

Lucía Varela Reboiras, Julio Brenlla González y
María Dolores Domínguez Santos.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de
Compostela.

Correspondencia:

Lucía Varela Reboiras.
Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario
Universitario de Santiago de Compostela. Travesía de
Choupana s/n. 15706. Santiago de Compostela.
lu-manselle@hotmail.com

*Evolución clínica de los sujetos
diagnosticados de códigos X en la
Unidad de Salud Mental de la Infancia
y de la Adolescencia de Santiago de
Compostela, que posteriormente asisten
y no asisten a la Unidad de Salud
Mental de Adultos de la misma área
sanitaria.*

*Clinical course of patients diagnosed
of X code in Unit Mental Health of
Children and Adolescents of Santiago
de Compostela, that subsequently
attending and not attending the Mental
Health Unit of Adults in the same
health area.*

RESUMEN

Introducción: Los códigos X engloban suicidios, tentativas suicidas y parasuicidios (1,2). **Objetivos:** 1. Describir el perfil general de códigos X en Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (USMIA) durante 2000-2012. 2. Comparar los perfiles de sujetos que asisten y no a Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA). 3. Describir el perfil en USMA. **Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo longitudinal en el que se seleccionaron los códigos X en USMIA de Santiago de Compostela. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 21. **Conclusiones:** 1,12% de diagnósticos realizados en USMIA corresponde a códigos X y, de estos, 19%, todo mujeres, continúa su asistencia en USMA. El perfil general del código X en USMIA es: niña, de 14,10 años, que realiza envenenamiento por fármacos psicotrópicos y no repite la tentativa autolítica. El perfil diferencial en sujetos que asisten y no a USMA viene determinado por: tipo de atención en USMIA, antecedentes familiares

psiquiátricos y consumo de otras drogas. Los sujetos que asisten a USMA son diagnosticados principalmente de trastornos depresivos y de personalidad, siendo estos últimos los que repiten la tentativa autolítica en edad adulta. Ninguno se suicida.

Palabras clave: tentativas autolíticas; niños; adultos; evolución; asistencia.

ABSTRACT

Introduction: X codes encompass suicides, suicide attempts and parasuicides (1,2). **Objectives:** 1. Describe the general profile of codes X in Mental Health Unit for Children and Adolescents (MHUCA) during 2000-2012. 2. Compare the profiles of subjects attending Mental Health Unit Adult (MHUA) and not. 3. Describe the profile in MHUA. **Material and Methods:** Longitudinal descriptive observational study in which X codes were selected in MHUCA of Santiago de Compostela. For statistical analysis of data was used IBM SPSS Statistics 21 software. **Conclusions:** A 1.12% of diagnoses made

in USMIA correspond to X codes and of these, 19%, all of them women, continues its assistance USMA. The general profile of code X in MHUCA is: girl, 14.10 years, who takes psychotropic drugs for poisoning and not repeats the autolytic attempt. The differential profile in subjects who attending and not for MHUA is determined by: MHUCA type of care, psychiatric family history and other drug use. Individuals who attend MHUA are primarily diagnosed of depressive and personality disorders, the latter being which repeat the autolytic attempt at adulthood. None commits suicide.

Keywords: autolytic attempts; children; adults; evolution; attendance.

INTRODUCCIÓN

El suicidio significa el acto de una persona que intencionalmente causa su propia muerte (1). Las tentativas suicidas denotan actos o preparaciones no fatales destinados a provocar la muerte (1). El acto suicida pudo haber sido abandonado, interrumpido o no tuvo éxito (1). Los parasuicidios se refieren a un comportamiento no habitual de dañarse a sí mismo, que puede ser potencialmente mortal, pero que se realiza sin la intención de matarse (1). Debido a que el comportamiento no es suicida, algunos autores prefieren los términos “autolesión deliberada”, “autoagresión deliberada” o “autolesión no suicida” (1).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) puede definirse como un sistema de categorías a las cuales se le asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos para permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas (3). La CIE convierte los términos diagnósticos y de otros problemas de salud de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información (3). El código alfanumérico se compone de una letra en la primera posición y números en la segunda, tercera y cuarta posición; el cuarto carácter sigue a un punto decimal, los códigos posibles van por lo tanto de A00.0 a Z99.9 (3).

La CIE, en su décima edición (CIE-10), dedica el capítulo XX a Causas externas de mortalidad y morbilidad (V01 - Y98), entre las que se encuentran las Autolesiones intencionales (X60 - X84) (2), que codifican, tanto los suicidios, como las tentativas suicidas, como los

parasuicidios (1), por lo tanto, a todos ellos, les podemos llamar códigos X.

