

**María Luisa Jeréz-Cañabate**<sup>1</sup>   
**Sara Jiménez-Fernández**<sup>1,2,\*</sup>   
**Pablo González-Domenech**<sup>1</sup>   
**Raul-Yago White**<sup>3</sup>   
**Alonso González-Sánchez**<sup>3</sup>   
**Francisco Díaz-Atienza**<sup>1,3</sup> 

1 Departamento de Psiquiatría. Universidad de Granada, España.  
2 Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de Jaén. Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España.  
3 Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de Granada. Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España.

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

**Sara Jiménez-Fernández**  
Correo: [sjimenez@ugr.es](mailto:sjimenez@ugr.es)

## *Evaluación de conductas de cutting en una muestra de adolescentes atendidos en Salud Mental Infanto-Juvenil*

## *Cutting behaviour in a sample of outpatient adolescents from Child and Adolescent Mental Health Services in Spain*

### RESUMEN

**Introducción:** Las conductas autolesivas son extremadamente prevalentes en la población adolescente de nuestro medio, y aún más en aquellos con patología psiquiátrica, lo que adquiere importancia por su relación con la ideación suicida y el suicidio. Para profundizar en su prevención es fundamental investigar sus factores de riesgo asociados, entre los que destacan, entre otros, la exposición a eventos vitales adversos unido a una personalidad perfeccionista o impulsiva, patología psiquiátrica, síntomas depresivos o consumo inadecuado de alcohol. Este estudio explora las características sociodemográficas y clínicas asociadas al *cutting* en adolescentes con patología psiquiátrica. **Métodos:** Se lleva a cabo un estudio observacional, transversal, con muestreo oportunista y recogida de datos mediante cuestionario a un total de 40 pacientes de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) del Hospital Virgen de las Nieves (HUVN) de Granada. **Resultados:** El 55% de los pacientes presentaron conductas autolesivas, mayormente *cutting* (81,8%) en brazos y muñecas, con la finalidad de calmar tensión emocional (71,4%). No se encontraron diferencias significativas entre pacientes con autolesiones y sin autolesiones en función del diagnóstico psiquiátrico, el consumo de alcohol, los antecedentes de abuso y el apoyo familiar, pero sí para la presencia de síntomas depresivos, intentos de suicidio previos y la presencia

### ABSTRACT

**Introduction:** Self-injurious behavior is extremely prevalent in the adolescent population in Spain, particularly in adolescents with psychiatric pathology, which may link to suicidal ideation and suicide. To further investigate prevention strategies, it is necessary to examine associated risk factors. Exposure to adverse life events, having a perfectionist or impulsive personality, psychiatric pathology, depressive symptoms, and inadequate alcohol consumption are all known to increase risks. This study explores the sociodemographic and clinical characteristics associated with cutting in adolescents with psychiatric pathology. **Methods:** An observational, cross-sectional study with an opportunistic sampling was conducted. Data were collected with questionnaires from a total of 40 patients attending the Child and Adolescent Mental Health Unit (USMIJ) of the Hospital Virgen de las Nieves (HUVN) in Granada. **Results:** 55% of the adolescents presented self-injurious behaviors, mainly cutting (81.8%) on arms and wrists, with the stated aim of relieving emotional distress (71.4%). No significant differences were found between patients with and without self-injury regarding psychiatric diagnosis, alcohol consumption, history of abuse or family support; but there were significant differences concerning the presence of depressive

de ideación suicida, observando para el *cutting* mayor riesgo de ideación suicida que para el resto de tipos de autolesiones. **Conclusiones:** La mayoría de adolescentes atendidos en una USMIJ presentan autolesiones mediante *cutting* en brazos y muñecas, y lo hacen con la finalidad de aliviar tensión emocional. Los síntomas depresivos, las conductas autolesivas en relación con el suicidio y la ideación suicida son factores de riesgo en la presencia de estas, conllevando el *cutting* mayor riesgo de autolesión que el resto de tipos de autolesiones. Estos resultados subrayan la importancia de la prevención de las autolesiones, y concretamente del *cutting*, como prevención ulterior del suicidio.

