



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y
CLÍNICO DE LOS PACIENTES
MENORES DE 18 AÑOS
INTERNADOS EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE
EMERGENCIAS DEL INSTITUTO
NACIONAL DE SALUD MENTAL
“HONORIO DELGADO – HIDEYO
NOGUCHI” EN EL 2018”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN SALUD MENTAL DE NIÑOS
Y ADOLESCENTES

MARIELLA FRANCESCA STROBBE
BARBAT

LIMA – PERÚ

2024

ASESOR

Dr. Horacio Benjamín Vargas Murga

**JURADO DE
TESIS**

MG.

JOHANN MARTÍN VEGA DIENSTMAIER

PRESIDENTE

MG.

YBETH LUNA SOLIS

VOCAL

MG.

JULY ESTHER CABALLERO PERALTA

SECRETARIA

DEDICATORIA.

A mi madre, padre y hermanas, por su constante apoyo a lo largo de mi carrera profesional.

A Matilda, por su amor incondicional.

AGRADECIMIENTOS.

A mi asesor de tesis, Dr. Horacio Vargas por su apoyo en el proceso de realización de mi tesis.

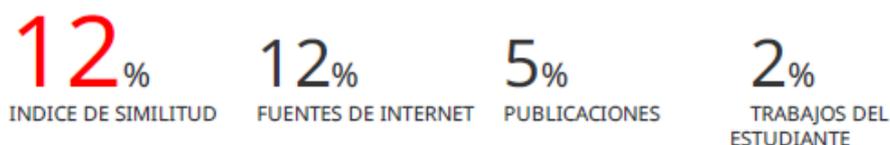
A la Dra. Silvana Sarabia, quién me abrió las puertas del campo de la salud mental.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS INTERNADOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE EMERGENCIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUC

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	duict.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	revistas.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1%
6	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
7	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%

www.insm.gob.pe

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	6
III. MARCO TEÓRICO	7
IV. METODOLOGÍA	19
V. RESULTADOS	23
VI. DISCUSIÓN	30
VII. CONCLUSIONES	43
VIII. RECOMENDACIONES	44
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
X. ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tipo de violencia (en aquellos pacientes con antecedente de violencia) y la distribución según sexo	52
Tabla 2: Relación con el agresor (en los pacientes con antecedente de violencia) y la distribución según sexo	53
Tabla 3: Motivo de ingreso a emergencias y distribución según sexo	55
Tabla 4: Tipo de intento suicida en el episodio actual	56
Tabla 5: Tipo de intento suicida en episodios previos	57
Tabla 6: Diagnósticos psiquiátricos en el episodio actual (agrupados según diagnósticos del CIE-10) y su distribución según sexo	58
Tabla 7: Psicofármacos prescritos al alta	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Número de pacientes con antecedentes familiares de problema de salud mental según su diagnóstico	62
Figura 2: Número de pacientes menores de 18 años hospitalizados en el servicio de emergencias del INSM “HD-HN” desde 2014 hasta 2018	63
Figura 3: Porcentaje de pacientes menores de 18 años hospitalizados en el servicio de emergencias del INSM “HD-HN” desde 2014 hasta 2018 con respecto al total de la población hospitalizada en dicho servicio en esos mismos años	64

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes menores de 18 años hospitalizados en emergencias del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se revisaron las historias de todos los menores de 18 años hospitalizados en emergencias en el 2018. **Resultados:** De 130 pacientes estudiados, 95,4% tenía edad igual o mayor a 12 años y hubo una distribución similar entre sexos. Los motivos más frecuentes de ingreso fueron agitación/agresividad, intento/ideación suicida y uso de sustancias psicoactivas. El 23,8% presentó intento suicida en el episodio actual, 33,8% consumía una o más sustancias psicoactivas y 38% tenía antecedente de violencia, donde el agresor era conocido en 100% de los casos de violencia física y psicológica y en el 71% de violencia sexual. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, depresivos y de conducta. Al alta, se prescribió un promedio de 3,0 psicofármacos por paciente, recibiendo el 90% antipsicóticos, 52,3% estabilizadores del ánimo, y 43,9% antidepresivos. El número de hospitalizaciones de menores de 18 años en el servicio de emergencias incrementó en 11 veces del 2014 al 2018, pero el porcentaje respecto al total de pacientes hospitalizados se mantuvo estable. **Conclusiones:** La mayoría pacientes fueron adolescentes e ingresaron por agitación/agresividad, crisis suicida y uso de sustancias psicoactivas. Se encontró un elevado porcentaje de polifarmacia al alta. Ha habido un incremento constante de hospitalización en emergencias de pacientes menores de 18 años desde el 2014 al 2018.

PALABRAS CLAVE: Niño, adolescente, urgencias, hospitalización, psiquiatría

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic and clinical profile of patients under 18 years of age hospitalized in the emergency department of the National Institute of Mental Health “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. The records of all patients under 18 years of age hospitalized in the emergency department in 2018 were reviewed. **Results:** Of 130 patients studied, 95.4% were 12 years of age or older and there was a similar distribution between sexes. The most frequent reasons for admission were agitation/aggression, suicidal ideation/attempt, and use of psychoactive substances. 23,8% had a suicide attempt in the current episode, 33,8% consumed one or more psychoactive substances and 38% had a history of violence, where the aggressor was known in 100% of the patients with physical and psychological violence and in 71% of sexual violence. The most frequent diagnoses were psychoactive substance use, depressive and behavior disorders. At discharge, an average of 3.0 psychotropic drugs were prescribed per patient, with 90% receiving antipsychotics, 52,3% mood stabilizers, and 43,9% antidepressants. The number of hospitalizations of children under 18 years of age in the emergency department 11 times from 2014 to 2018, but the percentage compared to the total hospitalized patients remained stable. **Conclusions:** The majority of patients were adolescents and were admitted for agitation/aggression, suicidal crisis and use of psychoactive substances. A high percentage of polypharmacy was found at discharge. There has been a constant increase in emergency hospitalization of patients under 18 years of age from 2014 to 2018.

KEYWORDS: Child, adolescent, emergencies, hospitalization, psychiatry

I. INTRODUCCIÓN

Inicialmente, las enfermedades transmisibles y la mortalidad temprana eran los objetivos principales de las estrategias de salud por su alta mortalidad. Sin embargo, se ha producido una transición epidemiológica en la cual las enfermedades no transmisibles han ido obteniendo cada vez mayor importancia por el impacto que producen, no solamente a nivel de mortalidad, sino también a nivel de discapacidad. El concepto “Años perdidos por discapacidad” (APD) nos permite evaluar justamente el impacto discapacitante de estas enfermedades. Es así como, en el 2015, las enfermedades no transmisibles son responsables del 88% de APD en la región de las Américas (1).

Dentro de las enfermedades no transmisibles está el subgrupo que incluye a los trastornos mentales, neurológicos, debido al consumo de sustancias y el suicidio (TMNS), el cual es el mayor causante de discapacidad en las Américas, correspondiendo a el 34% del total APD. A nivel de Perú específicamente, la cifra de APD por los TMNS es de 35,5% del total de APD. Es importante resaltar que Perú está dentro de los cinco países con más porcentaje de APD debido a TMNS. Dentro de los TMNS, los trastornos depresivos (7,84% en las Américas y 8,6% en Perú), seguidos por los trastornos ansiosos (4,92% en las Américas y 5,3% en Perú), son la principal causa de APD (1).

Específicamente en la población de niños y adolescentes, el 2,2% de los APD corresponden a los TMNS a nivel de las Américas, y en el Perú es el 2,8%. En esta

población, el trastorno autista encabeza la lista (correspondiente a 1,2% de los APD), seguido por los trastornos de conducta, la discapacidad intelectual, y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (0,7%, 0,2% y 0,1% de los APD, respectivamente) (1).

La Organización Mundial de la Salud (1) sugiere que la distribución económica del presupuesto dedicado a la salud sea dividida en proporción a cuanta carga de enfermedad producen los problemas físicos y mentales. Cabe mencionar que, en Perú, el porcentaje de APD por los TMNS es mayor que el promedio de las Américas (1). Pese a ello, entre el 2015 al 2022, el estado peruano destina menos del 2% del presupuesto nacional del sector salud a la salud mental (2), cifra que es aún menor al del promedio de las Américas, 2,8%, lo cual muestra una elevada brecha en el presupuesto dedicado a la salud mental en nuestro país. Entre otros datos alarmantes se encuentra que solamente el 1% de las personas con trastornos depresivos en el Perú recibieron un tratamiento adecuado, cifra menor al 4.7% de los países de ingresos mediano bajo o bajo de las Américas. Al comparar la relación entre el presupuesto asignado de manera eficiente y la carga de los TMNS, encontramos que el Perú es el tercer país de las Américas con mayor desequilibrio entre ambos; la carga de los TMNS es 313 veces más que la del presupuesto asignado (1).

Al enfocarnos específicamente en la epidemiología de los trastornos mentales en las personas menores de 18 años, los estudios muestran una alta prevalencia de estos en dicha población. En Estados Unidos, Merikangas y col. (3)

realizaron un estudio que incluía a más de 10 mil adolescentes con edades entre 13 a 18 años, para hallar la prevalencia de vida de los trastornos mentales en este grupo etario, encontrando una alta prevalencia de vida de trastornos de ansiedad (31,9%), seguido por trastornos de conducta (incluyendo TDAH), con una prevalencia de vida de 19,1%, trastornos del humor, con una prevalencia de vida de 14,3% (del cual el 11,7% correspondían a trastorno depresivo mayor y distimia, y el 2,9% a trastorno bipolar), trastornos por uso de sustancias psicoactivas (11,4%) y trastornos de conducta alimentaria (TCA) (2,7%). También encontraron que los trastornos de ansiedad y los trastornos del humor eran más frecuentes en el sexo femenino, mientras que los trastornos por uso de sustancias y el TDAH fueron más frecuentes en el sexo masculino. El 49,5% del total de entrevistados presentaba al menos un trastorno a nivel mental, y el 20% del total de entrevistados (es decir, el 40% de los adolescentes que presentaba algún trastorno mental) tenía comorbilidad con algún otro trastorno psiquiátrico. Se describió el inicio promedio de síntomas reportados en el estudio: 6 años para los trastornos de ansiedad, 11 años para los trastornos de conducta, 13 años para los trastornos anímicos, y 15 años para los trastornos por uso de sustancias (3).

En Perú, el último estudio epidemiológico de salud mental específico de la población de niños y adolescentes, previo a la pandemia por Coronavirus, fue en 2007, en Lima metropolitana y Callao, realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM “HN-HN”) (4). En el

subgrupo de 1,5 a 5 años se encontró que 20,3% de los niños encuestados tenía un problema emocional y/o conductual, siendo los más frecuentes problemas agresivos, seguidos por problemas ansiosos depresivos, de sueño, atención y quejas somáticas. En el subgrupo 6 a 10 años se encontró que la prevalencia (en el momento de la entrevista) de trastornos clínicos según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) era de 25,8%, encontrando una mayor prevalencia en niños (30,5%) que en niñas (21,3%). Dentro de los trastornos más frecuentes se encontraron el trastorno de conducta (9,7%), trastorno oposicionista desafiante (8,6%), TDAH (7,6%), fobia específica (4,9%), tics (4,7%) y episodio depresivo mayor (3,5%), todos a predominio del sexo masculino, con excepción del episodio depresivo mayor, con predominancia del sexo femenino. Finalmente, en el subgrupo de adolescentes, según el CIE-10, la prevalencia de trastornos clínicos fue de 35,5%, a predominio del sexo femenino (39,3% vs 31,7%). Dentro de los trastornos más frecuentes se encontraron: episodio depresivo mayor (10,3%), tics (9,1%), trastorno oposicionista desafiante (8,1%) y tendencia a problemas alimentarios (5,8%) (4).

El estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao en 2012 realizado por el INSM “HN-HN” (5) se basó en la población de personas mayores a 12 años. Este encontró que, en adolescentes, la prevalencia actual de episodio depresivo era de 7%, de trastorno de ansiedad generalizada de 3%, de fobia social de 2,9%, de trastorno de estrés postraumático de 0,7% y de distimia de 0,4%. Además, encontró que la prevalencia de vida en adolescentes de episodio psicótico era de 3% y de intentos suicidas de 3,6%. Sin embargo, en el informe publicado de

este estudio, no describen la prevalencia actual de presentar un trastorno clínico en general, sino solamente describen las prevalencias encontradas por cada trastorno clínico estudiado de manera separada (5).