El suicidio consumado es muy raro antes de los 12 años de edad y se hace más común a partir de entonces, con tasas máximas en los ancianos (4). En el Reino Unido hay, aproximadamente, 5 suicidios (incluyendo suicidios definitivos y, más común, “muertes indeterminadas”, que son muy a menudo suicidios) por cada millón de niños de 5 a 14 años de edad por año (4). La tasa se eleva a cerca de 45 suicidios por cada millón de niños de 15 a 19 años de edad, que sigue siendo sustancialmente inferior a las tasas en las bandas de mayor edad (4). Hay un exceso de varones en todas las edades, que refleja en gran parte la predilección del sexo masculino por métodos violentos y más letales (ahorcamiento, disparos, electrocución), en oposición a la predilección del sexo femenino por el envenenamiento (en su mayoría con analgésicos y antidepresivos) (4). Las tasas varían según el país y la etnia (4,5).

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un serio problema de salud pública (5,6,7). A pesar de ello, la mayoría de los estudios epidemiológicos no abordan la adolescencia de forma independiente y existe cierto solapamiento de edades en cuanto a los grupos establecidos (6). España se sitúa entre los países con las tasas de suicidio más bajas de Europa (0,226 por 100.000 habitantes entre los 10 y 14 años; 2,382 por 100.000 habitantes entre los 15 y 19 años) (6,8,9).

Las tentativas suicidas y parasuicidios, en conjunto, son cualquier tipo de lesión autoinflingida o envenenamiento deliberados no mortales, independientemente de la motivación o deseo de morir (4). Son, aproximadamente, mil veces más comunes que los suicidios consumados en la niñez o adolescencia (4). El 15-20%, aproximadamente, de los adolescentes en el Reino Unido y en los Estados Unidos de América informa que ha considerado el suicidio en los 12 meses anteriores, mientras que el 3-7% se ha hecho daño deliberadamente en el último año, de los cuales sólo una minoría recibió atención médica como resultado (siendo mucho más probable el contacto por envenenamiento que por cortes) (4,5,6). Las tentativas suicidas y parasuicidios en menores de 12 años son más comunes en los niños que en las niñas (4). La proporción se invierte dramáticamente durante los años de la adolescencia, predominando en las chicas en al menos un 2:1 (muy superior en los estudios clínicos) (4,5,6). El envenenamiento es, de lejos, la forma más

común de tentativa suicida y parasuicidio, sobre todo entre las chicas (4).

En España existen pocos datos sobre los intentos de suicidio y su relación con el suicidio consumado (6). En un estudio del año 2008 en el que se compararon diferentes variables en adolescentes y adultos, se encontró que los intentos de suicidio en adolescentes se realizan de forma más impulsiva, dependen de la disponibilidad de los métodos y con frecuencia no hay psicopatología grave asociada ni deseo de muerte o certeza de esta (10).

Hay relativamente pocos estudios de seguimiento de alta calidad de jóvenes que se han hecho daño a sí mismos, en gran parte debido a las dificultades para el rastreo y reclutamiento de los sujetos (4). Además, en la mayoría de los estudios sobre la historia natural de la conducta autolesiva no se hace distinción entre las tentativas suicidas y parasuicidios (1). Por otra parte, en una proporción significativa de los pacientes pueden concurrir tentativas suicidas y parasuicidios (1). Un mes más tarde, el ajuste global es generalmente mejor que en el momento de la tentativa suicida o parasuicidio, pero una minoría importante todavía experimenta considerables problemas de adaptación un año más tarde (4). Las dificultades continuas se predicen por rasgos antisociales coexistentes (4). Las personas que se hacen daño a sí mismas durante una crisis aguda, pero que previamente estaban bien ajustadas tienen un pronóstico particularmente bueno (4). Aproximadamente el 10% de los jóvenes que se hacen daño a sí mismos, lo hacen de nuevo en el próximo año (4,11). Los predictores de repetición incluyen el sexo masculino, más que un episodio previo de tentativa suicida o parasuicidio, psicopatología familiar extensa, mala adaptación social y trastorno psiquiátrico (incluyendo el abuso de sustancias) (4,12,13). Los episodios posteriores pueden ser fatales, ya sea por el diseño o porque el individuo subestima de lo que estaba destinado a ser una sobredosis o una lesión no mortal (4). Más o menos el 1% de los jóvenes que se han hecho daño a sí mismos posteriormente se suicidan, por lo general dentro de los próximos dos años (4,11). En una amplia muestra británica de los niños y adolescentes de menos de 15 años que acudieron a los hospitales generales a causa de un parasuicidio, el seguimiento a largo plazo (11 años) señaló la muerte por suicidio en el 1% de los pacientes (14). Esto refleja un riesgo individual relativamente bajo de suicidio en los pacientes que han realizado parasuicidios, incluso en el largo plazo (1).