**Palabras clave:** Autolesiones, adolescentes, patología psiquiátrica, suicidio.

## INTRODUCCIÓN

La autolesión es la acción intencionada de dañar al propio individuo mediante la intoxicación por sustancias o mediante la agresión física (1), y dentro de ésta última se incluyen los cortes (*cutting*), los golpes, las quemaduras y los arañazos entre otros (2).

Alrededor del 17% de los jóvenes en este grupo de edad las presentan, siendo más frecuentes en mujeres que en hombres y con una tendencia al alza en los últimos años. El *cutting* es la modalidad de autolesión más frecuente en la población adolescente, siendo extremadamente prevalente en los países occidentales (3). Además, las autolesiones parecen asociarse más con la pubertad que con la edad cronológica en sí misma (1), especialmente entre las chicas que se realizan cortes (4). Moran et al. (2012) observan que la presencia de autolesiones disminuye una vez pasada esta etapa, aunque el riesgo de perpetuación es mayor entre las mujeres, *Odds Ratio* (OR) 9.2, y, entre aquellos sujetos que se infligieron autolesiones durante largos periodos de tiempo, OR de 20 (4).

Mientras que el *cutting* es el tipo de autolesión más frecuente en las chicas, en los varones lo son las autoagresiones contra una pared (5). En este último caso, el método parece responder a una conducta impulsiva que permite liberar tensión; mientras

symptoms, previous suicide attempts and suicidal ideation. Higher suicide risk was observed in patients with cutting than among those with other types of self-injury. **Conclusions:** Most of the adolescents presented self-injury by cutting their arms and wrists and did so to relieve emotional distress. Depressive symptoms, previous suicide attempts and the presence of suicidal ideation were all associated with self-injury, while patients with cutting had a higher risk of suicide. These results underline the importance of preventing self-injury, and specifically cutting, to help prevent suicide.

**Keywords:** self-injury, adolescents, psychiatric pathology, suicide.

que, en el caso de las mujeres, el *cutting* puede tener características más premeditadas y compulsivas, en las que a la búsqueda de dolor se le suma el deseo de infligir marcas identificativas (6).

Se observan diferencias en la frecuencia de autolesiones en población hospitalaria y comunitaria. Entre adolescentes pertenecientes a la comunidad, el *cutting* es la forma de autolesión más frecuente, pero en el ámbito hospitalario lo es la sobredosis medicamentosa (1). Además, sólo 1 de cada 8 adolescentes que se autolesionan acuden al hospital, lo que convierte al *cutting* en una práctica oculta. Esto dificulta su identificación precoz y la posibilidad de realizar una evaluación diagnóstica y la implementación de un tratamiento rápido (1). Este hecho podría representarse como un iceberg, donde el personal médico y sanitario sólo sería capaz de detectar una parte pequeña y visible del problema.

Sin embargo, cuando se estudian muestras de adolescentes con patología mental, la incidencia puede llegar hasta el 60% para eventos aislados, y 50% para autolesiones repetidas en el tiempo (2). Su elevada frecuencia, convierte a esta práctica en un serio problema en sí mismo, que resulta aún más importante debido a la relación que existe entre las autolesiones, la presencia de ideación suicida y el suicidio (7, 8).

26

Recientemente, la pandemia mundial por COVID-19 parece haber tenido un impacto significativo en el fenómeno de estudio como indican los primeros datos disponibles. Durante este periodo se habría producido un aumento de su incidencia en la población adolescente (9), que se ha hecho patente en un aumento de visitas a urgencias por este motivo (10). Este incremento parece estar asociado al recrudecimiento de los factores de riesgo clásicos asociados a las autolesiones durante las restricciones sanitarias sufridas a nivel global (10-12). Las autolesiones son el resultado de una compleja interrelación entre factores genéticos, biológicos, psicológicos, psiquiátricos, sociales y culturales (1). Entre los factores biológicos se han estudiado factores genéticos relacionados con alteraciones en neurotransmisores (1) o el sexo femenino (2). A nivel psicológico, las autolesiones han sido relacionadas con la impulsividad, fundamentalmente en mujeres expuestas a eventos vitales adversos y situaciones de abuso psicológico, físico o sexual durante la infancia (1, 2, 13, 14). También se ha encontrado relación con el perfeccionismo y rasgos de personalidad del cluster B (10), el diagnóstico TDAH, de ansiedad y de depresión (15,16). Entre los factores sociales condicionantes, se ha observado asociación con la orientación sexual no heterosexual (15,16) y con conocer a otras personas con la misma problemática (2).