Cuando un paciente pone en riesgo su vida o pone en riesgo la vida de los demás, son ingresados a los servicios de emergencias para poder manejar el cuadro y estabilizar al paciente. Por lo descrito anteriormente, se evidencia que los problemas de salud mental inician a edades tempranas y tienen un elevado componente discapacitante. El intervenir temprana y adecuadamente podría resultar en un mejor pronóstico para los pacientes.

Por lo tanto, al estudiar a los pacientes niños y adolescentes hospitalizados por emergencias de salud mental, se podrá obtener más información acerca de este tema, lo cual permitiría desde identificar a los pacientes en riesgo y realizar una intervención temprana, sustentar la necesidad de apoyo económico para mejorar la salud mental de esta población, y servir como base para posteriores estudios de investigación.

Con ello, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes menores de 18 años que ingresan al servicio de hospitalización de emergencias del INSM “HD-HN”?

II. OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes menores de 18 años que ingresan al servicio de hospitalización de emergencia del INSM “HD-HN” en el 2018.

Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas.
- Identificar las variables clínicas.
- Describir los motivos y diagnósticos más frecuentes de hospitalización en emergencias, los fármacos más comúnmente prescritos y la presencia de polifarmacia, las edades de inicio promedio de los trastornos mentales.
- Describir la tendencia anual de admisión de pacientes menores de 18 años al servicio de hospitalización de emergencias entre 2014 y 2018.

III. MARCO TEÓRICO

A nivel mundial existen diferentes estudios sobre la hospitalización de pacientes niños o adolescentes por problemas de salud mental.

Entre el 2001 y 2004, Pacheco y col. (6) estudiaron las características clínicas de los pacientes menores de 18 años hospitalizados en una clínica psiquiátrica en Chile. Se analizaron las historias de 127 pacientes, entre edades 9 y 17 años, con un promedio de edad de 15,18 años, donde 58,3% era de sexo femenino y 41,7% de sexo masculino. El motivo de ingreso más frecuente fue por crisis suicida (54,3%), seguido de agitación psicomotriz o impulsividad (26%) y ansiedad o depresión (17,3%). Al alta, los diagnósticos más frecuentes fueron trastorno depresivo mayor (26,4%), intento suicida (20,9%) y trastorno bipolar (14,5%). El 69,3% de los pacientes fue dado de alta con más de un diagnóstico. El 78,7% de los pacientes fueron dados de alta médica y 19,7% de alta voluntaria (6).

Entre 2004 a 2008, Romeu y col. (7) estudiaron a los pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría infantil en un hospital general en Cuba, encontrando un total de 1181 pacientes, 65,8% de ellos de sexo femenino, y 79,5% era adolescentes. Clasificaron los diagnósticos principales según grupo etario: en adolescentes el intento suicida, trastornos emocionales en niños entre 6 y 10 años, y trastornos hipercinéticos en menores de 5 años (7).

En 2005, Hanssen-Bauer y col. (8) realizaron un estudio en Noruega sobre los pacientes adolescentes hospitalizados en unidades agudas de psiquiatría. Se encontró un total de 192 pacientes adolescentes, 70% de sexo femenino, con una edad promedio de 15,7 años. De estos pacientes, 58% ingresó por crisis suicidas. La duración promedio de la hospitalización fue de 8,5 días. Agruparon a los pacientes según los síntomas al ingreso, encontrando que el 27,6% correspondían al grupo de problemas afectivos, 25,5% a problemas externalizantes, 17,7% a problemas neuróticos y 11,5% a problemas psicóticos (8).

Plemmons y col. (9) realizaron un estudio entre 2008 y 2015 para evaluar la hospitalización por intentos suicidas en hospitales pediátricos de Estados Unidos. Encontraron que la mitad de los pacientes tenía edades entre 15 y 17 años (50,2%), 37% entre 12 y 14 años, y 12,8% entre 5 y 11 años. El 64,4% de los pacientes era de sexo femenino. El número de dichas hospitalizaciones incrementó a lo largo de los años, correspondiendo en 2008 al 0,66% del total de pacientes pediátricos hospitalizados, mientras que en 2015 correspondía a 1,82% del total (9).

En Italia, Di Lorenzo y col. (10) realizaron un estudio para describir las hospitalizaciones psiquiátricas de adolescentes entre 2010 y 2015. En total evaluaron a 101 adolescentes, sin diferencia estadística de número de participantes según el sexo, con una edad promedio de 16,27 años. Se encontró que la edad promedio de inicio de síntomas fue de 13,89 años, y los motivos de ingreso más frecuentes fueron conducta agresiva (37,1%), seguido de riesgo suicida (22,9%), psicosis (16,4%) y abuso de sustancias (15,0%). Hubo diferencias en el motivo de

ingreso según el sexo del paciente: en los varones predominó la conducta agresiva y en las mujeres el riesgo suicida. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes al alta fueron: trastornos de conducta (22,46%), trastornos de adaptación (16,66%), trastornos de personalidad (15,94%) y trastornos de ansiedad y distimia (13,04%). Los problemas de adicción fueron más frecuentes en el sexo masculino (11,39% vs. 7,42%), y la sustancia más frecuentemente consumida era cannabinoides. Al alta, los psicofármacos mayormente prescritos fueron los antipsicóticos típicos (28%), seguido de benzodiacepinas (24%), estabilizadores del ánimo (16%) y antidepresivos (12%). Cabe resaltar que, de los pacientes que recibieron medicación al alta, 69% tenía politerapia (10).

En 2015 en Paraguay, Duarte y col. (11) estudiaron las características de los pacientes menores de 18 años hospitalizados por un problema de salud mental en un hospital general pediátrico. Hubo 180 pacientes hospitalizados por problemas de salud mental, correspondientes al 2,5% del total de pacientes pediátricos hospitalizados en ese año. La mediana de la edad fue de 13 años, y el 67,2% de los pacientes era de sexo femenino. Los diagnósticos más frecuentes fueron: maltrato infantil (42,89%), seguido por trastornos depresivos (21,71%) e intentos suicidas (8,7%). El 56% tenía comorbilidad de 2 o más diagnósticos psiquiátricos. De los pacientes con diagnóstico de maltrato infantil, el 25,9% era por abuso sexual, 25,9% por negligencia, 19,3% por abuso psicológico, 17,5% por violencia intrafamiliar y 11,4% por violencia física. Respecto a los intentos suicidas, el 46,9% fue mediante cortes, 37,5% por toma de medicamentos, 9,4% por ahorcamiento y 6,3% por electrocución (11).

En el mismo año de nuestro estudio, 2018, Pupo y col. (12) realizaron un estudio acerca de los pacientes adolescentes hospitalizados en el servicio de psiquiatría de un hospital pediátrico en Cuba para hallar que factores de riesgo presentaban dichos pacientes. De los 269 pacientes incluidos en el estudio el 70,6% era de sexo femenino. Respecto a los antecedentes perinatales, el 11,5% tuvo problemas durante el embarazo mismo (mayormente diabetes gestacional e hipertensión arterial), el 6,7% de las madres tuvo bajo peso en el embarazo, 14,1% tuvo un parto distócico, 3,3% de los recién nacidos tuvieron bajo peso y 2,2% presentó cianosis, entre otras complicaciones perinatales. Solamente el 25,6% de los pacientes no presentó ningún tipo de antecedente perinatal. Los diagnósticos más frecuentes encontrados fueron: crisis suicidas (52%) y trastornos del humor (23,8%). El 46,1% de los pacientes con crisis suicida tuvo algún antecedente perinatal, y se encontró que el 78,6% de los pacientes con crisis suicida fue de sexo femenino. El 62,5% de los pacientes con trastornos del humor era de sexo femenino (12).

En Perú son pocos los estudios sobre emergencias en salud mental en niños y adolescentes; la mayoría son estudios antiguos (13-19), se basan en crisis suicidas (13-16), y algunas de las estadísticas que incluyen a esta población son en base a estudios que abarcan a todas las edades (16, 19).

Pacheco (13) realizó un estudio en el Hospital Guillermo Almenara entre 1996 y 2000 para estudiar a los pacientes adolescentes hospitalizados por intento suicida. Se encontró que la prevalencia de sexo femenino: masculino era de 6,5:1. El 85%

de los pacientes tenía edades entre 15 y 17 años. El 24% de los pacientes tenía el antecedente de previo intento suicida. Respecto al método, el más frecuente utilizado fue el medicamentoso (57%, la mayoría por benzodiazepinas), seguido por envenenamiento por insecticidas y raticidas (39%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastornos depresivos (59%) y trastornos de adaptación (35%) (13).

Cabrejos y col. (14) realizaron un estudio sobre los pacientes menores de 18 años que ingresaron al Hospital Cayetano Heredia entre marzo y julio de 2002 por intento suicida. Encontraron un total de 24 pacientes, de los cuales 83,3% era de sexo femenino, con una edad promedio de 15,54 años (un rango de edad entre 9 y 17 años). Había antecedentes de problemas psiquiátricos en 16,66% de las familias. El 37,5% de los pacientes tenía los padres separados o divorciados. El 75% había sufrido de abuso psicológico, el 58% abuso físico y 8,3% abuso sexual. El 29,2% de los pacientes había tenido al menos un intento suicida previo, y de estos el 57,1% había tenido más de un intento suicida previo. El 62,5% de los intentos suicidas fue por intoxicación por organofosforados/carbamatos, el 16,7% por ingesta de benzodiazepinas y 8,3% por polifarmacia. Los diagnósticos más frecuentes fueron: depresión mayor (91,7%), distimia (79,2%) y trastorno de ansiedad generalizada (12,5%) (14).

Vargas y col. (15) realizaron un estudio sobre las conductas suicidas en adolescentes en Lima metropolitana y Callao, utilizando la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental del 2002. Encontraron que, respecto a los deseos

de morir, había una prevalencia actual de 6,8%, en el último año de 15,2% y de vida de 29,1%. Encontraron que los deseos de morir eran más frecuentes en el sexo femenino (OR: 2,3), en pacientes con fobia social (OR: 4,0) y en pacientes con episodio depresivo (OR: 2,8). Respecto al intento suicida se encontró una prevalencia actual de 0,4%, en el último año de 2,4% y de vida de 3,6%. Los intentos suicidas eran más frecuentes en los pacientes con episodio depresivo (OR: 8,5) (15).

Vásquez y col. (16) estudiaron el perfil de pacientes atendidos en el Programa de Prevención del Suicidio del INSM “HD-HN” en 2003. Se encontró un total de 548 pacientes, de los cuales el 6,7% tenía menos de 18 años (siendo el menor de 12 años). El análisis de las características de los participantes fue en base a la población total, y no realizaron análisis por grupo etario. El 75,7% de los pacientes era de sexo femenino. El método más usado fue sobredosis por fármacos (42,7%), seguido por ingesta de veneno (20,8%), cortes (16,5%), lanzamiento (8,8%) y ahorcamiento (3,7%). El 47,9% tenía al menos un intento suicida previo. El 51,4% tenía antecedente de ausentismo parental antes de los 15 años (de los cuales el 80,9% de los casos era ausentismo del padre), el 61,8% tenía antecedente de violencia (de los cuales el 61,7% era víctima de violencia física y 38,3% de violencia sexual) y el 10,4% tenía antecedente suicida en un familiar de primer grado (50% hermanos, 22,2% madre, 27,8% padre) (16).

Reinoso (17) estudió a los pacientes niños y adolescentes hospitalizados entre 2003 y 2005 en Hospitalización de Adultos del INSM “HD-HN”. Encontró un total de 66

pacientes, de edades entre 9 y 18 años (pero el 89% de los pacientes tenía 14 años a más), de los cuales el 54,5% era de sexo masculino y 45,5% de sexo femenino. El 96,4% de los pacientes procedía de Lima y Callao. El 34,8% de los pacientes fue internado por conducta agitación psicomotriz, seguido por intento suicida (12,1%) y restricción alimentaria (10,6%). Al alta, el 27,3% tenía el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (CIE-10: F20.0) (17).

Castillo (18) realizó una investigación de los adolescentes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán entre 2003 y 2005. Encontró que, en el servicio de consulta externa de niños y adolescentes, el total de adolescentes atendidos incrementó de 1707 adolescentes en 2003 a 1976 en 2005. Asimismo, en el servicio de emergencias, en número de adolescentes atendidos incrementó de 127 adolescentes en 2003 a 225 en 2005, y el 43% de estos pacientes tenía diagnóstico de esquizofrenia. El número de pacientes adolescentes hospitalizados incrementó de 77 adolescentes en 2003 a 88 adolescentes en 2005, y el 32% de los pacientes tenía un diagnóstico de esquizofrenia (18).