Por otro lado, los datos sugieren que las personas que se autolesionan tienen un riesgo de suicidio 100 veces mayor que la población general (1). Los factores que aumentan el riesgo de un suicidio final son el sexo masculino, ser un adolescente mayor, la presencia de un trastorno psiquiátrico y el uso en el episodio inicial de medios activos en lugar de pasivos (por ejemplo, colgarse en lugar de una sobredosis) (4).

Hay varios estudios sobre suicidios, tentativas suicidas y parasuicidios, pero no hemos encontrado ningún trabajo en nuestra área sanitaria que se centre en la evolución clínica de los códigos X, que en nuestro estudio le llamaremos indistintamente tentativas autolíticas, en niños sin patología psiquiátrica grave, que sería importante para conocer mejor el impacto asistencial de la atención a esta población y si su discriminación más nítida permite un mejor aprovechamiento de los recursos.

Los objetivos de este estudio son:

1. Describir el perfil general de los códigos X en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y de la Adolescencia (USMIA) de Santiago de Compostela durante los años 2000-2012:
 - a. calcular las tasas anuales de tentativas autolíticas,
 - b. determinar la edad de la primera tentativa autolítica, el sexo y el tipo de código X predominante.
2. Comparar los perfiles de los sujetos con antecedentes de códigos X en la USMIA que posteriormente asisten y no asisten a la Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA) del área sanitaria de Santiago de Compostela:
 - a. describir la edad actual, sexo y si hay muertes,
 - b. comparar la edad de la primera tentativa autolítica, el tipo de código X realizado en la USMIA, el número de tentativas autolíticas previas, el tipo de atención recibido en la USMIA, el retorno en la USMIA, los antecedentes familiares psiquiátricos y el consumo actual de alcohol, tabaco y otras drogas.
3. Describir el perfil de los sujetos que continúan su asistencia en la USMA del área sanitaria de Santiago de Compostela:
 - a. conocer las características socio-demográficas que presentan en la actualidad,
 - b. saber la latencia que se tarda en consultar en USMA, diagnóstico psiquiátrico, tratamiento psiquiátrico y tipo de este,
 - c. analizar las tentativas autolíticas en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo longitudinal, formado por una muestra inicial de 44 pacientes diagnosticados de códigos X en la USMIA de Santiago de Compostela entre los años 2000 y 2012. Finalmente nos quedamos con un tamaño muestral de 42 sujetos (3 hombres y 39 mujeres), dado que 2 de ellos aún no tenían la edad suficiente para acudir a la USMA, teniendo un promedio de edad actual de 22,86 años. Posteriormente se dividen en 2 grupos: 1) sujetos que asisten a la USMA y 2) sujetos que no asisten a la USMA, para comparar su perfil clínico-evolutivo y determinar las características de los pacientes que continúan su seguimiento en la USMA. Se elaboró un protocolo configurado por indicadores socio-demográficos (edad de la primera tentativa autolítica, edad actual, sexo, estado civil actual, estudios actuales, profesión, actividad laboral y muerte) y clínico-evolutivos (evolución en USMIA, retorno en USMIA, código X y tipo de este, atención en USMIA, antecedentes familiares psiquiátricos, número de tentativas autolíticas previas, asistencia a USMA, latencia a USMA (categorizada en < 1 año, ≥ 1 año y no consta), diagnóstico psiquiátrico, tratamiento psiquiátrico y tipo de este, tentativa autolítica y tipo de esta, tabaco, alcohol, otras drogas). Como fuente de información se utilizó la base de datos elaborada por una de las autoras de este estudio, María Dolores Domínguez Santos, que trabaja en la USMIA de Santiago de Compostela, y la recogida de datos se realizó a través de los programas informáticos del Servicio Gallego de Salud: Sisamb e Ianus, manteniendo la confidencialidad de los datos de los sujetos en todo momento. Para calcular las tasas anuales de tentativas autolíticas se aplicó la fórmula de número de tentativas autolíticas anuales dividido entre número de pacientes consultados en ese año y se multiplicó por cien, es decir, se expresaron en porcentajes. Para las variables cuantitativas (edad actual y edad de la primera tentativa autolítica) se utilizaron como estadísticos descriptivos media aritmética, desviación típica, error típico de la media, mediana, mínimo, máximo, % del total de N y N. La edad de la primera tentativa autolítica se cruzó con las variables asistencia a USMA, categorizada como si o no, y sexo; la edad actual se cruzó con las variables sexo y tentativa autolítica, categorizada también como si o no; y el número de tentativas autolíticas previas se

cruzó con la variable asistencia a USMA; utilizándose como estadístico de significatividad la T-Student. El resto de las variables cualitativas se cruzaron con la variable independiente (asistencia a USMA), empleándose como estadístico de significatividad el Chi-cuadrado de Pearson. Todos los datos fueron tratados con el programa IBM SPSS Statistics 21.