La pubertad, como se ha mencionado, es un factor de riesgo importante para el desarrollo de conductas suicidas y autolesivas. Esta relación se encuentra mediada por la rápida maduración del sistema límbico con respecto a la corteza prefrontal (17) y la mayor sensibilidad a los glucocorticoides y al sistema serotoninérgico; cambios que derivan en el aumento de conductas impulsivas y de síntomas depresivos (18), existiendo superposición en los correlatos neuronales de los comportamientos suicidas y las autolesiones no suicidas (19). Otros factores que se ha estudiado que aumentan de forma independiente el riesgo de autolesiones son tener una vida sexual activa (1), la presencia de síntomas depresivos, y el consumo perjudicial de alcohol (1,6). Un estudio español encontró un incremento del riesgo de autolesión con OR de 4,065 - 6,357 para depresión y de 2,362 - 2,353 para consumo de alcohol (6).

Con respecto a los motivos que llevan a los adolescentes a realizarse autolesiones, se ha encontrado que con mayor frecuencia buscan el alivio emocional o de ciertos pensamientos, el deseo de castigarse o de asustar a alguien, y mostrar el grado de desesperación sentida (3, 20).

La desesperación sentida puede haberse visto magnificada por la pandemia del COVID-19 (21). El confinamiento domiciliario estricto en adolescentes con antecedentes personales previos de autolesiones ha podido maximizar los factores de riesgo preexistentes, por ejemplo, el recrudecimiento de conflictos familiares preexistentes, la falta de soporte social y profesional, reducida al contacto online, y la disrupción de la rutina y del estilo de vida (10, 22). También el confinamiento puede haber aumentado la preocupación y la ansiedad por el estado de salud y la precariedad económica familiar (21). Otros factores han podido verse minimizados, como aquellos relacionados con el bullying, el contacto con otros jóvenes que se autolesionan y los estresores escolares; otros, como el consumo de redes sociales y dispositivos electrónicos, habrían continuado ejerciendo su efecto vía online (11, 23).

El interés por el estudio de las autolesiones radica en la relación existente con las conductas suicidas, ya que a menudo pueden coexistir y compartir factores de vulnerabilidad (24). El suicidio es globalmente la segunda causa de muerte en adolescentes y la primera en adolescentes de sexo femenino (1), y en los últimos años se ha experimentado un incremento en las tasas del 12,7% anual en las mujeres y del 7,1% anual en los varones (25). Sin embargo, la especificidad y el valor predictivo de las autolesiones para predecir suicidio es escaso (26, 27). Además, la categorización precoz de un paciente como de alto riesgo suicida puede acarrear consecuencias desfavorables relacionadas con el estigma (27). El 95% de los pacientes clasificados como de alto riesgo de suicidio no fallecieron por esta causa, mientras que la mitad de los suicidios los cometieron individuos catalogados como de bajo riesgo (28). Esta falta de sensibilidad y especificidad puede deberse a que los mencionados factores de riesgo también existen en individuos sanos, y a que se desconoce el efecto de la interacción entre los distintos factores de riesgo, aunque se asume

que aumenta el riesgo de suicidio a mayor número de factores de riesgo presentes (8).

En el presente trabajo se estudian los factores personales, sociales y familiares asociados con las autolesiones y el *cutting* en una muestra de adolescentes atendidos en la USMIJ del HUVN de Granada.

## MÉTODOS

Se lleva a cabo un estudio observacional, de corte transversal, que incluye a adolescentes (de 12 a 17 años) atendidos en la USMIJ del HVN de Granada con distintos diagnósticos psiquiátricos o psicológicos desde mayo de 2021 a abril de 2022. Se realizó un muestreo oportunista, y se ofreció participar a todos los pacientes que acudieron a la consulta y que cumplieron los criterios de inclusión.

