de investigación. Se trata de casos individuales atendidos por diferentes profesionales en los que no se detallan en ocasiones parte de las variables que nos interesa estudiar, siendo considerados estos pacientes como pérdidas del estudio.

6 CONCLUSIONES

El suicidio se encuentra entre las causas principales de fallecimiento no natural. En nuestra muestra definimos el perfil de los pacientes ingresados por intento autolítico en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del HCUV, siendo en su mayoría una mujer, con una edad media de 15 años, censada en una localidad urbana de Castilla y León. Destacando entre su antecedentes, intentos autolíticos previos y autolesiones sin intencionalidad suicida, llama también la atención el porcentaje de pacientes con rasgos de la personalidad anómalos, concretamente rasgos del Clúster B. Por otra parte alguno de sus familiares más cercanos está diagnosticado de patología psiquiátrica.

En cuanto al intento el método fundamentalmente utilizado es la intoxicación farmacológica, habiendo sido un acto premeditado y avisando del suceso a familiares y/o amigos, dejando una nota o llamando al 112 posteriormente. La letalidad del intento es moderada requiriendo atención médica. Ubicamos el acto en su domicilio con presencia de familiares.

La prevención del suicidio necesita un enfoque global, siendo necesarios programas de orientados a los grupos de riesgo. Recalcar la importancia del seguimiento de aquellos pacientes con patologías como la depresión o trastornos de la personalidad. Es preciso insistir en las medidas de restricción de acceso a los medios más utilizados o letales; como el control de la venta de psicotrópicos o la reducción de las unidades en los envases de analgésicos.

El pilar básico de toda actuación es la educación y formación; aumentando la concienciación y conocimientos tanto de los profesionales como de la población general. Asimismo se debe promover la investigación y el desarrollo de intervenciones comunitarias. No debemos olvidar implicar a los medios de comunicación, instándoles a un tratamiento responsable de los datos relacionados con las conductas autolíticas [32].

En marzo de 2023 la implementación de una Red de Detección y Alerta para el cuidado de la salud mental en Castilla y León. El Gobierno de la autonomía señala como objetivo fundamental la prevención y detección, intensificando los recursos en múltiples ámbitos, como los centros educativos, teleasistencia y Áreas de Salud [33].

7 BIBLIOGRAFÍA

1. Observatorio del Suicidio en España 2020 [Internet]. Prevención del suicidio. [citado 2022 oct 25]; Available from: <http://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>
2. Fonseca-Pedrero E, Al-Halabí S, Pérez-Albéniz A, Debbané M. Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:1784.
3. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ* 2019;194.
4. Buitrago y Parra - Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jó.pdf [Internet]. [citado 2022 oct 25]; Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v20n80/1139-7632-pap-20-80-387.pdf>
5. Cb C, Pj F, E MG, Cr G, Em K, Mk N. Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* [Internet] 2018 [citado 2022 oct 26];59. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29090457/>
6. Zygo M, Pawłowska B, Potembska E, Dreher P, Kapka-Skrzypczak L. Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13–19 years. *Ann Agric Environ Med.* 2019;26:329-36.
7. Sheftall AH, Asti L, Horowitz LM, Felts A, Fontanella CA, Campo JV, et al. Suicide in Elementary School-Aged Children and Early Adolescents. *Pediatrics* 2016;138:e20160436.
8. Azúa Fuentes E, Rojas Carvallo P, Ruiz Poblete S. Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. *Rev Chil Pediatr* 2020;91:432.
9. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex* 2011;58:10-51.
10. Becker M, Correll CU. Suicidality in Childhood and Adolescence. *Dtsch Arztebl Int* 2020;117:261-7.
11. Pratap Sharan, Rajesh Sagar, Saurabh Kumar. Mental health policies in South-East Asia and the public health role of screening instruments for depression. *WHO South-East Asia Journal of Public Health* 2018;6:5-11.
12. Suicide worldwide in 2019 [Internet]. [citado 2023 feb 26]; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 - Conoce la Agenda [Internet]. [citado 2023 feb 26]; Available from: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/index.htm>
14. Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades [Internet]. INE [citado 2023 feb 26]; Available from: <https://www.ine.es/dyngs/ODS/es/objetivo.htm?id=4846>
15. Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025 [Internet]. [citado 2023 feb 27]; Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-prevencion-conducta-suicida-castilla-leon-2021-2.ficheros/2140352-Estrategia%20de%20prevenci%C3%B3n%20de%20la%20conducta%20suicida%20en%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n%202021-2025.pdf>
16. C-SSRS_Pediatric-SLC_11.14.16.pdf [Internet]. [citado 2023 abr 28]; Available from: https://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/C-SSRS_Pediatric-SLC_11.14.16.pdf

17. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet* 2012;379:2373-82.
18. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry* 2013;70:300-10.
19. Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020;29:759-76.
20. Winsper C, Lereya T, Zanarini M, Wolke D. Involvement in Bullying and Suicide-Related Behavior at 11 Years: A Prospective Birth Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2012;51:271-282.e3.
21. Fontanella CA, Hiance-Steelesmith DL, Phillips GS, Bridge JA, Lester N, Sweeney HA, et al. Widening Rural-Urban Disparities in Youth Suicides, United States, 1996-2010. *JAMA Pediatr* 2015;169:466.
22. Wang CW, Chan CLW, Yip PSF. Suicide rates in China from 2002 to 2011: an update. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:929-41.
23. Angelakis I, Austin JL, Gooding P. Association of Childhood Maltreatment With Suicide Behaviors Among Young People: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open* 2020;3:e2012563.
24. American Psychiatric Association, editor. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014.
25. Universidad Cooperativa de Colombia, Bedoya Cardona EY, Montaña Villalba LE, Universidad Cooperativa de Colombia. *Suicidio y Trastorno Mental*. CES Psico 2016;179-201.
26. Echávarri O, Morales S, Bedregal P, Barros J, Maino M de la P, Fischman R, et al. ¿Por Qué No Me Suicidaría? Comparación Entre Pacientes Hospitalizados en un Servicio de Psiquiatría con Distinta Conducta Suicida. *Psykhé (Santiago)* 2015;24:1-11.
27. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Ter Psicol* 2015;33:117-26.
28. Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario [Internet]. [citado 2023 may 9]; Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502013000500004
29. Sendra-Gutiérrez JM, Esteban-Vasallo M, Domínguez-Berjón MF. Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2018;11:234-43.
30. Alejandro Gómez G. Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2012;23:607-15.
31. Pierce DW. The Predictive Validation of a Suicide Intent Scale: A Five Year Follow-up. *Br J Psychiatry* 1981;139:391-6.
32. GPC_Conducta_Suicida.pdf [Internet]. [citado 2023 may 15]; Available from: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf

33. León J de C y. Mañueco anuncia la creación de una Red de Detección y Alerta para cuidar la salud mental de niños, adolescentes y personas mayores [Internet]. Mañueco anuncia la creación de una Red de Detección y Alerta para cuidar la salud mental de niños, adolescentes y personas mayores [citado 2023 may 22]; Available from: <https://comunicacion.jcyl.es/web/jcyl/Comunicacion/es/Plantilla100Detalle/1284877983892/NotaPrensa/1285262470200/Comunicacion>

1 INTRODUCCIÓN

En España el suicidio es la causa principal de fallecimiento no natural, 27 veces más que los originados por accidentes de tráfico, siendo un problema de Salud Pública. Para adecuar los planes de prevención primero debemos analizar los factores biopsicosociales que median.



¿Cuál es nuestro objetivo?
Trazar el perfil sociodemográfico de un niño/adolescente que ingresa por intento autolítico en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil (HCUV)

2 MATERIAL Y MÉTODOS

Diseñamos un estudio descriptivo observacional retrospectivo.