RESULTADOS

1. Perfil general de los códigos X en la USMIA de Santiago de Compostela durante los años 2000-2012:

Teniendo en cuenta que en ese periodo de tiempo se han visto 3923 pacientes, un 1,12% de los diagnósticos realizados se corresponde con códigos X, más en niñas que en niños, y su tasa anual oscila entre un 2,8% en el año 2006 y un 0,2% en el año 2012, llamando la atención que en los años en los que más disminuyen las tasas, estas aumentan de manera significativa al año siguiente (**Gráfico 1**).

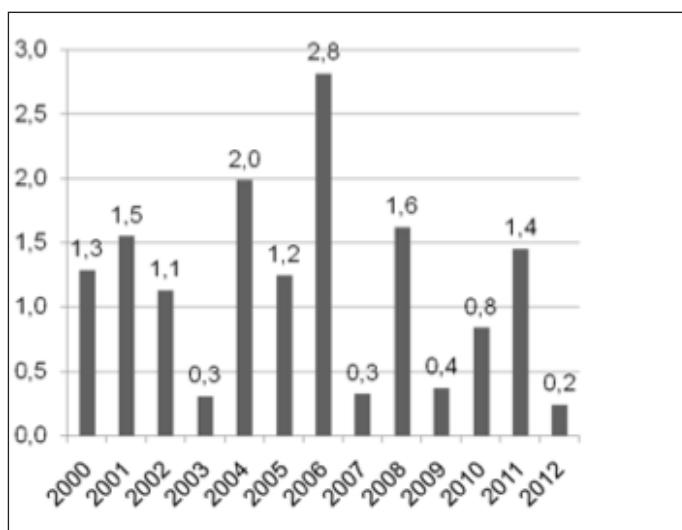


Gráfico 1. Tasas anuales de códigos X en consultas de la USMIA de Santiago de Compostela entre los años 2000 y 2012.

Respecto a la edad de la primera tentativa autolítica, el promedio es de 14,14 años, siendo en los chicos de $14,67 \pm 1,53$ años y en las chicas de $14,10 \pm 0,99$ años, para un nivel de confianza del 95%, sin haber diferencias estadísticas, puesto que la prueba T de Student no es

significativa.

Hasta los 12 años predomina la realización de tentativas autolíticas en los niños respecto a las niñas (25% frente a 10%), para posteriormente predominar en las chicas respecto a los chicos (90% frente a 75%), aunque el resultado no es estadísticamente significativo.

En el **Gráfico 2** se puede observar el tipo de código X, predominando, con un 70,5%, el Envenenamiento

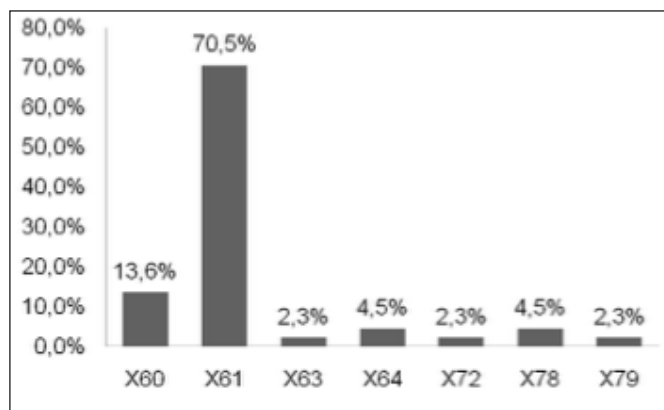


Gráfico 2. Porcentajes de los tipos de códigos X diagnosticados en consultas de la USMIA de Santiago de Compostela entre los años 2000 y 2012.

intencional autoinfligido por fármacos antiepilépticos, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos y psicotrópicos no clasificados en otro lugar (X61), seguido, con un 13,6%, por el Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por analgésicos no opiáceos, antipiréticos o antirreumáticos (X60), luego aparecen el Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otras drogas, fármacos o productos biológicos (X64) y el Daño intencionalmente autoinfligido por un objeto cortante (X78), con un 4,5% cada uno y, en último lugar, Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otros fármacos que actúan sobre el sistema nervioso autónomo (X63), Daño intencionalmente autoinfligido por disparo de arma corta (X72) y Daño intencionalmente autoinfligido por objetos romos (X79), con un 2,3% cada uno.

2. Comparación de los perfiles de sujetos con antecedentes de códigos X en la USMIA que posteriormente asisten y no asisten a la USMA del área sanitaria de Santiago de Compostela:

El promedio de la edad actual de la muestra es de

22,86 años, siendo en los hombres de 24 ± 1 años y en las mujeres de $22,77 \pm 3,43$ años, para un nivel de confianza del 95%, sin tampoco hallar diferencias estadísticamente significativas en la T-Student realizada.