Cruzado y col. (19) estudiaron a los pacientes hospitalizados por adicción a internet entre 2001 y 2006 en el INDM "HD-HN". Encontraron que todos los pacientes eran de sexo masculino, cuya edad promedio era de 18,3 años (con un rango desde los 13 a 28 años), y el 76,7% era menor de 21 años. Hubo antecedente de problemas perinatales en el 26,7% de los pacientes. El 56,7% de los pacientes tenía el antecedente de maltrato infantil (sea psicológico, físico o sexual). El 56,7% de los pacientes tenía antecedentes familiares de problemas de salud mental, de los cuales

el 70% tenía problemas de adicciones (en la mitad de los casos era a sustancias psicoactivas y en la otra mitad de los casos a internet o ludopatía). El 56,7% de los pacientes tenía comorbilidad con trastornos afectivos, el 26,7% con otras adicciones (sea ludopatía o adicciones a sustancias psicoactivas), el 16,7% trastorno disocial y el 13,3% TDAH (19).

Cáceres y col. (20) realizaron un estudio entre febrero y marzo de 2013 sobre los pacientes con los diagnósticos de depresión, trastorno límite de la personalidad y esquizofrenia que acudieron al servicio de consultorio externo de adultos del INSM “HD-HN” para evaluar la relación entre los intentos suicidas y el trauma infantil en dicha población. Encontraron en total a 200 pacientes, de los cuales el 76% era de sexo femenino. El 75,4% de los pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad había tenido antecedente de politrauma (el cual definieron como un mínimo de 3 eventos traumáticos en la infancia) y fueron los que tuvieron mayor prevalencia de intentos suicidas (83,1%). El antecedente de politrauma se encontró en el 62,5% de los pacientes con depresión, con una prevalencia de 43,1% de intentos suicidas, y en 41,3% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, con una prevalencia de 20,6% de intentos suicidas. En los pacientes con trastorno límite de la personalidad, se encontró una asociación significativa entre haber sido testigo de violencia física entre sus padres e intento suicida. En los pacientes con el diagnóstico de depresión, se encontró una asociación significativa entre el haber sido separados de manera traumática de alguno de sus padres e intento suicida. Además, encontraron que el antecedente de politrauma actuaba como un factor de riesgo para presentar un intento suicida (OR: 2,0; IC: 1,1-4,3). Por lo tanto,

este estudio demuestra que la presencia de eventos traumáticos a temprana edad está asociado a mayor riesgo de patología mental, no solo en la niñez y adolescencia, sino también en la edad adulta (20).

Osorio-Martínez y col. (21) estudiaron las emergencias psiquiátricas en niños y adolescentes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán, en el servicio de emergencias, entre setiembre 2014 a setiembre 2015. En dicho periodo de tiempo, del total de emergencias psiquiátricas atendidas de todas las edades, el 13% correspondió al grupo etario de niños y adolescentes. El 60% era de sexo femenino, con una edad promedio de 14,8 años (con un rango entre 5 y 17 años). La heteroagresividad fue el motivo más frecuente de ingreso (28,4%), seguido por alucinaciones (13,7%), irritabilidad (11,9%), autoagresividad (10,9%) e ideación suicida (9,1%). Agruparon los diagnósticos en grupos, siendo el más frecuente los trastornos psicóticos (31,6%), seguidos de los trastornos afectivos (25,6%). El 49% de los pacientes fueron internados en el área de observación de emergencias. El 70,9% de los pacientes recibió benzodiazepinas, el 67,4% antipsicóticos, el 26% antidepresivos y el 19,6% estabilizadores del ánimo (21).

En el año 2022 (posterior a la fecha de recolección de datos de nuestro estudio), el “Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas” (CEDRO) (22) publicó un informe respecto a la problemática de las drogas en nuestro país. Clasifican a las drogas en legales, aquellas en que la ley permite su uso, y las drogas ilegales, las cuales están prohibidas por la ley. Entre las drogas legales se encuentra el tabaco, el alcohol, y el uso de fármacos (tales como

benzodiazepinas), mientras que en el grupo de drogas ilegales podemos encontrar a la marihuana, la cocaína (en sus diferentes presentaciones), drogas sintéticas, entre otros. En este informe comentan que el consumo de drogas, sean legales o ilegales, comienza en la adolescencia, ya que esta es una época en donde la persona tiende a adoptar conductas de riesgo debido a una inmadurez de la corteza prefrontal (la cual influye en como la persona toma sus decisiones). Además, por factores sociales y culturales, el consumo de alcohol y tabaco se da muchas veces incluso desde el inicio de la adolescencia. Aparte de la posibilidad de producir una adicción, el consumo de drogas puede producir otros problemas a nivel de salud mental, tales como agitación psicomotriz, alucinaciones, paranoia, ansiedad, crisis de pánico, entre otras, y también problemas a nivel familiar y social, tales como ausentismo escolar, problemas en su núcleo familiar y problemas a nivel de la sociedad. Devida (2023) en 2017 realizó un estudio a 53,591 estudiantes de nivel secundario en diferentes departamentos del país para conocer acerca del consumo de drogas en esta población. Encontró que la prevalencia de vida de consumo de alcohol o de tabaco era de 33,3%, en el último año de 20,3% y en el último mes de 10,7%. Dentro de las drogas legales, encontró que la prevalencia de consumo de alcohol en el último año era de 17,5% y de tabaco de 9,6%. Además, encontró una prevalencia de vida de 11,4% en el consumo de drogas ilegales (dentro de las cuales incluyeron inhalantes), una prevalencia en el último año de 4,6% y en el último mes de 2,1%. Dentro de las drogas ilegales, la marihuana fue la de mayor consumo, con una prevalencia en el último año de 2,6%, seguido de cocaína (1%), inhalantes (0,9%), éxtasis (0,8%) y pasta básica de cocaína (0,7%). Respecto al consumo de fármacos, la prevalencia de vida fue de 6,5%, en el último año de 3,7% y en el último mes de

2,9%, siendo los más frecuentes el uso de tranquilizantes (con una prevalencia en el último año de 3,2%), seguido de estimulantes (con una prevalencia en el último año de 1%). Encontró que la edad de inicio promedio fue de 13 años y fue similar en el consumo de drogas legales, drogas ilegales y fármacos. En cuanto a la distribución por sexo, el consumo de drogas ilegales y tabaco era más frecuente en hombres, mientras que el consumo de alcohol y fármacos era más frecuente en mujeres. Dentro de ambos sexos, la marihuana fue la droga ilegal de mayor consumo. Encontró también que la prevalencia anual de consumo de drogas legales, ilegales y fármacos incrementaba conforme incrementaba la edad. Respecto a la razón del consumo de drogas, el consumo de alcohol era mayormente por un tema social, y un porcentaje menor para el manejo de sus emociones, mientras que el uso de fármacos tranquilizantes o estimulantes era mayormente para control emocional (22, 23).

El INSM “HD-HN” es una institución de alcance nacional, que provee atención especializada en salud mental, realiza docencia y desarrolla investigación científica en este mismo campo, además de brindar asistencia técnica a nivel nacional (24). Dentro de la institución se encuentran las DEIDAE (Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada) de niños y adolescentes, adultos y adultos mayores, adicciones y salud colectiva, y los departamentos de emergencias, rehabilitación y enfermería. El departamento de emergencias cuenta con la atención ambulatoria en emergencias y hospitalización breve en la sala de observación de emergencias para aquellos pacientes cuya conducta presente un alto riesgo para su salud o de un tercero y que no pueda ser manejada de manera

ambulatoria; esta hospitalización será referida en esta investigación como “hospitalización en emergencias”. La DEIDAE de niños y adolescentes cuenta con los servicios de consultorio externo y de hospitalización especializada en niños y adolescentes, donde se hospitalizan aquellos pacientes de este grupo etario que requieran hospitalizaciones más prolongadas (en comparación con las hospitalizaciones breves del servicio de emergencias); esta hospitalización será referida en la investigación como “hospitalización en pabellón de niños y adolescentes” (25).

IV. METODOLOGÍA

Diseño del estudio:

El presente es un estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Población:

La población de este estudio abarca a todos los pacientes con edad menor a 18 años que ingresaron entre el 01 de enero y 31 de diciembre de 2018 al servicio de hospitalización de emergencias del INSM “HD-HN”.

De manera secundaria, para llevar a cabo el objetivo específico de evaluar la tendencia anual de admisión de pacientes menores de 18 años que fueron hospitalizados entre el 01 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2018, la población abarcó todos los pacientes (independiente de la edad) que ingresaron a hospitalización de emergencias en dicha fecha.

Descripción operacional de las variables:

Se elaboraron variables según los objetivos de este estudio (Anexo 1).

Procedimientos para la recolección de información:

El INSM “HD-HN” registraba a todos los pacientes que atendía (independiente de la edad o servicio) mediante un programa llamado GalenHos. Se utilizó dicho programa para identificar a todos los pacientes del estudio y obtener su número de historia clínica, la cual se utilizó posteriormente para solicitar la historia clínica en físico, y esta se utilizó para la recolección de las variables de estudio mediante una

ficha de recolección de datos (Anexo 2). Se utilizó la información registrada en la Hoja de Filiación, en el FEIA - Formato de Evaluación Inicial Abreviado (el cual es un formato semiestructurado que registra la sintomatología que presenta el paciente, actual y pasada, y los antecedentes personales y familiares) y las notas de evolución y órdenes médicas.

Además, al hospitalizar a un paciente en emergencias del INSM “HD-HN”, el médico tratante selecciona en el programa GalenHos el motivo por el cual el paciente es traído a emergencias (dentro de una lista preestablecida), y se utilizó esta información para registrar la variable “motivo de ingreso” en la ficha de recolección de datos.

Posteriormente, se utilizó el mismo programa para filtrar a los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia entre los años 2014 y 2018, y se realizó el conteo de pacientes según su edad (clasificándolos en menores de 18 años y adultos). La información obtenida fue almacenada en una base de datos en Excel de manera anónima.

Plan de análisis:

Los datos fueron almacenados en una base de datos en el programa Microsoft Excel y para el análisis de dicha base de datos se utilizó el programa estadístico XLSTAT (programa estadístico de Excel). Se realizó un análisis univariado para obtener frecuencias de las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas (edad del paciente y edad de inicio de síntomas), se realizó la Prueba de Shapiro-Wilk. En las

2 variables, ambos para el sexo femenino y el sexo masculino, la prueba dio como resultado que la población estudiada no seguía una distribución normal. Dicho dato fue confirmado luego mediante histogramas. Por consiguiente, debido a que los datos obtenidos no seguían una distribución normal, para el análisis de las variables cuantitativas se utilizó la mediana y el rango intercuartílico. Se utilizó el programa XLSTAT mencionado anteriormente para realizar estos cálculos. Se utilizó la prueba de chi cuadrado para encontrar la significancia estadística entre el sexo y las variables: uso de sustancias psicoactivas, violencia, intento suicida, motivo de ingreso y diagnóstico.

El programa Microsoft Excel también se utilizó para realizar los gráficos de tendencia de número de ingresos entre los años 2014 al 2018.

Consideraciones éticas:

Este estudio aseguró la privacidad de los datos obtenidos de los pacientes y su anonimato. Para ello, inicialmente se utilizó el número de Historia Clínica para llenar la ficha de recolección de datos (no se registró el nombre del paciente en dicha ficha). Luego, a cada ficha se le asignó un código y los datos obtenidos fueron registrados en la base de datos de Excel bajo este código. Solamente la autora de esta investigación ha tenido acceso a las fichas de recolección de datos.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y por el INSM “HD-HN”.

Conflicto de intereses:

Ninguno.

V. RESULTADOS

El número total de pacientes fue de 148, de los cuales se incluyeron 130 (87,8%) en el análisis final debido a que no se encontraron las historias clínicas de 18 pacientes. El 51,5% (n=67) de los pacientes era de sexo masculino y 48,5% (n=63) de sexo femenino. La mediana de edad de atención de fue 15,83 años (Q1=13.92, Q3=16.98) en el sexo femenino y 16,50 años (Q1=14.48, Q3=17.35) en el sexo masculino, con la edad del menor paciente atendido de 8,5 años y del mayor paciente atendido de 17,9 años. El 95,4% de los pacientes tenía edad igual o mayor a 12 años.

El 74,5% de los pacientes nació en Lima, 11,3% en el Callao, 13,3% en otros departamentos del Perú (Ancash, Apurímac, Arequipa, Cusco, Huánuco, Ica, Junín, Lambayeque, Piura y Tacna) y 1 paciente nació en el extranjero (en Panamá). Respecto al lugar de procedencia se obtuvo también que la mayoría de los pacientes procedían de Lima (76,4%), mientras un menor porcentaje procedieron del Callao (14,2%) y de otros departamentos del Perú (9,4%, Ancash, Apurímac, Cusco, Huánuco, Ica, Junín, Lambayeque, Pasco y Piura).