Fueron excluidos aquellos pacientes que presentaban discapacidad psíquica o intelectual que imposibilitase la ejecución del estudio (discapacidad cognitiva moderada o grave, trastorno psicótico en fase aguda) y aquellos adolescentes con historia de síntomas facticios o elevada sugestionabilidad para quienes la cumplimentación de la entrevista pudiera resultar perjudicial.

El estudio se llevó a cabo según la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigaciones Biomédicas, y siguiendo los preceptos incluidos en el informe Belmont y la Declaración de Helsinki (actualizada en la Asamblea de Brasil en 2013) para la investigación biomédica. También se tuvo en consideración la Ley de Autonomía del paciente 41/2002 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. El proyecto fue sometido al dictamen del Comité de Ética de la Investigación de la Provincia de Granada.

Todos los pacientes fueron entrevistados por los profesionales sanitarios responsables de su atención clínica en dicho momento y cumplieron el Cuestionario de autolesiones no suicidas en adolescentes (CALNSA) (Material suplementario 1). Este es un cuestionario innovador de respuesta múltiple elaborado para este estudio por Francisco Díaz Atienza. Se orienta a la descripción y detección de *cutting* y autolesiones, así como de sus factores de riesgo asociados y riesgo suicida.

- Variables sociodemográficas: edad (variable cuantitativa ordinal), sexo (variable cualitativa categórica: mujer, hombre).
- Variables relacionadas con el diagnóstico del paciente: diagnóstico psiquiátrico actual (variable cualitativa).
- Variables relacionadas con la relación del paciente con la familia y su entorno: respecto a la estructura familiar (variable cualitativa: viven juntos, divorciados o fallecimiento de algún progenitor), antecedentes familiares de trastorno mental (variable cualitativa) o consumo de tóxicos (variable cualitativa), situación económica familiar (variable cualitativa), haber sufrido acoso escolar (variable cualitativa) o algún otro tipo de abuso (variable cualitativa), variables relacionadas con el rendimiento académico (variables cualitativas), con las relaciones de amistad (variables cualitativas), con las actividades deportivas (variables cualitativas) y calidad de las relaciones interpersonales (variables cualitativas).
- Variables relacionadas con la situación económica familiar, relación y apoyo que recibe de la familia: determinado mediante el cuestionario APGAR familiar. El cuestionario APGAR familiar adaptado para niños es un cuestionario validado que incluye 5 preguntas de respuesta múltiple y evalúa la funcionalidad familiar en niños a partir de los 8 años. Proporciona una puntuación de 0 a 10, en el cual de 10 a 7 implica una funcionalidad normal, de 4 a 6 una disfunción moderada, y de 0 a 3 una disfunción grave (variables cualitativas que computan como cuantitativas ordinales) (29).
- Variables relacionadas con el consumo de tóxicos: consumo de alcohol (variable cualitativa), tabaco u otros (variables cualitativas), y su frecuencia (variable cualitativa).
- Variables relacionadas con la autoestima: pensar cómo de bien hace las cosas, si el futuro depara buenos o malos acontecimientos, autoimagen, culpabilidad acerca de los sucesos que ocurren a su alrededor, capacidad de decisión, sentirse solo, infravaloración frente a sus congéneres. Estas variables están incluidas en el Children's Depression Inventory (CDI) que se ve a

continuación (variables cualitativas que computan como cuantitativas ordinales).