No consta ninguna muerte, incluyendo el suicidio, entre los sujetos del estudio.

El 19% de la población atendida en la USMIA ha sido vista posteriormente en la USMA y en este porcentaje sólo se incluyen mujeres.

En relación a la edad de la primera tentativa autolítica no hay diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que asisten a la USMA y los que no ($13,63 \pm 1,51$ años vs. $14,26 \pm 0,86$ años, respectivamente).

Respecto al tipo de código X diagnosticado en la USMIA no hay diferencias entre los sujetos que asisten y no asisten a la USMA, siguiendo el perfil general mencionado anteriormente.

En relación al número de tentativas autolíticas previas, la mayoría de los sujetos de ambos grupos ha realizado sólo una (75% de los que asisten a la USMA vs. 55,9% de los que no), habiendo unos porcentajes importantes en ambos grupos en los que no consta y no encontrándose diferencias estadísticamente significativas (**Gráfico 3**). A nivel global el 59,5% sólo realiza una tentativa autolítica previa, el 7,1% realiza 2 tentativas autolíticas previas, el 2,4% realiza 8 tentativas autolíticas previas y en un 31% se desconoce el número de tentativas autolíticas previas.

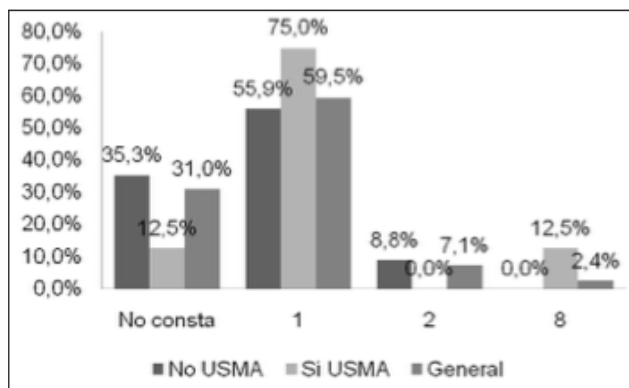


Gráfico 3. Porcentajes del número de tentativas autolíticas previas realizadas en sujetos que asisten y no asisten a la USMA y en general.

En relación al tipo de atención en la USMIA, los sujetos que asisten a la USMA precisaron más hospitalización y

más psicoterapia y fármacos que los que no (62,5% vs. 38,2% y 37,5% vs. 5,9%, respectivamente), mientras que los que no asisten recibieron más tratamientos específicos de psicoterapia y orientación que los que asisten (38,2% vs. 0% y 17,6% vs. 0%, respectivamente); ver **Gráfico 4**. Estas diferencias son estadísticamente significativas, con un valor Chi-cuadrado de 10,799 para un nivel de significatividad de $p = ,01$.

Respecto a los antecedentes familiares psiquiátricos, el 100% de los sujetos que asisten a la USMA los tienen frente al 59% de los sujetos que no van, diferencia estadísticamente significativa, con un valor Chi-cuadrado de Pearson de 4,941 para un nivel de significatividad de $p = ,03$ (**Gráfico 5**).

Respecto a la evolución en la USMIA, los sujetos que posteriormente asisten a la USMA son dados menos de alta, se derivan más y abandonan menos que los que no van (50 vs. 70,6%, 37,5 vs. 8,8% y 12,5 vs. 20,6%, respectivamente) y también retornan más que los que no van (25 vs. 8,8%, respectivamente), dife-

rencias que no son estadísticamente significativas y que se pueden observar en el **Gráfico 6**.

Respecto a los hábitos tóxicos, en la mayoría de sujetos no consta, pero se puede apreciar que fuma un 25%, consume alcohol un 12% y, otras drogas, un 37% de los que van a la USMA frente al 12%, 9% y 0%, respectivamente, de los que no van. Este dato lo pudimos comparar con los sujetos que no van a la USMA porque es

una variable que puede aparecer en la historia clínica de las consultas en Ianus y la diferencia resultó significativa para el consumo de otras drogas, obteniéndose un valor Chi-cuadrado de 15,621 para un nivel de significatividad de $p = ,00$ (**Gráfico 7**).

3. Perfil de los sujetos con antecedentes de códigos X en la USMIA que continúan su asistencia en la USMA del área sanitaria de Santiago de Compostela.