El 10,2% (n=11) de los pacientes tenía un antecedente perinatal de importancia (aunque no describían cuál era dicho antecedente) y el 47,2% no tenía. Casi en la mitad de los casos (42,6%) no se especificó en la historia clínica si tenían un antecedente perinatal de importancia o no.

Más de la mitad de los pacientes (55,5%) venía de familias con padres separados, en 20,4% de los pacientes los padres se mantenían juntos y en 3 pacientes había fallecido el papá. No se encontró dicha información en la historia clínica en el 21,3% de los pacientes.

El 38% de los pacientes tenía antecedente de violencia (25 pacientes de sexo femenino y 17 pacientes de sexo masculino), pero no hubo una diferencia significativa entre ambos sexos ($\chi^2=2,02$; $df=1$; $p=0,16$). El tipo de violencia más común fue la violencia sexual (59,5%), seguido por la violencia física (47,6%) y la psicológica (14,3%), y 29,6% no reportaba ningún tipo de violencia. No se encontró esta información en el 32,4% de los pacientes. Dentro del grupo de pacientes con antecedentes de violencia, el 24,4% sufría de más de un tipo de violencia, y el 29,3% de los pacientes tenía más de un agresor. El padre o la madre fueron los agresores en el 50% de los casos de violencia psicológica y 70% de los casos de violencia física (un paciente tenía antecedente de violencia física por parte de ambos padres). Dentro del grupo de pacientes con antecedente de violencia sexual, 70,8% conocía al agresor y en el 20,8% de los casos este era desconocido (no se describe el agresor en el 8,3% de los casos). En los pacientes varones fue más frecuente la violencia física ($n=12$) y en las pacientes mujeres la violencia sexual ($n=19$). Hubo una diferencia estadísticamente significativa de la violencia sexual a predominio femenino ($\chi^2=8,15$; $df=1$; $p=0,004$), más no de la violencia física ($\chi^2=1,16$; $df=1$; $p=0,281$) ni psicológica ($\chi^2=0,78$; $df=1$; $p=0,38$). La Tabla 1 detalla las características de la violencia en aquellos pacientes con dicho antecedente, según

tipo de violencia y su distribución según sexo. La tabla 2 detalla la relación con el agresor en cada tipo de violencia y también su distribución según sexo.

El 38% de los pacientes tenía uno o más familiares con algún tipo de trastorno mental (ver Figura 1), el 28,7% no tenía dicho antecedente, y no había esta información en el 33,3% de los casos. De aquellos pacientes con antecedentes familiares, la mayoría de ellos tenía uno o más familiares con uso de sustancias psicoactivas (75,6%, n=31), seguido de trastornos depresivos (26,8%, n=11) y de trastornos psicóticos (19,5%, n=8). En menos del 10% de los pacientes había un familiar con: retraso mental, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos de conducta alimentaria, trastornos de ansiedad, intento suicida, ciberadicción y trastorno bipolar.

La mediana de edad de inicio de los síntomas fue mayor en el sexo femenino, con una mediana de edad de 13,88 años (Q1=11,98, Q3=15,21) en el sexo femenino y 12,42 años (Q1=9,84, Q3=14,59) en el sexo masculino. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: agitación o agresividad (42,3%, n=55), seguido por intento o ideación suicida (29,2%, n=38) y de uso de sustancias psicoactivas o abstinencia (14,6%, n=19). Hubo una diferencia significativa en la distribución de los siguientes motivos de ingreso según sexo; en varones fue más frecuente la agitación o agresividad (41 varones vs 14 mujeres; $\chi^2=20,2$; $df=1$; $p<0,001$) mientras que intento o ideación suicida fue más frecuente en mujeres (31 mujeres vs 7 varones; $\chi^2=23,6$; $df=1$; $p<0,001$) (ver Tabla 3). En el momento del ingreso, el 24,2% (n=31) de los pacientes rechazaba el tratamiento farmacológico, en el 53,1% (n=68) de los

casos no había este rechazo, y el 22,7% de los pacientes no había tenido previamente la indicación de tratamiento farmacológico por lo que dicha variable no aplicaba. El número promedio de días hospitalizados en el servicio de emergencia fue de 2,8 días, con un mínimo de 1 día y un máximo de 15 días.

Acerca de los intentos suicidas se encontró que el 23,8% de los pacientes presentó intento suicida en este ingreso, con una predominancia estadísticamente significativa del sexo femenino (24 mujeres y 7 varones presentaron intento suicida en el episodio actual; $\chi^2=13,67$; $df=1$; $p<0,001$), y en ambos sexos el método más frecuentemente utilizado fue tomar pastillas (67,8%, $n=21$) (ver Tabla 4). El 21,5% de los pacientes tenía antecedente de intento suicida, también con una predominancia estadísticamente significativa del sexo femenino (19 mujeres y 9 varones; $\chi^2=5,38$; $df=1$; $p=0,02$), siendo también el tomar pastillas el método más frecuente (71,4%, $n=20$), con un promedio de 3,9 intentos suicidas previos (con el mismo o diferentes métodos) (ver Tabla 5). Asimismo, el 16,9% ($n=22$) de los pacientes presentó autolesiones sin intención suicida en el episodio actual y 20% ($n=26$) tenía el antecedente de estas autolesiones sin intención suicida.

El 36,4% de los pacientes consumía (actualmente o en el pasado) algún tipo de sustancia psicoactiva, con una distribución estadísticamente significativa a predominio del sexo masculino (25 varones vs 15 mujeres; $\chi^2=4,52$; $df=1$; $p=0,033$). El 97,5% ($n=39$) de estos pacientes consumía marihuana (fue la sustancia de mayor consumo en ambos sexos), seguido por alcohol (37,5%, $n=15$), cocaína (15%, $n=6$), pasta básica de cocaína (15%, $n=6$), benzodiazepinas (12,5%, $n=5$) y

terocal (2,5%, n=1). El 62,5% (n=25) consumía más de 1 tipo de sustancia psicoactiva.

El 15,4% (n=20) de los pacientes tenía antecedente de hospitalización en pabellón de niños y adolescentes, dentro de los cuales el número de hospitalizaciones previas promedio era de 1,3, y el tiempo promedio desde la última hospitalización de 5,15 meses. De la misma manera, el 26,2% (n=34) de los pacientes tenía antecedente de hospitalización en el mismo servicio de emergencias, cuyo promedio era de 3,1 hospitalizaciones previas, y un tiempo promedio de 3,9 meses desde la última hospitalización en el servicio de emergencias. Asimismo, el promedio de atenciones ambulatorias en el servicio de emergencia fue de 1,3 atenciones en el último año (siendo 8 el número de atenciones máximo en el último año), y 0,3 atenciones en el último mes (siendo máximo 2 atenciones).

Dentro de la hospitalización actual, el número promedio de diagnósticos fue de 1,5 diagnósticos por paciente, teniendo el 30,8% de los pacientes 2 diagnósticos y 10,8% de los pacientes 3 diagnósticos (el máximo número de diagnósticos por paciente fue 3). Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastornos por uso de sustancias psicoactivas (30,8%, n=40), trastornos depresivos (26,9%, n=35), trastornos de conducta (15,4%, n=20), psicosis orgánica (13,8%, n=18), y esquizofrenia (10,8%, n=14). Hubo diferencias significativas en el diagnóstico según sexo: a predominio del sexo masculino estuvo el trastorno por uso de sustancias psicoactivas (n= 28 en el sexo masculino vs n=12 en el sexo femenino; $\chi^2=7,89$; $df=1$; $p=0,005$), psicosis orgánica (n=16 vs n=2; $\chi^2=11,67$; $df=1$; $p<0,001$)

y esquizofrenia (n=11 vs n=3; $\chi^2=4,59$; $df=1$; $p=0,032$) mientras que a predominio del sexo femenino estuvieron los trastornos depresivos (n=28 en el sexo femenino vs n=7 en el sexo masculino; $\chi^2=19,1$; $df=1$; $p<0,001$). Otros diagnósticos encontrados fueron: trastorno de conducta alimentaria, psicosis aguda, trastorno límite de la personalidad, retraso mental, trastorno ansioso depresivo, trastorno bipolar, trastorno de hábitos y control de impulsos, trastorno de estrés post-traumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de la personalidad disocial y trastorno mixto de la conducta y emociones (ver Tabla 6). Respecto a los diagnósticos médicos no psiquiátricos, el 4,6% (n=6) tenía epilepsia (no se encontraron otros diagnósticos en las historias clínicas).

El 93,8% (n=122) de los pacientes se fue de alta médica y 6,2% (n=8) de alta voluntaria. El destino de los pacientes al alta fue: consultorio (59,2%, n=77), hospitalización en pabellón de niños y adolescentes (23,9%, n=31) y reevaluación por emergencia luego de unos días (16,9%, n=22).

Al alta, el promedio de psicofármacos prescritos fue de 3,0 por paciente, teniendo el 93,8% (n=122) más de un psicofármaco prescrito. Se le prescribió antipsicóticos al 90% (n=117) de los pacientes, de los cuales a 22,2% (n=26) se le prescribió más de un antipsicótico. Del total de pacientes a los cuales se prescribieron antipsicóticos, el de mayor frecuencia fue risperidona (48,7%, n=57), seguido por haloperidol (27,4%, n=32). El 52,3% (n=68) fue dado de alta con un estabilizador del ánimo, de los cuales el 13,2% (n=9) fue dado de alta con más de un estabilizador. El valproato de sodio fue el estabilizador del ánimo más prescrito al alta (60,3% del

total de pacientes con estabilizadores de ánimo, n=41). El 43,9% (n=57) de los pacientes fue dado de alta con antidepresivos, de los cuales el 7% (n=4) fue dado de alta con más de un antidepresivo. Dentro de este grupo, el antidepresivo más frecuentemente prescrito fue sertralina (61,4%, n=35), seguido por fluoxetina (29,8%, n=17). El 36,9% (n=48) de pacientes fue dado de alta con una benzodiacepina (que en todos los casos fue clonazepam), 32,3% (n=42) con biperideno y 5,4% (n=7) con gabapentina. En la Tabla 7 se puede observar los psicofármacos prescritos al alta. En la Tabla 7 se puede observar los psicofármacos prescritos al alta.

No se pudo obtener estadísticas en las variables religión y grado de instrucción debido a que dicha información no se encontraba en las historias clínicas.

Al analizar el número de ingresos a hospitalización de emergencias desde el 01 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2018, se obtuvo que, como frecuencia absoluta, el número de pacientes menores de 18 años hospitalizados fue incrementando progresivamente a lo largo de estos años, siendo hospitalizados en 2014 un total de 13 pacientes, mientras que en 2018 un total de 148 pacientes (ver Figura 2). Sin embargo, al obtener la frecuencia relativa de hospitalizaciones de menores de 18 años (con respecto al total de hospitalizaciones – incluidos adultos), se obtuvo que el porcentaje de menores de 18 años osciló de un mínimo de 13,3% en 2018, a un máximo de 15,8% en 2016, en comparación con el total de la población hospitalizada (ver Figura 3).

VI. DISCUSIÓN

El presente estudio evidenció un total de 148 pacientes menores de 18 años hospitalizados en el servicio de emergencia del INSM “HD-HN” en 2018. La mediana de edad de los pacientes en este estudio fue de 15,83 años en el sexo femenino y 16,50 años en el sexo masculino, similar a lo hallado en la literatura, donde la mayoría describe una edad promedio entre los 15 y 17 años (7, 9). Sin embargo, en lo que sí difiere nuestro estudio en comparación a la literatura, es que hubo un porcentaje similar de pacientes hospitalizados de ambos sexos (51,5% de sexo masculino y 48,5% de sexo femenino) mientras que la mayoría de los estudios, ambos a nivel nacional e internacional, muestran una predominancia a nivel femenino (reportando que entre el 58 y 68% de los pacientes hospitalizados son de sexo femenino) (5, 11, 21).

En la Resolución Ministerial N° 538-2009 clasifican como adolescente a aquella persona de edad mayor o igual de 12 años y menor de 18 años (26). Debido a que el 95,4% de los pacientes de este estudio tenía más de 12 años, algunas de las cifras utilizadas para comparar las de nuestro estudio son de la población adolescente.