- Variables relacionadas con la depresión: aquellas incluidas en el CDI. El CDI es un cuestionario validado que incluye 27 preguntas de respuesta múltiple. Fue desarrollado por María Kovacs para evaluar los síntomas depresivos en la población infantil de 7 a 17 años. Otorga una puntuación de 0 a 54, de forma que cuanto mayor sea el número, mayor gravedad de la sintomatología depresiva existe (30).
- Variables relacionadas con las autolesiones: antecedentes personales de autolesiones (variable cualitativa: sí o no), tipo de autolesiones producidas (variable cualitativa: cortes, quemaduras, golpes u otros), topografía (variable cualitativa: brazos, muñecas, piernas, vientre, cara u otros), objeto utilizado (variable cualitativa: cuchillo, tijeras, cuchilla u otros), frecuencia (variable cualitativa), causa detonante de la autolesión (variable cualitativa: tristeza, ansiedad, no querer vivir, situación estresante u otra), objetivo de la autolesión (variable cualitativa: autodestrucción, calmar tensión emocional, búsqueda de placer, sentir integración en un grupo), respecto a si conoce o ha estado en contacto con otros chicos/as que se autolesionen (variable cualitativa), ideación acerca de producirse autolesiones (variables cualitativa).
- Variables relacionadas con el riesgo suicida: presencia de ideación suicida previa y actual, y su frecuencia, pensar que estaría mejor muerto, pensar si merece la pena vivir, intentos de suicidio previos y sus características (variables cualitativas). El riesgo suicida fue calculado con la combinación de los ítems 11a, 14a, 22a del CALNSA, y los incluidos en el Suicide Risk Screening Tool (31).

### Análisis de los datos

El estudio de los datos se llevó a cabo mediante un análisis descriptivo de la muestra, mediante frecuencias y media  $\pm$  desviación estándar en

el caso de las variables categóricas y continuas respectivamente.

Posteriormente se realizó un análisis comparativo de las variables, en función de la presencia de *cutting* mediante test paramétricos (T-Student y Chi-cuadrado) o no paramétricos (U-Mann Whitney o McNemar) según requiera. A la chi-cuadrado se le aplicó una corrección por continuidad por el reducido tamaño muestral, así como la prueba exacta de Fisher cuando más del 25% de casillas tenían un recuento menor que 5. Por último, la asociación entre los síntomas depresivos (puntuación CDI) y el funcionamiento familiar (puntuación de APGAR) fue estudiada por medio de la correlación de Pearson.

Para la realización de los análisis se empleó el paquete estadístico SPSS® de IBM® versión 25. Se estableció un nivel de significación estadística de 0.05 y los intervalos de confianza fueron calculados para un nivel de confianza del 95%.

### RESULTADOS

En el estudio se incluyeron 40 participantes, cuyas características sociodemográficas y clínicas se detallan en la [Tabla 1](#). Del total, el 28,9% de los pacientes (n=11) estaban diagnosticados de TDAH, el 26.3% (n=10) de trastorno afectivo, el 13.2% (n=5) presentaban trastorno de la conducta alimentaria, el 7.9% (n=3) tenían fobia/ansiedad social, el 5.3% trastorno del espectro autista (n=2), trastorno de conducta (n=2) o trastorno obsesivo compulsivo (n=2) y el 2.6% de los pacientes estaban diagnosticados respectivamente de esquizofrenia (n=1) y de trastorno de la personalidad (n=1).

Respecto al rendimiento académico (n=40), 30% de los pacientes (n=12) respondieron “bueno”, el 47.5% (n=19) “regular” y el 22.5% (n=9) respondieron “malo”. En cuanto a las amistades, el 20.5% de los participantes (n=8) manifestaron tener muchas, 23.1% (n=9) manifestaron tener bastantes, y el 56.4% (22) pocas amistades. El 25% de los pacientes (n=10) respondieron realizar frecuentemente actividades deportivas, el 45% (n=18) algunas, y el 30% (n=12) nunca realizaban actividades deportivas.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y clínicas de los participantes.