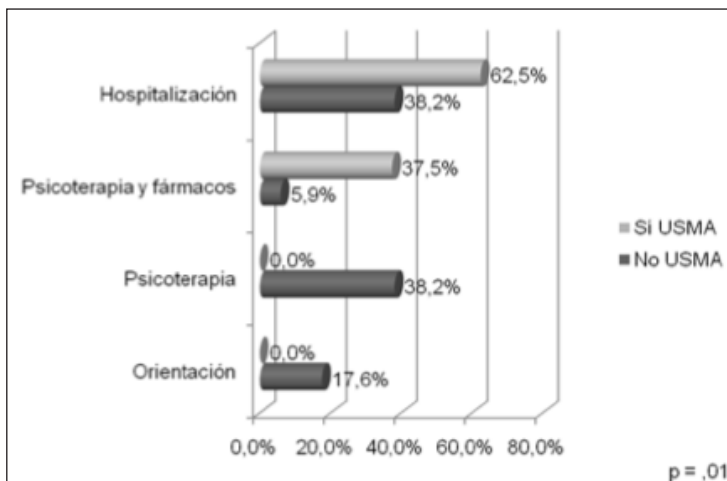


Gráfico 4. Porcentajes del tipo de atención recibida en la USMIA en los sujetos con antecedentes de códigos X en la infancia/adolescencia que posteriormente asisten y no asisten a la USMA.

En relación a las variables socio-demográficas no constan en la mayoría de ellos, pero un 50% están solteros, 50% tienen estudios secundarios, 100% están

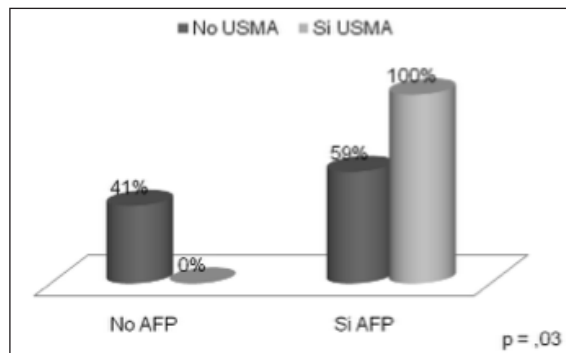


Gráfico 5. Porcentajes de los antecedentes familiares psiquiátricos de los sujetos que asisten y no asisten a la USMA.

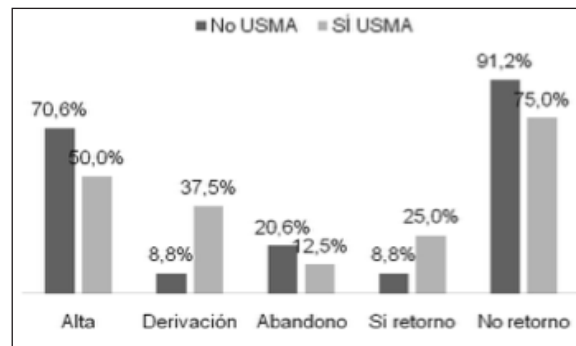


Gráfico 6. Porcentajes de la evolución en la USMIA de los sujetos que asisten y no asisten posteriormente a la USMA.

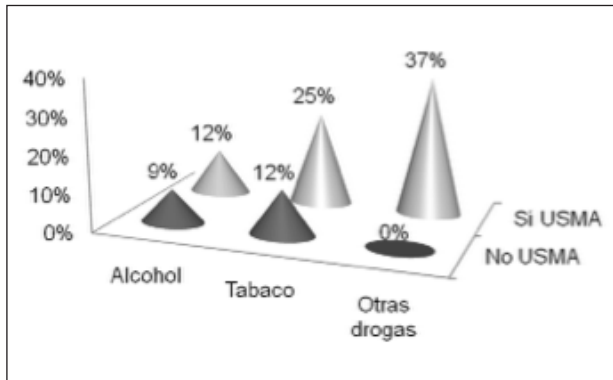


Gráfico 7. Porcentajes del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los sujetos con antecedentes de códigos X en la USMIA, que actualmente asisten y no asisten a la USMA.

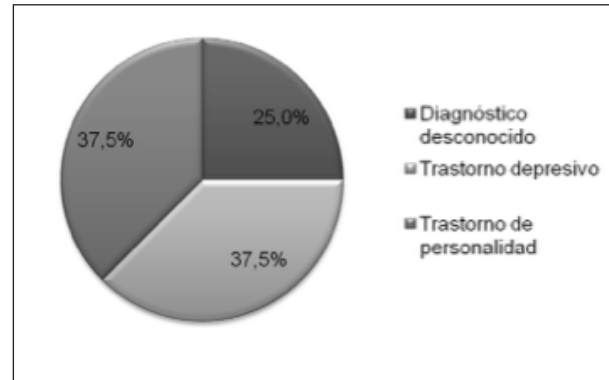


Gráfico 8. Porcentajes de diagnósticos en pacientes con antecedentes de códigos X en la USMIA que actualmente asisten a la USMA.

en activo y como profesión conocida está la de camarero con un 25%.

Respecto al tiempo que tardan en acudir a la USMA, la mayoría tardan menos de un año (62%).

Los sujetos que van a la USMA reciben dos tipos de diagnósticos importantes, trastornos de la personalidad y trastornos depresivos, ambas categorías en un 37,5%, desconociéndose otros diagnósticos que los sujetos puedan tener (**Gráfico 8**).