El 38% de los pacientes del estudio tenía algún tipo de violencia. Es sabido que una persona con mayor número de eventos adversos en la infancia, incluida la violencia, tiene más riesgo de presentar problemas de salud mental, enfermedades crónicas, conductas de riesgo (que incluye el abuso de sustancias psicoactivas), e incluso ellos mismos ejercer violencia contra otros, debido a que estos eventos adversos deterioran los componentes emocionales, sociales y cognitivos de una persona (27).

Dada la relación entre antecedente de violencia y salud mental, se esperaría entonces que el porcentaje de pacientes de nuestro estudio con antecedente de violencia sea mayor que el de la población general de adolescentes, cifra que llega a 41,8% en el estudio epidemiológico en niños y adolescentes realizado en Lima y Callao en el 2007 (4). Cifra obtenida, por ejemplo, en el estudio realizado por Cabrejos en nuestro país sobre pacientes adolescentes hospitalizados por intento suicida, donde reportan que el 75% había tenido antecedente de violencia psicológica y el 58% violencia física (14). Por lo tanto, probablemente la cifra obtenida en nuestro estudio está subestimada debido a que no se encontró información al respecto en un tercio de las historias clínicas. Cabe resaltar una cifra preocupante: en el 100% de los casos de violencia física y psicológica y en el 71% de los casos de violencia sexual, el agresor era un miembro de la familia o amistad conocida.

El 10,2% de los pacientes de nuestro estudio tenía un antecedente perinatal de importancia, 47,2% no lo presentaba, y no había dicha información en el 42,6% de las historias. Es conocida ya la relación entre antecedentes perinatales y problemas de salud mental. Por ejemplo, Liang y col. (28) realizaron una cohorte de personas de sexo masculino, para evaluar si existía alguna asociación entre problemas perinatales y acudir a servicios de salud mental durante la niñez o adolescencia. Encontraron que el riesgo de tener que acudir a un servicio de salud mental en estas etapas de vida aumentaba con el uso de fórceps durante el parto (OR: 1,12, IC 95%: 1,01-1,23), cesárea de emergencia (OR: 1,18, IC 95%: 1,03-1,34), edad materna entre 12 y 17 años (OR: 1,51, IC 95%: 1,17-1,95) y APGAR entre 7 y 9 a los 5 min

(OR: 1,10, IC 95%: 1,02-1,17) (28). Por lo tanto, en nuestro estudio se esperaría hallar un mayor porcentaje de antecedentes perinatales, como, por ejemplo, lo encontrado en el estudio de Pupo y col. (12) donde el 74,4% de los adolescentes hospitalizados por problemas de salud mental tenía algún antecedente perinatal de importancia (12). Por lo tanto, probablemente hay un subregistro de esta información en las historias clínicas. Una posible explicación sería que, al recolectar la información de los pacientes que son hospitalizados en emergencias, el personal de salud le preste mayor importancia a la descripción de la sintomatología actual (que lleva al paciente a ser hospitalizado), más no sobre la descripción de los antecedentes perinatales, pudiendo ser considerados como menos relevantes en ese momento de la emergencia. Una segunda explicación sería que no existe un formato adecuado en el INSM “HD-HN” para llenar la información acerca de los antecedentes de desarrollo y otros antecedentes de importancia en los niños y adolescentes (como por ejemplo el ambiente familiar, el desarrollo escolar, etc), lo cual conlleva a un problema en la calidad de los registros.

Se encontró que el 15,4% (n=20) de los pacientes tenía el antecedente de haber sido hospitalizado previamente en pabellón de niños y adolescentes, y el 26,2% (n=34) tenía antecedente de haber sido hospitalizado previamente en el servicio de hospitalización de emergencias, con un promedio de 3,1 hospitalizaciones previas en dicho servicio. Además, es resaltante que los tiempos promedios desde su última hospitalización son cortos, siendo un promedio de 5,2 meses desde la última hospitalización en pabellón de niños y adolescentes y 3,9 meses en el servicio de emergencias. Incluso, se observó que un paciente había acudido al servicio de

emergencias en 8 oportunidades en el último año, previo a la hospitalización actual. El término de “puerta giratoria” es utilizado para describir aquel fenómeno en donde los pacientes que presentan enfermedades mentales crónicas son hospitalizados frecuentemente, y entre las hospitalizaciones existe un periodo de tiempo muy corto. Uno de los factores que contribuye a dicho fenómeno es la falta de adherencia al tratamiento, lo cual es preocupante ya que el 31,3% de los pacientes de nuestro estudio que recibía tratamiento farmacológico previo a la hospitalización lo rechazaba (n=31). Si bien no fue objeto de nuestro estudio, sería necesario saber cuáles son los motivos de rechazo al tratamiento farmacológico de nuestros pacientes y, por lo tanto, hallar el mejor plan farmacológico y no farmacológico según cada paciente, lo cual disminuya los motivos de rechazo al mismo. Botha y col. (29) comentan que otro de los factores que contribuye a este fenómeno de “puerta giratoria” es que existe la presión en los hospitales de dar altas prontas para poder hospitalizar a otros pacientes con síntomas de mayor severidad, lo cual podría conllevar a dar un alta prematura y, por consiguiente, ser hospitalizado de nuevo luego de un corto periodo de tiempo (29). Taype y col. (30) estudiaron el hacinamiento en el servicio de emergencias de adultos del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el 2018. Utilizando la escala “National Emergency Department Overcrowding Study” (NEDOCS), la cual sirve para cuantificar la sobredemanda y el hacinamiento, obtuvieron un valor de 200 puntos, el cual es el puntaje máximo de la escala NEDOCS, lo cual entraría en la categoría “Desastre”. Si bien el estudio fue realizado en la población de adultos y en un hospital general, refleja el problema de sobredemanda de pacientes en la atención de emergencias en nuestro país (30). Nuestro estudio encontró que el promedio de estancia en

hospitalización fue de 2.8 días, con lo cual surge la interrogante, si están sucediendo altas prematuras por una posible sobredemanda de pacientes en la emergencia del INSM “HD-HN”.

Nuestro estudio encontró una prevalencia de vida de consumo de cualquier sustancia psicoactiva de 36,4% (n=40), y esta fue a predominio masculino. Además, se encontró que la sustancia de mayor consumo fue marihuana (el 97,5% de los pacientes que consumían alguna sustancia psicoactiva consumían marihuana y en ambos sexos fue la de mayor consumo), seguido por alcohol (37,5%), cocaína (15%), pasta básica de cocaína (15%) y benzodiazepinas (12,5%). Si bien la prevalencia de vida de consumo de sustancias y la distribución por sexo encontrada en nuestro estudio es similar a la encontrada en el estudio de adolescentes hecho por Devida en 2017 (23), nuestro estudio difiere en que se reporta mayor consumo de marihuana, seguido por alcohol, cocaína (en diferentes presentaciones) y luego de benzodiazepinas, y no se reportó consumo de tabaco, mientras que en el estudio de Devida el mayor consumo era de drogas legales (ambos alcohol y tabaco), seguido de fármacos (a predominio de tranquilizantes) y al último estaba el consumo de drogas ilegales (entre las cuales predominaba el consumo de marihuana). Una posible explicación para la marcada diferencia en las estadísticas mencionadas podría ser que, al momento de ingreso de emergencia, el personal de salud minimice la repercusión del consumo de alcohol y tabaco en la salud del paciente, y, por lo tanto, pregunte específicamente por drogas ilegales, lo cual produciría un sesgo a favor de estas (23).

Los dos motivos de ingreso más frecuentes de niños y adolescentes a las emergencias psiquiátricas reportados ambos en la literatura nacional e internacional son por agitación o agresividad y crisis suicida, similar a los resultados obtenidos en este estudio (42,3% y 29,2% respectivamente). Cabe resaltar que, al igual que en la literatura, nuestro estudio encontró predominancia de agitación o agresividad en el sexo masculino y crisis suicida en el sexo femenino (10, 21). En el estudio de Reinoso (17) entre el 2003 y 2004 en el mismo INSM “HD-HN”, si bien las primeras dos causas de internamiento en el servicio de hospitalización de adultos fueron similares a las de nuestro estudio en emergencias (agitación psicomotriz e intento suicida), ellos encontraron que la tercera causa de internamiento era restricción alimentaria, con una cifra de 10,6%, mientras que en nuestro estudio dicho motivo de internamiento fue solamente en el 2,3% (n=3) de los pacientes (17).

Respecto a los diagnósticos, nuestro estudio difiere de la literatura en cuanto al diagnóstico más frecuente, encontrando en nuestro estudio que los trastornos por uso de sustancias psicoactivas encabezaban la lista, mientras que otros estudios reportan como diagnósticos más frecuentes los trastornos del humor, psicóticos y de conducta. En lo que si hay similitud es que nuestro estudio encontró que los trastornos por uso de sustancias psicoactivas tenían predominancia en el sexo masculino, y que en ambos sexos la sustancia psicoactiva de mayor uso era marihuana, y que los trastornos del humor eran más frecuentes en el sexo femenino. Finalmente, el 41,6% de nuestros pacientes tenía más de un diagnóstico, cifra menor que la reportada por Pacheco (69,3%) (6, 10, 21).

Solamente se reportó comorbilidad médica no psiquiátrica en el 4,6% (n=6) de los pacientes. Sin embargo, la prevalencia de las enfermedades médicas en niños y adolescentes es mucho mayor. Para dar algunos ejemplos, la Organización Panamericana de la Salud (31) reportó que, en el 2012, en los adolescentes entre 15 y 19 años, la prevalencia de sobrepeso era de 36,5% y de obesidad de 17,9%, y la prevalencia de anemia era de 17,2% (31). Otro ejemplo es el estudio de Pupo y col (12), donde encontraron que el 17,8% de los adolescentes hospitalizados por problemas de salud mental tenía el antecedente de asma bronquial (12). Sin embargo, pese a estas prevalencias significativas, ninguno de estos problemas de salud fue registrado como diagnósticos en las historias clínicas (además de muchos otros problemas de salud). Por lo tanto, no se puede tomar la cifra obtenida en nuestro estudio como real, sino evidencia una deficiencia de registro de las patologías médicas no psiquiátricas en las historias clínicas. Esta deficiencia en el registro podría ser atribuida a que el personal médico se centra netamente en la realización de los diagnósticos psiquiátricos ya que el INSM “HD-HN” es una institución especializada en salud mental, y minimiza la importancia de los diagnósticos médicos no psiquiátricos.

Al analizar las características de las crisis suicidas, se encontró predominancia en el sexo femenino (n=24 en el sexo femenino y n=7 en el sexo masculino), intentos suicidas previos en 21,5% de los pacientes (también a predominio del sexo femenino: 19 mujeres vs 9 varones), y el método más frecuente utilizado fue de tomar pastillas (67,8%). Cifras similares son reportadas en estudios peruanos. Por

ejemplo, en sus estudios sobre crisis suicidas, Pacheco (13) reportó predominio del sexo femenino (6,5:1), que el 24% de los pacientes había tenido previos intentos y que el método más frecuente fue el de tomar pastillas, y Cabrejos (14) reportó predominio en el sexo femenino (83,3%) e intentos previos en el 29,2% de los pacientes (y de ellos, el 57% tuvo más de 1 intento previo). La diferencia con el estudio de Cabrejos fue que ellos encontraron que la mayoría de los intentos suicidas (62,5%) fue por intoxicación por organofosforados/carbamatos, y solo el 25% por medicamentos (13, 14). La predominancia del sexo femenino en las crisis suicidas corresponde a lo encontrado por Vargas, que los deseos de morir son más frecuentes en el sexo femenino, con un OR de 2,3 (15). Comparando nuestros resultados con el estudio epidemiológico de Lima y Callao del 2007, hubo similitud en la predominancia de intentos suicidas en el sexo femenino (encontraron que la prevalencia de vida de intentos suicidas en adolescentes mujeres era de 4,2% versus 1,7% en adolescentes varones), pero también hubo diferencia en el método: ellos encontraron que el método más frecuente fue cortes (37,7%) y le siguió el tomar pastillas (15,9%) (4).