- Participantes:** Establecemos los siguientes criterios de inclusión para seleccionar la muestra.
 - Edad <18 años.
 - Intento autolítico.
 - Hospitalización en HCUV.
 - Habitantes de Castilla y León.
 - Franja temporal, años 2020, 2021 y 2022.
- Intervención:** Obtenemos a través de las historias clínicas 24 variables agrupadas en tres categorías
 - Factores socio-demográficos.
 - Antecedentes.
 - Variables del intento autolítico.

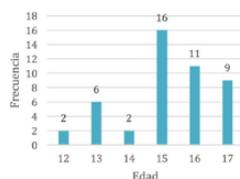
Una vez obtenida la muestra (n=46) y codificados los datos, realizamos un análisis estadístico descriptivo univariante y bivalente.

3 RESULTADOS

1. FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS

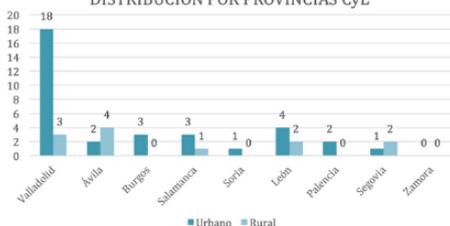
- Sexo:** 93,5% mujeres vs 6,5% varones.
- Edad:** Mínima de ingreso 12 años. La media se encuentra en los 15,2 años con una DE ±1,408.

DISTRIBUCIÓN POR EDAD



- LGTBIQ+:** Representa un 8,7% de la muestra.
- Estado civil padres:** Un 43,5% presenta progenitores divorciados o separados.
- Situación Escolar:** El 34,8% de los individuos son víctimas de bullying.
- Población:** El 73,9% viven en ciudades. Valladolid acumula el 45,7% de los intentos.

DISTRIBUCIÓN POR PROVINCIAS CyL



2. ANTECEDENTES

- Antecedentes familiares psiquiátricos:** 52,2%.
- Maltrato en la infancia:** 13%.
- Intentos previos:** 58,7%.
- Autolesiones sin intencionalidad suicida:** 67,4%.
- Patología psiquiátrica:** El 41,3% está diagnosticado de algún trastorno de la personalidad. El 21,6% sufre trastornos ansiosodepresivos y el 26,2% ha padecido un TCA.



- Tóxicos:** El 23,9% consume alcohol, tabaco y/o cannabis.

3. VARIABLES DEL INTENTO AUTOLÍTICO

- Método:** 89,9% intoxicación voluntaria farmacológica.



- Premeditación:** 52,2%.
- Aviso:** A familiares/amigos un 39,1%; carta, texto o similares un 17,4%, llamada al 112 un 6,5%.
- Letalidad:** Siguiendo la C-SSRS, el 50% se enmarca en el grupo 2.
- Ubicación:** 91,3% en su domicilio, entre ellos un 63% con presencia de familiares en el hogar.

4 CONCLUSIONES

Definimos el perfil de nuestra muestra como una mujer, de 15 años, censada en una localidad urbana de Castilla y León. Probablemente con rasgos del Clúster B en su personalidad.

Respecto al intento, el método de elección es el farmacológico. Se lleva a cabo en su domicilio con presencia de familiares, con posterior provisión de ayuda. No es el primer intento y se ha autolesionado sin intención suicida previamente. La letalidad del intento es moderada requiriendo asistencia médica.



5 BIBLIOGRAFÍA

- Cb C, Pj F, E MG, Cr G, Em K, Mk N. Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines [Internet] 2018 [citado 2022 oct 26];59. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29090457/>
- Fonseca-Pedrero E, Al-Halabí S, Pérez-Albéniz A, Debbané M. Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis. Int J Environ Res Public Health 2022;19:1784.
- Observatorio del Suicidio en España 2020 [Internet]. Prevención del suicidio. [citado 2022 oct 25]; Available from: <http://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>
- Becker M, Correll CU. Suicidality in Childhood and Adolescence. Dtsch Arztebl Int 2020;117:261-7.
- Zygo M, Pawłowska B, Potembska E, Dreher P, Kapka-Skrzypczak L. Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13-19 years. Ann Agric Environ Med. 2019;26:329-36.