El tratamiento más frecuente en los sujetos que asisten a la USMA es el farmacológico y de este predomina el uso de benzodiazepinas en un 37%, de antidepresivos y antipsicóticos, en un 25% cada uno y de estabilizadores del ánimo e hipnóticos en un 12% cada uno.

El 67% de los sujetos del grupo de trastornos de la personalidad, que representan el 25% de los que asisten a la USMA, repite la tentativa autolítica, en este caso mediante cortes superficiales en antebrazos, en la edad adulta, teniendo en el momento actual entre 22 y 23 años. Ni el grupo de trastornos depresivos ni otros posibles diagnósticos han repetido la tentativa autolítica hasta el momento.

DISCUSIÓN

En nuestro trabajo se observa que acuden más niñas a consultas de la USMIA por códigos X que niños, sobre todo a partir de los 12 años, dato que va en la línea con la información encontrada en la literatura científica (4).

Durante el periodo de observación de nuestro estudio, desde el año 2000 hasta el 2014, no se ha detectado

ningún suicidio, lo que llama a la atención respecto a estudios previos (4,11,14,15). Quizás esta diferencia venga determinada por la metodología utilizada en nuestro trabajo, donde el criterio de inclusión eran niños con diagnóstico de código X, sin otra patología psiquiátrica que pudiera llevar a una tentativa autolítica.

Sólo un 19% de los sujetos que presentan códigos X en la infancia/adolescencia continúa su asistencia en la red pública de salud mental, llamando la atención que los que buscan esa atención son todas mujeres, lo que sigue la tendencia general en la USMA.

El tipo de código X que predomina en la infancia/adolescencia es el Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por fármacos antiepilépticos, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos y psicotrópicos no clasificados en otro lugar, seguido del Envenenamiento intencional autoinfligido por analgésicos no opiáceos, antipiréticos o antirreumáticos, dato ya observado en la literatura en relación con este tema (4), sin embargo, en el grupo que posteriormente no asiste a la USMA se aprecia un tipo de autolesión intencional potencialmente más letal, como es el disparo por arma corta.

La gran mayoría de los sujetos ha realizado sólo una tentativa autolítica previa, tanto los que asisten como los que no asisten posteriormente a la USMA, por lo tanto, estos sujetos podrían estar dentro del grupo de los individuos que sólo realizan un intento de suicidio, a diferencia de otro grupo de individuos que realizan varios intentos de suicidio y que podrían tener características distintas, como se propone en un estudio anterior (16),

en el que el grupo de adolescentes que reintenta el suicidio, frente al que no, sería más propenso a tener trastornos psiquiátricos, estresores ambientales y rasgos de personalidad que se asocian generalmente con la conducta suicida.

Existe un peor perfil en los sujetos que posteriormente asisten a la USMA, frente a los que no, ya que todos ellos tienen antecedentes familiares psiquiátricos, sin embargo no hay psicopatología grave asociada, dato que va en la línea de estudios previos, respecto a intentos de suicidio en la adolescencia (4,10).

Los sujetos que asisten a la USMA son dados menos de alta, abandonan menos, se derivan más y retornan más en la USMIA, frente a los que no asisten a la USMA, lo que podría estar en relación con la eficacia del seguimiento de los contactos para la prevención del suicidio como se describe en un estudio previo (17), aunque en este caso no se llevara a cabo un programa especial, pues en dicho trabajo también se dispone de una variada población de pacientes, de características de contactos y de tipos y resultados de comportamientos suicidas. Pero también se podría corresponder a distintos perfiles clínicos, que diferirían en gravedad, poniéndose de manifiesto fundamentalmente al llegar a adulto, por eso asisten posteriormente a la USMA.

Se aprecia un perfil de hábitos tóxicos más peligroso en los sujetos que asisten a la USMA, consumiendo más alcohol, tabaco y, sobre todo, otras drogas.

Respecto a la evolución clínica de los sujetos que continúan su asistencia en la USMA, se puede observar que la mayoría son diagnosticados de trastornos depresivos y de trastornos de personalidad, siendo, en este último grupo de pacientes, en el que se producen nuevas tentativas autolíticas, asociación ya observada en algún estudio previo (18), aunque también coinciden en nuestro trabajo predictores de repetición de tentativa autolítica identificados en otros trabajos anteriores como episodio previo, antecedentes familiares psiquiátricos y trastorno psiquiátrico (incluyendo el abuso de sustancias psicotóxicas) (4,12,13).

Entre los sujetos que realizan seguimiento en la USMA y que reciben tratamiento psicofarmacológico, no se encuentra ningún caso de monoterapia, siendo los psicofármacos más utilizados las benzodiazepinas, luego se encuentran los antidepresivos y antipsicóticos, usados en una proporción similar, seguidos de los estabilizadores del ánimo e hipnóticos, también utilizados con la misma

frecuencia.