En nuestro estudio se encontró un elevado porcentaje de polifarmacia total, definiéndola como el uso de más de un psicofármaco en un mismo paciente (32). El 93,8% (n=122) de los pacientes recibió más de 1 psicofármaco al alta, con un promedio de 3,0 psicofármacos por paciente, y un máximo de 6 psicofármacos en un paciente. Estos datos son muy similares al estudio que realizó Stucchi y col. (33) en 2018, donde analizaron 430 historias clínicas de los pacientes atendidos en consultorio externo de adultos del INSM “HD-HN” con el diagnóstico único de

esquizofrenia, donde encontraron que el promedio de psicofármacos por paciente era de 3,0, y el 84,4% de los pacientes recibió más de un psicofármaco (33). Cabe resaltar que dentro de la misma clase de psicofármacos también hubo polifarmacia: de los pacientes con antipsicóticos el 22,2% (n=26) recibió más de un antipsicótico, de los pacientes con antidepresivos, el 7% (n=4) recibió más de un antidepresivo, y de los pacientes que recibieron estabilizadores del ánimo, el 13,2% (n=9) recibió más de un estabilizador. El 90% (n=117) de los pacientes de nuestro estudio salió de alta con antipsicóticos, cifra mucho más elevada que la reportada por Osorio-Martinez (21) en su estudio en el Hospital Hermilio Valdizán (en donde el 67,4% de los niños y adolescentes salió de alta con antipsicóticos). A la inversa, ellos reportan mayores cifras de uso de benzodiacepinas al alta (70,9% en su estudio versus 36,9% en nuestro estudio). Nuestro estudio también reportó cifras más altas de uso de antidepresivos (43,9% versus 26%) y de estabilizadores del ánimo (52,3% versus 19,6%) en comparación con el estudio realizado por Osorio-Martinez (21).

Entre los problemas de la polifarmacia se encuentra que esta se asocia a menor adherencia al tratamiento. De Paz (34) estudió a 91 pacientes mayores de edad en tratamiento por un trastorno depresivo, que acudían a consultorio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo entre febrero a marzo del año 2016. Encontró que la polifarmacia estuvo asociada a la no adherencia al tratamiento farmacológico (midiendo la no adherencia según la “Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky” de 8 items y definiendo como polifarmacia al uso de 3 o más medicamentos de manera simultánea): de los pacientes con polifarmacia, el 32,6% era adherente al tratamiento, mientras que el 67,4% no era adherente al tratamiento,

en comparación con los pacientes sin polifarmacia, donde el 54,2% era adherente al tratamiento mientras que el 45,8% no lo era (34). Este factor es muy preocupante, ya que el promedio de fármacos indicados al alta por paciente fue de 3,0, y el 31,3% de los pacientes que tomaban medicación rechazaba el tratamiento farmacológico al ingreso. Por lo tanto, se podría deducir que estos pacientes estarían en mayor riesgo de no adherencia al tratamiento, y contribuir al fenómeno de “puerta giratoria” mencionado anteriormente.

De los medicamentos prescritos al alta, el antipsicótico prescrito con mayor frecuencia fue risperidona, de las benzodiazepinas fue el clonazepam (correspondiente al 100% de las benzodiazepinas prescritas), los antidepresivos más frecuentes prescritos fueron sertralina y fluoxetina, y el estabilizador de ánimo más frecuente fue el valproato de sodio, patrón que se observa también el estudio realizado por Stucchi (33).

Además, el 32,3% (n=43) de los pacientes fue dado de alta con biperideno. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (35) recomendó en el año 2012 que no se debe de utilizar anticolinérgicos de manera preventiva cuando se prescribe un antipsicótico, y solamente debe de prescribirse si se evidencia que el paciente presenta síntomas extrapiramidales marcados (35). Incluso, Cortez y col. (36) en 2012 reportaron 4 casos de abuso a biperideno en usuarios adultos con esquizofrenia en el INSM “HD-HN”. Ellos recomiendan entonces que, desde los propios efectos adversos que puede presentar el biperideno hasta la posibilidad de

abuso de dicha sustancia, se debe de hacer un uso racional de este medicamento (36).

Finalmente, se observó que la tendencia anual de hospitalización en el servicio de emergencias de pacientes menores de 18 años fue en incremento de 13 pacientes a 148 pacientes, desde el 2014 al 2018. Cabe resaltar que se observó un aumento similar de número de hospitalizaciones de los pacientes adultos (incrementó de 70 adultos hospitalizados en 2014 a 965 en 2018), y, por lo tanto, no se observó el mismo aumento en la frecuencia relativa de hospitalización de niños y adolescentes con respecto a la población adulta. El incremento de casos de pacientes hospitalizados en ambos grupos etéreos se podría explicar debido a que en el 2013 el Seguro Integral de Salud (SIS) anunció que iba a ampliar su cobertura hacia las patologías de salud mental, lo cual permitió que los pacientes con SIS puedan acceder a ser atendidos en el INSM “HD-HN” que anteriormente no podían por el costo elevado que representa la atención en salud mental y el tratamiento farmacológico en los trastornos mentales (37).

Dentro de las limitaciones podemos mencionar que no todas las variables del estudio estaban descritas en las historias clínicas, y algunas de ellas estaban descritas de manera muy escueta o con letra ilegible. Por lo tanto, no fue posible estudiar variables planteadas en el estudio, como religión y grado de instrucción. Otras variables, como antecedente de problemas perinatales, separación de los padres, antecedente de trastornos mentales en la familia y antecedente de violencia, solo estuvieron descritas en entre el 60-80% de las historias clínicas, por lo que las

cifras obtenidas deben de ser tomadas con precaución. Además, no suelen registrar los diagnósticos médicos no psiquiátricos en las historias clínicas, pese a que es importante conocerlos, por lo que la cifra obtenida probablemente esté subestimada.

Vivar (38) en el 2015 plantea un problema con el formato de historia clínica utilizado en el INSM “HD-HN”: este no es propio de la población de niños y adolescentes. Ella plantea que la historia clínica en los pacientes menores de edad no debe de ser enfocadas solamente en la sintomatología del paciente, sino también en otros aspectos importantes para el desarrollo de un niño. Por ejemplo, es necesario conocer los eventos estresores de su entorno, como el nivel económico de la familia, el tipo de dinámica familiar, el estilo de crianza brindado por sus padres, estresores a nivel del colegio, etc. También es necesario obtener información relacionada al embarazo, tales como complicaciones físicas del mismo o problemas emocionales por parte de la madre. Más aún, la presentación de síntomas puede diferir a la de un adulto, como, por ejemplo, la presencia de enuresis nocturna en un niño con depresión, y existen también trastornos propios de ese grupo etario, como el mutismo selectivo o la ansiedad de separación. Por lo tanto, es necesario la utilización de un formato de historia clínica adecuado para este grupo etario (38).

Más aún, dentro de las limitaciones encontramos que aproximadamente el 85% de los pacientes hospitalizados procedía de Lima y Callao, por lo que los resultados no pueden ser generalizados a toda la población peruana. Finalmente, cabe resaltar que la hospitalización en el servicio de emergencias se lleva a cabo por médicos

psiquiatras sin la subespecialidad de niños y adolescentes, por lo que es posible que el enfoque diagnóstico y terapéutico difiera si la hospitalización en el servicio de emergencias fuese manejada por psiquiatras de niños y adolescentes.

VII. CONCLUSIONES

1. Dentro de las características sociodemográficas se encontró que el 95,4% de los pacientes hospitalizados tenía entre 12 y 18 años, con una distribución similar entre ambos sexos. El 85% de los pacientes había nacido en Lima y Callao y aproximadamente el 90% procedía de dichos departamentos.
2. El 38% tenía antecedente de violencia y el agresor era un familiar o conocido en el 100% de los casos de violencia física y psicológica y en el 71% de los casos de violencia sexual. Aproximadamente 1 de cada 4 pacientes presentó intento suicida en el episodio actual, siendo más frecuente en el sexo femenino y mediante la ingesta de medicamentos. Aproximadamente 1 de cada 3 pacientes del estudio consumían una o más sustancias psicoactivas y la sustancia de mayor consumo fue marihuana.
3. Los motivos más frecuentes de ingreso a emergencia fueron agitación o agresividad, intento o ideación suicida y de uso de sustancias psicoactivas. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, trastornos depresivos y trastornos de conducta. Se encontró un elevado porcentaje de polifarmacia, evidenciando incluso polifarmacia dentro de las mismas clases de psicofármacos, y los psicofármacos más frecuentemente prescritos fueron los antipsicóticos.
4. El número de hospitalizaciones de menores de 18 años en el servicio de emergencias se ha multiplicado en 11 veces desde el 2014 al 2018, pero el porcentaje respecto al total de pacientes hospitalizados se mantuvo estable.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Elaboración de una guía de práctica clínica para el manejo de emergencias psiquiátricas en pacientes menores de 18 años según los motivos más frecuentes de ingreso a emergencia encontrados en este y otros estudios similares.
2. Propiciar el uso racional de psicofármacos, y evitar, dentro de lo posible, el uso simultáneo de los mismos. De ser necesaria la politerapia, justificar en la historia clínica la razón.
3. Utilizar un formato de historia clínica adecuado para la población de niños y adolescentes.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas. Washington, D.C.: OPS; 2018. [citado 28 de enero de 2024]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49578>.
2. Lira, A. El Estado destina menos del 2% del presupuesto del sector a la salud mental. El Comercio [Internet]. 22/10/2022 [citado 28 de enero de 2024]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/el-estado-destina-menos-del-2-del-presupuesto-del-sector-a-la-salud-mental-ec-data-minsa-ministerio-de-salud-noticia/>.
3. Merikangas KR, He J, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49(10):980-9.
4. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes 2007. *Anales de salud mental*. 2012;28(1).
5. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico de Lima Metropolitana y Callao – Replicación 2012. *Anales de salud mental*. 2013;29(1).
6. Pacheco B, Lizana P, Celhay I. Características clínicas de niños y adolescentes menores de 18 años hospitalizados en una clínica psiquiátrica universitaria. *Rev. Med Chile*. 2007; 135:751-758.

7. Romeu B, Sáez Z, Fuentes M, Hernandez N, García D. Morbilidad de los pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría infantil y juvenil de Cienfuegos. *Medisur*. 2010; 8(1).
8. Hanssen-Bauer K, Heyerdahl S, Hatling T, Jensen G, Olstad PM, Stangeland T, et al. Admissions to acute adolescent psychiatric units: a prospective study of clinical severity and outcome. *Int J Ment Health Syst*. 2011; 5(1):1.
9. Plemmons G, Hall M, Doupnik S, Gay J, Brown C, Browning W, et al. Hospitalization for Suicide Ideation or Attempt: 2008–2015. *Pediatrics*. 2018; 141(6).
10. Di Lorenzo R, Cimino N, Di Pietro E, Pollutri G, Neviani V, Ferri P. A 5-year retrospective study of demographic, anamnestic, and clinical factors related to psychiatric hospitalizations of adolescent patients. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016; 12:191-201.
11. Duarte V, Zelaya L. Caracterización clínica y demográfica de la hospitalización psiquiátrica infantojuvenil en un hospital psiquiátrico. *Pediatr*. 2019; 46(2):90-96.
12. Pupo Gonzalez L, Gonzales Arteaga A, Parra García M. Caracterización de los Factores de Riesgo Individuales Asociados a Trastornos Mentales en Adolescentes Tuneros Hospitalizados. *Rev. Hallazgos*21. 2021; 6(1):1-15.
13. Pacheco Z. Algunos factores de riesgo del intento de suicidio en adolescentes Hospital Guillermo Almenara I. 1996-2000. *Rev. peru. pediatr*. 2010; 63(2): 25-29.