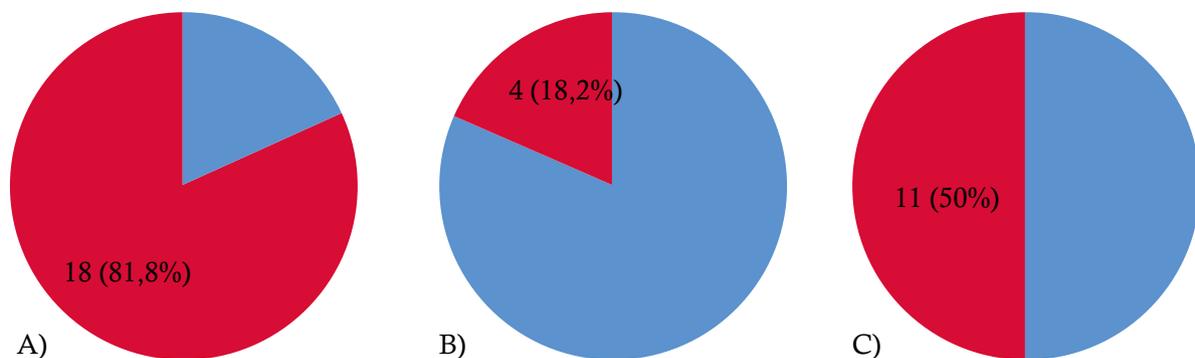
Autolesiones	Total [n=40 (100%)]
<b>Sexo</b>	(n=39)
Femenino (n, %)	24 (61,5%)
Masculino (n, %)	15 (37,5%)
<b>Edad (años)</b>	(n=39)
Mediana, rango intercuartílico	16, 14-16
<b>Estructura familiar</b>	(n=38)
Ambos progenitores conviven (n, %)	20 (52,6%)
<b>Acoso escolar (Bullying)</b>	(n=40)
No (n, %)	25 (50%)
<b>Otro tipo de abuso</b>	(n=40)
No (n, %)	29 (72,5%)
<b>Consumo de alcohol</b>	(n=40)
Nunca (n, %)	24 (60%)
Alguna vez (n, %)	16 (40%)
Frecuentemente (n, %)	0 (0%)
<b>CDI</b>	(n=39)
Mediana, rango intercuartílico	22, 16-30
<b>APGAR familiar</b>	(n=40)
Mediana, rango intercuartílico	7, 6-8
Funcionamiento normal (n, %)	22 (56,4%)
Disfunción moderada (n, %)	13 (33,3%)
Disfunción grave (n, %)	4 (10,3%)
<b>Intento o intentos de suicidios previos</b>	(n=37)
No (n, %)	27 (73,0%)
<b>Ideación suicida</b>	(n=37)
No (n, %)	9 (24,3%)

CDI: Children's Depression Inventory

**Características de las autolesiones de la muestra:**

El 55% de los encuestados (n=22) afirmaron haberse autolesionado en al menos una ocasión. De aquellos que dijeron haber tenido conductas autolesivas se estudiaron diversos aspectos que se detallan a continuación. El riesgo y la ideación suicida estuvieron presentes en 75.5% (n=28) de los participantes, y el tipo de conductas autolesivas se detalla en la **Figura 1**. Menos del 10% del total se habían lesionado en una sola ocasión, mientras que el 90% de los pacientes presentaban recurrencia en la práctica (**Figura 2**). El 73% de los pacientes con autolesiones (n=16) manifestaron conocer a otras personas que se realizaban autolesiones.

La localización más frecuente fue en brazos (59,1%, n=13), seguido de muñecas (54,5%, n=12) y piernas (31,8%, n=7), y fue menos frecuente en abdomen (13,6%, n=3) y cara (9,1%, n=2). Entre los desencadenantes se encuentran los sentimientos de tristeza (68,2%, n=15), la ansiedad (59,1%, n=13), una situación estresante (50%, n=11) y el deseo de no continuar viviendo (22,7%, n=5), siendo posible que en algunos menores se den varios motivos simultáneamente. Además, el 71,4% de los pacientes se realizaron autolesiones para calmar una tensión emocional (n=15 pacientes), como fin autodestructivo el 19% (n=4) y para buscar placer el 9.8% de los pacientes (n=8), coexistiendo varias formas en algunos casos.



**Figura 1.** Tipo de autolesiones realizadas por los pacientes: A) cutting; B) quemaduras; C) golpes.

Rojo cuando se practican la autolesión; azul no se la practican (n=22)

Menos del 10% del total se habían lesionado en una sola ocasión, mientras que el 90% de los pacientes presentaban recurrencia en la práctica (**Figura 2**).