Respecto a las dificultades y limitaciones del estudio, mencionar que sólo se centra en los pacientes que llegan a ir a una USMA, pudiendo haber un grupo de pacientes que vayan al ámbito privado y que se escapen de este estudio; además, este trabajo sólo se centra en los pacientes diagnosticados exclusivamente de un código X, pudiendo haber pacientes con un trastorno psiquiátrico primario que hayan realizado tentativas autolíticas y, en esos pacientes con psicopatología más grave, no observamos su evolución clínica, aunque sí sabemos que, de los 3923 pacientes que acudieron a la USMIA de Santiago de Compostela entre los años 2000 y 2012, se encuentra un suicidio, que lo realiza una chica de 15 años con antecedentes de trastorno disocial no especificado; en este caso se dieron varios de los factores que se describen en la literatura científica que aumentan el riesgo de suicidio, salvo el sexo (4). Tampoco nos centramos en niños o adolescentes que no estén en el ámbito clínico; lo que implica que no es un trabajo de población general, sino de un grupo específico de la población general. Nuestra gran fortaleza es haber realizado el seguimiento de los niños con único diagnóstico de código X en la USMIA durante el periodo de tiempo de observación y ver su evolución al diagnóstico actual en la USMA.

CONCLUSIONES

- Un 1,12% de los diagnósticos realizados en la USMIA corresponde a códigos X y, de esta población, un 19%, todo mujeres, va a seguir siendo tratado en la USMA.
- El perfil general del código X en la USMIA es: niña, edad media de 14,10 años, que realiza un auto-envenenamiento por fármacos psicotrópicos y que no repite la tentativa autolítica.
- El perfil diferencial en los sujetos que asisten a la USMA viene determinado por: el predominio de la hospitalización y el tratamiento combinado con psicoterapia y fármacos en USMIA; la totalidad de antecedentes familiares psiquiátricos; y el consumo, en más de un tercio de ellos, de otras drogas; mientras que en los sujetos que no asisten a la USMA predominan los tratamientos específicos de psicoterapia y orientación en la USMIA; un poco más de la mitad tienen antecedentes familiares psiquiátricos; y no consumen otras drogas.

- Los individuos que continúan su seguimiento en la USMA son diagnosticados predominantemente de trastornos depresivos y de trastornos de personalidad, siendo estos últimos los que repiten la tentativa autolítica en la edad adulta.
- Ninguno de los sujetos del estudio se suicida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jans T, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behaviour. En: Rey JM. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012. p.1-35. Disponible en: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.4-SUICIDE-072012.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.
3. Consultar: http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf
4. Goodman R, Scott S. Child and Adolescent Psychiatry. Third edition. United Kingdom: Wiley-Blackwell; 2012.
5. Evans E, Hawton K, Rodhan K, Deeks J. The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 239-50.
6. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: *avalia-t* N° 2007/09. Disponible en: https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia-t%20N%C2%BA%20200709_Depresion%20Mayor%20adolescente-web.pdf
7. Council of Europe. Parliamentary Assembly. Child and teenage suicide in Europe: A serious public-health issue [Internet]. Strasbourg: Parliamentary Assembly, Council of Europe; 2008. Informe N°: 11547. [citado 23 abr 2008]. Disponible en: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc08/EDOC11547.htm>.
8. World Health Organization. Suicide prevention and special programmes. Geneva: World Health Organization; 2008 [citado 7 Abr 2008]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
9. INE. Defunciones según la causa de muerte [Base de datos en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística (INE); 2012. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2012/&file=pcaxis>
10. Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Álvarez M, et al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Res* 2008; 157: 131-7.
11. Owens D. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 193-9.
12. Borges G, Loera CR. Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Curr Opin Psychiatry* 2010; 23: 195-204. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283386322
13. Foley DL, Goldston DB, Costello EJ, Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 1017-24.
14. Hawton K, Harriss L. Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49: 441-8.
15. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 193-9.
16. Méndez-Bustos P, de León-Martínez V, Miret M, Baca-García E, López-Castroman J. Suicide Reattempters: A Systematic Review. *Harv Rev Psychiatry* 2013; 21: 281-95. doi: 10.1097/HRP.0000000000000001
17. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can Postdischarge Follow-Up Contacts Prevent Suicide and Suicidal Behavior? A Review of the Evidence. *Crisis* 2013; 34: 32-41. doi: 10.1027/0227-5910/a000158
18. Laget J, Plancherel B, Stephan P, Bolognini M, Corcos M, Jeammet P, Halfon O. Personality and repeated suicide attempts in dependent adolescents and young adults. *Crisis* 2006; 27: 164-171.