14. Cabrejos, C. Intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos. *Rev. Neuropsiquiat.* 2005; 68(1-2):55-66.
15. Vargas H, Saavedra J. E. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Revista Peruana de Epidemiología.* 2012; 16(3):01-11.
16. Vásquez F, Nicolás Y, Martínez R, Vite V, Falconí S, Vargas V. El perfil de los intentadores de suicidio atendidos en el Instituto Especializado de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi» 2003. *Rev Neuropsiquiatr.* 2005; 68(1-2):67-82.
17. Reinoso, J. Morbilidad psiquiátrica en niños y adolescentes hospitalizados en el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”: de enero del 2003 a diciembre del 2004. [Tesis de Especialización en Psiquiatría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006. 95p.
18. Castillo MT. Atención De Adolescentes En Los Servicios De Salud Mental Del Hospital Hermilio Valdizán. *Avances en salud mental relacional.* 2006; 5(2): 1-37.
19. Cruzado Díaz L, Matos Retamozo L, Kendall Folmer R. Adicción a internet: Perfil clínico y epidemiológico de pacientes hospitalizados en un instituto nacional de salud mental. *Rev Medica Hered.* 2006; 17(4):196-205.
20. Cáceres-Taco E, Vásquez-Gómez F. Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de

- depresión, trastorno de personalidad límite o esquizofrenia. Rev Neuropsiquiatr. 2013; 76 (4):255-267.
21. Osorio-Martínez M, Peralta-Carmelino F, Chambergo-Romero O. Emergencias psiquiátricas en niños y adolescentes: Relación entre características clínicas y demográficas. An Fac Med. 2017; 78(2):132-138.
22. Zavaleta A, Moscoso J. El problema de las drogas en el Perú. Lima: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas – CEDRO; 2022 [citado 08 de febrero de 2024]. 252 p. Disponible en: <https://www.cedro.org.pe/>
23. Devida. Estudio Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2017. Lima: Devida; 2019. [citado 08 de febrero de 2024]. 136pp. Disponible en: http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Estudio_Nacional_sobre_Prevencion_y_Consumo_de_Drogas_en_Estudiantes_de_Secundaria_2017.pdf
24. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Información institucional [Internet]. Perú: Ministerio de Salud [citado 02 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inism/institucional>
25. Información institucional. Organigrama [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. [citado 02 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.inism.gob.pe/institucional/organigrama.html>

26. Perú. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Modifican documento aprobado por R.M. N°729-2003-SA/DM en la clasificación de los Grupos Objetivo para los Programas de Atención Integral. Resolución Ministerial N° 538-2009-MINSA (14 de agosto de 2009).
27. Sarabia S. Violencia: una prioridad de la salud pública. *Rev Neuropsiquiatr.* 2018; 81(1).
28. Liang W, Chikritzhs T. Obstetric conditions and risk of first ever mental health contact during infancy, childhood and adolescence. *Midwifery.* 2012; 28:439-444.
29. Botha U, Koen L, Joska J, Parker J, Horn N, Hering L, et al. The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Soc Psychiat Epidemiol.* 2010;45:461–468
30. Taype W, Chucas L, Amado-Tineo J. Hacinamiento en el servicio de emergencia de adultos del Hospital Rebagliati: reporte de caso. *Rev. Med. Rebagliati.* 2018; 1(2):50-55.
31. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018). Parte II: estado actual de la salud de los adolescentes y jóvenes en la región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018 [citado 03 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www3.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/part-two-the-current-status-of-the-health-of-adolescents-and-youth-in-the-americas.html>

32. Medical Directors Council and State Medicaid Directors. Alexandria, Virginia: 2001. National Association of State Mental Health Program Directors: Technical Report on Psychiatric Polypharmacy. Disponible en: <http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Polypharmacy.pdf> (último acceso: enero del 2024).
33. Stucchi-Portocarrero S, Saavedra J. Polifarmacia psiquiátrica en personas con esquizofrenia en un establecimiento público de salud mental en Lima. *Rev Neuropsiquiatr.* 2018; 81(3):145-153.
34. De Paz C. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antidepressivo en pacientes de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, Febrero-Marzo 2016”. [Tesis para Bachiller en Medicina]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Medicina; 2017. 145p.
35. Organización mundial de la Salud [Internet]. c2012. Role of anticholinergic medications in patients requiring long-term antipsychotic treatment for psychotic disorders; 2012. [citado 06 de febrero de 2024]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mhgap/psychosis-and-bipolar-disorders/role-of-anticholinergic-medications-in-patients-requiring-long-term-antipsychotic-treatment-for-psychotic-disorders.pdf?sfvrsn=68417542_0
36. Cortez-Vergara C, Nuñez-Moscoso P, Cruzado L. Abuso de anticolinérgicos en pacientes con esquizofrenia: reportes de caso y breve revisión de la literatura. *Rev Neuropsiquiatr.* 2012; 75 (4): 139-144.
37. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. [Internet]. Lima; c2013. Muy pronto el Instituto Nacional de Salud Mental

“HD-HN” iniciará las atenciones a los pacientes con seguro integral de salud; 02 de mayo del 2013 [citado 28 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.inism.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasinstitucionales/2013/05/02.html>

38. Vivar R. Elaboración y validación de una historia clínica de salud mental para niños y adolescentes. *Anales de Salud Mental*. 2015; 31(2): 31-51.

TABLAS

Tabla 1: Tipo de violencia (en aquellos pacientes con antecedente de violencia) y la distribución según sexo

TIPO DE VIOLENCIA	Total		Sexo				Estadístico
	(N=42)		Masculino		Femenino		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Sexual	25	59,5	6	24	19	76	$\chi^2=8,15$; $df=1$; $p=0,004$
Física	20	47,6	12	60	8	40	$\chi^2=1,16$; $df=1$; $p=0,281$
Psicológica	6	14,3	4	66,7	2	33,3	$\chi^2=0,78$; $df=1$; $p=0,38$

Tabla 2: Relación con el agresor (en los pacientes con antecedente de violencia) y la distribución según sexo

TIPO DE VIOLENCIA	RELACIÓN CON EL AGRESOR	Total (N=42)		Sexo			
				Masculino		Femenino	
				<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexual (N=25)	Tío	6	24	2	33,3	4	66,7
	Desconocido	5	20	1	20	4	80
	Amistad	5	20	1	20	4	80
	Padrastro	3	12	0	0	3	100
	Primo(a)	2	8	1	50	1	50
	Abuelo	1	4	0	0	1	100
	Padre	1	4	0	0	1	100
	Sin información	2	8	1	50	1	50
Física (N=20)	Madre	9	45	2	22,2	7	77,8
	Padre	6	30	4	66,7	2	33,3
	Abuelo(a)	4	20	3	75	1	25
	Tío(a)	2	10	2	100	0	0
	Hermana	1	5	1	100	0	0
	Padrastro	1	5	1	100	0	0
	Familiar no especificado	1	5	1	100	0	0
Psicológica	Padre	3	50	1	33,3	2	66,7

(N=6)	Tíos(as)	2	33,3	2	100	0	0
	Abuelo	1	16,7	1	100	0	0
	Padrastro	1	16,7	1	100	0	0

Tabla 3: Motivo de ingreso a emergencias y distribución según sexo

Motivo de Ingreso	Total de pacientes		Sexo			
	<i>n</i>	%	Masculino		Femenino	
			<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Agitación o agresividad	55	42,3	41	74,5	14	25,5
Intento o ideación suicida	38	29,2	7	18,4	31	81,6
Uso de sustancias psicoactivas (o abstinencia)	19	14,6	12	63,2	7	36,8
Síntomas psicóticos	9	6,9	6	66,7	3	33,3
Restricción alimentaria grave	3	2,3	0	0	3	100
Actos autolesivos	3	2,3	0	0	3	100
Síntomas ansiosos	1	0,8	1	100	0	0
Síntomas depresivos	1	0,8	0	0	1	100
Síntomas maniacos	1	0,8	0	0	1	100
Crisis disociativa o conversiva	0	0	0	0	0	0
Síntomas catatónicos	0	0	0	0	0	0

Tabla 4: Tipo de intento suicida en el episodio actual

Tipo de intento	Episodio actual		Sexo			
	<i>n</i>	%	Masculino		Femenino	
			<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Tomar pastillas	21	67,8	6	28,6	15	71,4
Cortes	6	19,4	1	16,7	5	83,3
Ahorcamiento	1	3,2	0	0	1	100
Veneno	1	3,2	0	0	1	100
Lanzarse de un piso alto	1	3,2	0	0	1	100
No descrito	1	3,2	0	0	1	100

Tabla 5: Tipo de intento suicida en episodios previos

Tipo de intento	Episodios previos		Sexo			
	<i>n</i>	%	Masculino		Femenino	
			<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Tomar pastillas	15	53,6	5	33,3	10	66,7
Más de un método	5	17,9	1	20	4	80
Ahorcamiento	3	10,7	1	33,3	2	66,7
Cortes	2	7,1	1	50	1	50
Veneno	1	3,6	0	0	1	100
No descrito	2	7,1	1	50	1	50

Tabla 6: Diagnósticos psiquiátricos en el episodio actual (agrupados según diagnósticos del CIE-10) y su distribución según sexo

Diagnóstico	Sexo					
	Total		Masculino		Femenino	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Trastornos por uso de sustancias psicoactivas (F10.X, F12.X, F13.X, F14.X, F19.X)	40	30,8	28	70	12	30
Trastornos depresivos (F32.X, F33.X)	35	26,9	7	20	28	80
Trastornos de conducta (F91.X)	20	15,4	8	40	12	60
Psicosis orgánica (F06.2)	18	13,8	16	88,9	2	11,1
Esquizofrenia (F20.X)	14	10,8	11	78,6	3	21,4
Trastorno mixto de la conducta y las emociones (F92.X)	9	6,9	2	22,2	7	77,8
Trastornos de conducta alimentaria (F50.X)	6	4,6	1	16,7	5	83,3
Trastorno límite de la personalidad (F60.3)	6	4,6	1	16,7	5	83,3
Trastornos de hábitos y control de impulsos (F63.X)	6	4,6	6	100	0	0
Trastorno bipolar (F31.X)	5	3,8	0	0	5	100

Psicosis aguda (F23.X)	5	3,8	2	40	3	60
Trastorno de la personalidad disocial (F60.2)	5	3,8	3	60	2	40
Retraso mental (F70.X, F71.X)	4	3,1	3	75	1	25
Trastorno del espectro autista (F84.X)	3	2,3	3	100	0	0
Trastorno obsesivo compulsivo (F42.2)	3	2,3	0	0	3	100
Trastorno ansioso depresivo (F41.2)	2	1,5	2	100	0	0
Trastorno de estrés post- traumático (F43.1)	1	0,8	0	0	1	100

Tabla 7: Psicofármacos prescritos al alta

Tipo de psicofármaco	Total de pacientes que lo recibieron		Nombre del psicofármaco	Total de pacientes según cada familia de psicofármacos	
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
	Antipsicóticos	117		90	Risperidona
			Haloperidol	32	27,4
			Quetiapina	22	18,8
			Aripiprazol	7	6
			Olanzapina	6	5,1
			Trifluoperazina	4	3,4
			Decanoato de flufenazina	2	1,7
			Clozapina	2	1,7
Estabilizadores	68	52,3	Valproato de sodio	41	60,3
			Topiramato	20	29,4
			Litio	8	11,8
			Carbamacepina	8	11,8
Antidepresivos	57	43,9	Sertralina	35	61,4
			Fluoxetina	17	29,8
			Clomipramina	3	5,3
			Escitalopram	3	5,3

			Mirtazapina	2	3,5
			Paroxetina	1	1,8
Benzodicepinas	48	36,9	Clonazepam	48	100
Biperideno	42	32,3			
Gabapentina	7	5,4			

FIGURAS

Figura 1: Número de pacientes con antecedentes familiares de problema de salud mental según su diagnóstico

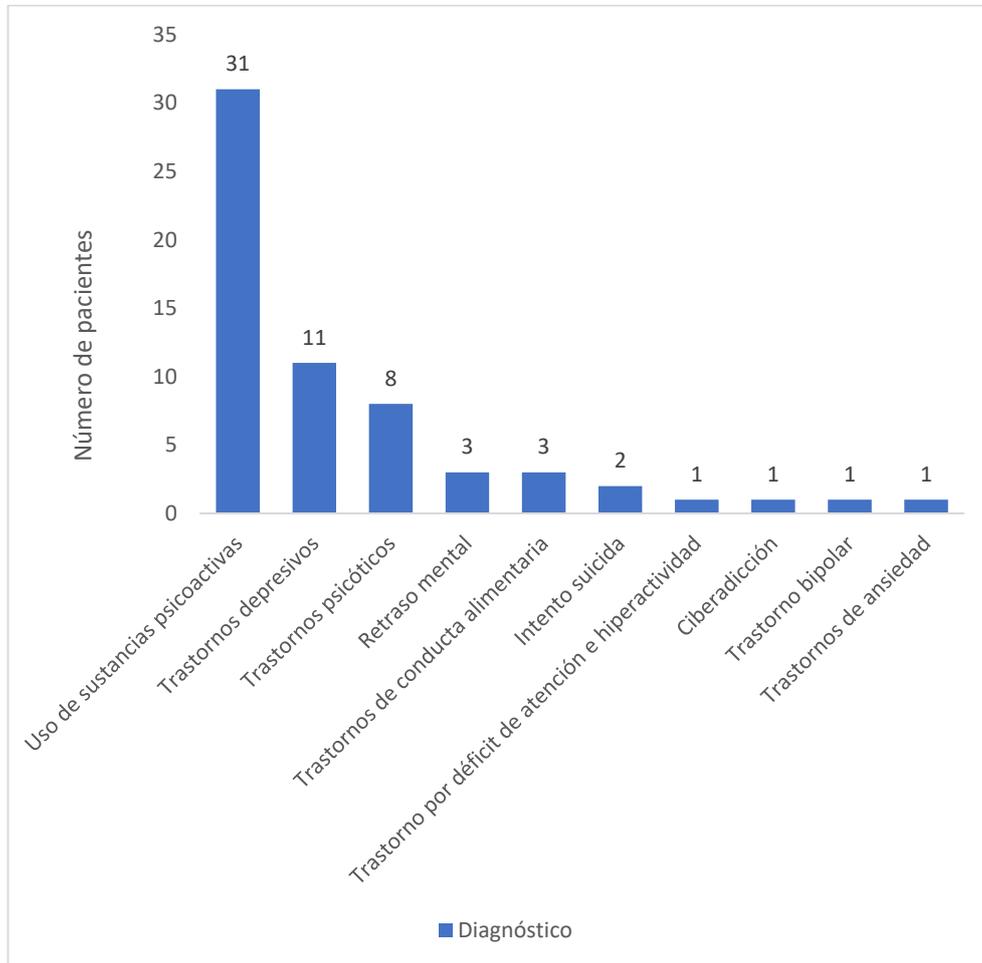


Figura 2: Número de pacientes menores de 18 años hospitalizados en el servicio de emergencias del INSM “HD-HN” desde 2014 hasta 2018