30

Los pacientes que presentaron autolesiones tenían cifras mayores de CDI total ( $p=0,001$ ) y mayor prevalencia de ideación suicida ( $p=0,044$ ) e intentos de suicidio previos ( $p=0,035$ ) con respecto a los pacientes que no presentaban autolesiones (Tabla 2).

En el grupo de pacientes con autolesiones, el *cutting* fueron más frecuentes entre las chicas ( $X^2=5,22$ ;  $g.l.=1$ ;  $p=0,05$ ). Por último, se encontró una asociación

estadísticamente significativa entre la autolesión por *cutting* y la presencia de ideación suicida ( $p=0,029$ ) (Tabla 3).

Para concluir, se estudió la relación entre depresión infantil y el clima familiar y se encontró una correlación negativa y significativa (valor  $r=-0,616$ ;  $p<0,01$ ) (Figura 3).

**Tabla 2.** Características sociodemográficas y clínicas según los antecedentes de autolesiones.

Autolesiones	Total [n=40 (100%)]	No [n=18 (45%)]	Sí [n=22 (55%)]	Valor estadístico	P
Sexo	(n=39)	(n=18)	(n=21)	1,084	0,298
Femenino	24 (61,5%)	9 (50%)	15 (71,4%)		
Masculino	15 (37,5%)	9 (50%)	6 (28,6%)		
Consumo de alcohol	(n=40)	(n=18)	(n=22)	1,216	0,27
Nunca	24 (60%)	13 (72,2%)	11 (50%)		
Alguna vez	16 (40%)	5 (27,8%)	11 (50%)		
Rendimiento académico	(n=40)	(n=18)	(n=22)	3,162	0,196
Buena	12 (30%)	8 (44,4%)	4 (18,2%)		
Regular	19 (47,5%)	7 (38,9%)	12 (54,5%)		
Mala	9 (22,5%)	3 (16,7%)	6 (27,3%)		
Bullying	(n=40)	(n=18)	(n=22)	2,525	0,112
No	25 (50%)	12 (66,7%)	8 (34,4%)		
Sí	25 (50%)	6 (33,3%)	14 (63,6%)		
Otro tipo de abuso	40 (100%)	(n=18)	(n=22)	0,103	0,749
No	29 (72,5%)	15 (83,3%)	14 (63,6%)		
Sí	11 (27,5%)	7 (16,7%)	4 (36,4%)		
CDI, media (D.E)	23,9 (10,3)	18 (6,2)	29 (10,6)	63**	0,001
Presencia de ideación suicida	(n=37)	(n=16)	(n=21)	4,069	0,044
No	9 (24,3%)	7 (43,8%)	2 (9,5%)		
Sí	28 (75,7%)	9 (56,3%)	19 (90,5%)		
Intentos de suicidio	(n=37)	(n=16)	(n=21)	4,454	0,035
No	10 (27%)	15 (93,75%)	12 (57,1%)		
Sí	27 (73%)	1 (6,25%)	9 (42,9%)		

\*A la  $\chi^2$  se le ha aplicado una corrección por continuidad por el reducido tamaño muestral, así como la prueba exacta de Fisher cuando más del 25% de casillas tenían un recuento menor que 5.