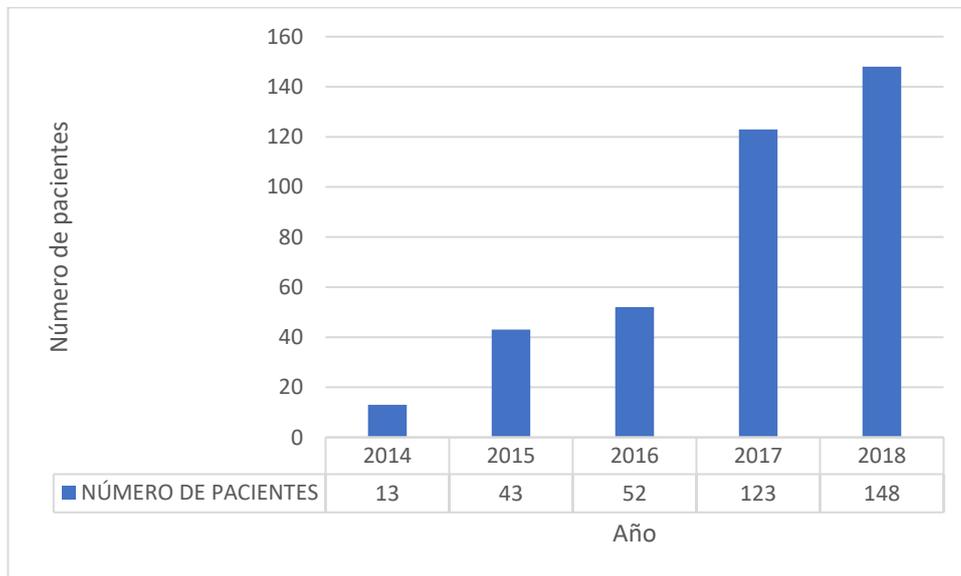
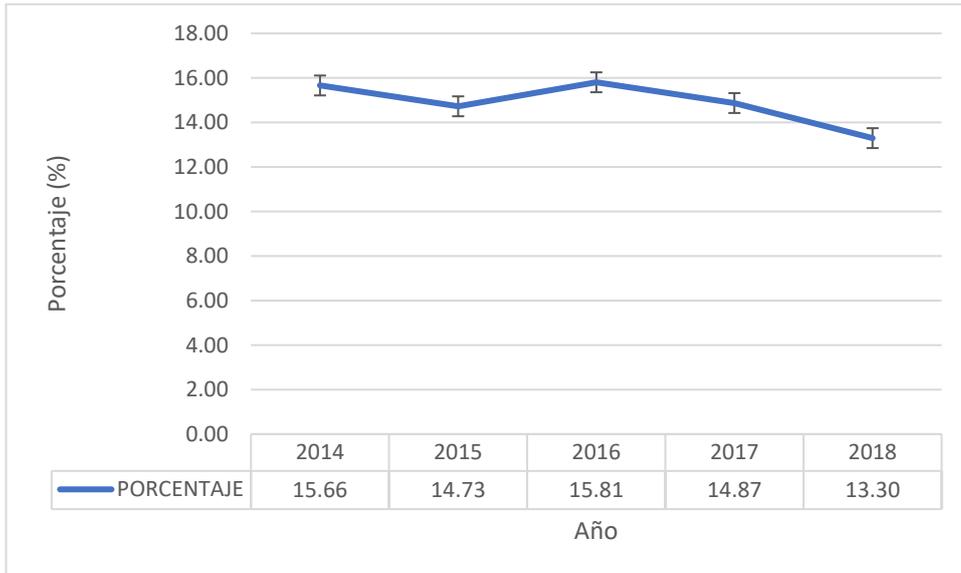


Figura 3: Porcentaje de pacientes menores de 18 años hospitalizados en el servicio de emergencias del INSM “HD-HN” desde 2014 hasta 2018 con respecto al total de la población hospitalizada en dicho servicio en esos mismos años



X. ANEXOS

Anexo 1: Descripción operacional de las variables

VARIABLE	INDICADOR	TIPO	ESCALA
Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Años 	Cuantitativa	Razón
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Cualitativa	Nominal
Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Cualitativa	Nominal
Lugar de nacimiento (Departamento)	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar 	Cualitativa	Nominal
Lugar de procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Lima (indicar distrito): _____ • Otro: _____ 	Cualitativa	Nominal
Religión	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • Evangélica • Mormón • Otros: 	Cualitativa	Nominal
Padres separados	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No se sabe 	Cualitativa	Nominal
Antecedentes de problemas perinatales	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No • No se sabe 	Cualitativa	Nominal
Antecedente de violencia (indicar relación con agresor)	<ul style="list-style-type: none"> • Si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Psicológica ○ Física ○ Sexual • No 	Cualitativa	Nominal
Antecedentes familiares de patología mental	<ul style="list-style-type: none"> • Sí (Especificar) • No 	Cualitativa	Dicotómica
Tiempo de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Meses 	Cuantitativa	Razón
Intento suicida (episodio actual)	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Cualitativa	Dicotómica
Tipo de intento suicida	<ul style="list-style-type: none"> • Cortes • Ingesta de pastillas • Ahorcamiento • Ingesta de veneno 	Cualitativa	Nominal

	<ul style="list-style-type: none"> • Otro (especificar) • N/A 		
Antecedente de intento suicida	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Cualitativa	Dicotómica
Número de intentos suicidas previos al episodio actual	<ul style="list-style-type: none"> • Número • N/A 	Cuantitativa	Razón
Tipo de intento suicida previo (marcar más de una de ser necesario)	<ul style="list-style-type: none"> • Cortes • Ingesta de pastillas • Ahorcamiento • Ingesta de veneno • Otro (Especificar) • N/A 	Cualitativa	Nominal
Uso de sustancias psicoactivas	<ul style="list-style-type: none"> • Sí (especificar) • No 	Cualitativa	Dicotómica
Rechazo del tratamiento al ingreso	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Cualitativa	Dicotómica
Motivo de ingreso a emergencias	<ul style="list-style-type: none"> • Agitación o agresividad • Actos autolesivos • Intento o ideación suicida • Síntomas psicóticos • Síntomas catatónicos • Síntomas ansiosos • Crisis disociativa o conversiva • Síntomas depresivos • SPA o abstinencia • Restricción alimentaria grave • Otros: 	Cualitativa	Nominal
Número de días hospitalizado	<ul style="list-style-type: none"> • Número 	Cuantitativa	Razón

Hospitalización previa en pabellón	<ul style="list-style-type: none"> • Sí (indicar cuantas) • No 	Cualitativa	Dicotómica
Tiempo desde última hospitalización en pabellón	<ul style="list-style-type: none"> • Meses • N/A 	Cuantitativa	Razón
Antecedente de hospitalización previa a observación	<ul style="list-style-type: none"> • Sí (indicar cuantas) • No 	Cualitativa	Dicotómica
Tiempo desde última hospitalización en observación	<ul style="list-style-type: none"> • Meses • N/A 	Cuantitativa	Razón
Número de atenciones en emergencias en el último año	<ul style="list-style-type: none"> • Número 	Cuantitativa	Razón
Número de atenciones en emergencias en los últimos 30 días	<ul style="list-style-type: none"> • Número 	Cuantitativa	Razón
Autolesiones sin fin suicida (episodio actual)	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Cualitativa	Dicotómica
Autolesiones sin fin suicida (Episodios anteriores)	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Cualitativa	Dicotómica
Diagnóstico psiquiátrico al alta	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico(s) 	Cualitativa	Nominal
Diagnóstico médico no psiquiátrico (de importancia)	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico(s) 	Cualitativa	Nominal
Destino	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio externo • Hospitalización en pabellón • Reevaluación por emergencias 	Cualitativa	Nominal
Fármacos prescritos al alta	<ul style="list-style-type: none"> • Fármacos 	Cualitativa	Nominal
Tipo de alta	<ul style="list-style-type: none"> • Médica • Voluntaria • Administrativa 	Cualitativa	Nominal

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Edad: _____ años _____ meses
2. Sexo:
 - a. Masculino
 - b. Femenino
3. Grado de instrucción:
 - a. Primaria
 - i. Completa
 - ii. Incompleta (especificar último grado terminado): _____
 - b. Secundaria
 - i. Completa
 - ii. Incompleta (especificar último grado terminado): _____
4. Lugar de Nacimiento (indicar departamento): _____
5. Lugar de Procedencia:
 - a. Lima (Especificar distrito): _____
 - b. Otro (Especificar): _____
6. Religión:
 - a. Católica
 - b. Evangélica
 - c. Mormón
 - d. Otra (especificar): _____
7. Antecedente de problemas perinatales:
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No se sabe
8. Padres separados:
 - a. Si
 - b. No
 - c. No se sabe
9. Antecedente de violencia (indicar relación con agresor):
 - a. Sí
 - i. Psicológica: _____
 - ii. Física: _____
 - iii. Sexual: _____
 - b. No
10. Antecedentes familiares de patología mental:

- a. Sí (especificar): _____
- b. No

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

1. Tiempo de enfermedad: _____ meses
2. Intento suicida en el episodio actual:
 - a. Sí
 - b. No
3. Tipo de intento suicida:
 - a. Cortes
 - b. Ingesta de pastillas
 - c. Ahorcamiento
 - d. Ingesta de veneno
 - e. Otro (especificar): _____
 - f. N/A
4. Antecedente de intento suicida:
 - a. Sí
 - b. No
5. Número de intentos suicidas previos al episodio actual:
 - a. Número: _____
 - b. N/A
6. Tipo de intento suicida previo (marcar más de una de ser necesario)
 - a. Cortes
 - b. Ingesta de pastillas
 - c. Ahorcamiento
 - d. Ingesta de veneno
 - e. Otro (especificar): _____
 - f. N/A
7. Autolesiones en episodio actual (sin fin suicida):
 - a. Sí
 - b. No
8. Autolesiones anteriores (sin fin suicida):
 - a. Sí
 - b. No
9. Uso de sustancias psicoactivas:
 - a. Sí (especificar): _____
 - b. No
10. Rechazo de tratamiento al ingreso:

- a. Sí
- b. No

11. Motivo de ingreso a emergencias:

- a. Agitación o agresividad
- b. Actos autolesivos
- c. Intento o ideación suicida
- d. Síntomas psicóticos
- e. Síntomas catatónicos
- f. Síntomas ansiosos
- g. Crisis disociativa o conversiva
- h. Síntomas depresivos
- i. SPA o abstinencia
- j. Restricción alimentaria grave
- k. Otros (indicar): _____

12. Número de días hospitalizado: _____

13. Hospitalización previa en pabellón:

- a. Sí (indicar cuantas): _____
- b. No

14. Tiempo desde la última hospitalización en pabellón:

- a. Tiempo: _____ meses
- b. N/A

15. Antecedente de hospitalización previa a observación:

- a. Sí (indicar cuantas): _____
- b. No

16. Tiempo desde la última hospitalización en observación:

- a. Tiempo: _____ meses
- b. N/A

17. Número de atenciones en emergencia en el último año: _____

18. Número de atenciones en emergencia en los últimos 30 días: _____

19. Diagnóstico(s) psiquiátrico(s) al alta:

- a.
- b.
- c.

20. Diagnóstico(s) médico(s) no psiquiátricos de importancia:

- a.
- b.
- c.

21. Destino:

- a. Consultorio externo
- b. Hospitalización en pabellón
- c. Reevaluación por emergencias

22. Fármacos prescritos al alta (indicar):

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

23. Tipo de alta:

- a. Médica
- b. Voluntaria
- c. Administrativa