\*\* U de MannWhitney

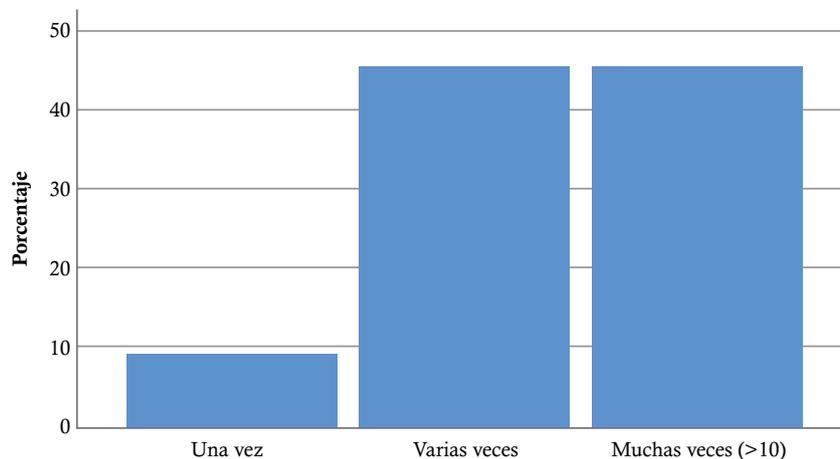
CDI: Children's Depression Inventory

**Tabla 3.** Características autolesivas según una mayor presencia de ideación/riesgo suicida.

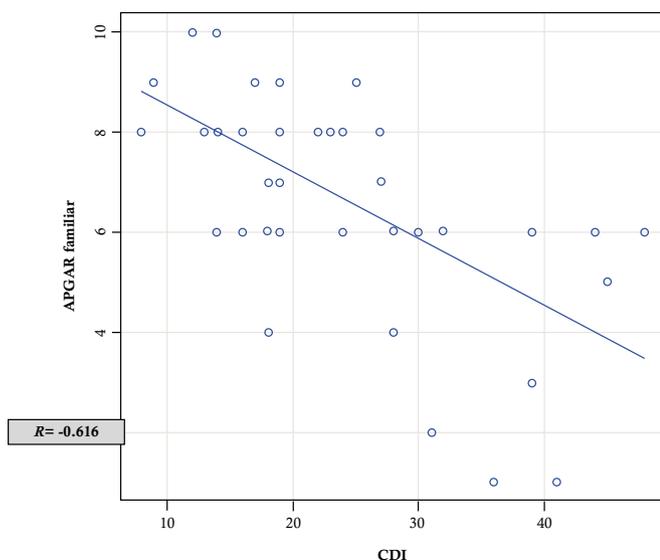
Ideación/riesgo suicida	Total [n=21 (100%)]	No [n=2 (9,5%)]	Sí [n=19 (90,5%)]	Valor de $\chi^2$ *	P
Cutting	(n=21)	(n=2)	(n=19)	4,488	0,029
Autolesión tipo cutting	17 (80%)	0 (0%)	17 (89,5%) †		
Autolesión no tipo cutting	4 (20%)	2 (100%)	2 (10,5%)		
Frecuencia autolesiones	(n=21)	(n=2)	(n=19)	2,606	0,357
Una vez	2 (9,5%)	0 (0%)	2 (10,5%)		
Varias veces	9 (42,9%)	2 (100%)	7 (36,8%)		
Muchas veces	10 (47,6%)	0 (0%)	10 (52,6%)		

\*A la  $\chi^2$  se le ha aplicado una corrección por continuidad por el reducido tamaño muestral, así como la prueba exacta de Fisher cuando más del 25% de casillas tenían un recuento menor que 5.

† En cutting resultó más frecuentes entre las chicas ( $X^2=5,22$ ;  $p=0,05$ ).



**Figura 2.** Frecuencia de las autolesiones. Rojo cuando se practican la autolesión; azul no se la practican (n=22). El 73% de los pacientes con autolesiones (n=16) manifestaron conocer a otras personas que se realizaban autolesiones.



**Figura 3.** Correlación total CDI y de APGAR familiar.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio encontramos que la mayoría de los adolescentes incluidos en la muestra atendida en USMIJ del HUVN presentaron autolesiones mediante *cutting* en brazos y muñecas, y lo hicieron con la finalidad de aliviar tensión emocional. Este tipo de autolesiones resultaron ser más frecuentes entre pacientes de sexo femenino, como ya se ha observado con anterioridad (5, 6).

Encontramos una asociación significativa entre la presencia de autolesiones y los síntomas depresivos, la ideación suicida y los antecedentes de intento de suicidio entre esta muestra de adolescentes; siendo el *cutting* la que se asocia con la presencia de ideación suicida y no los otros tipos de autolesiones.

La mayoría de los pacientes que manifestaron conductas autolesivas presentaron *cutting*, aunque fue frecuente la combinación con otros tipos de prácticas autolesivas como los golpes, los arañazos o las quemaduras, siendo muy pocos los que manifestaron autolesionarse exclusivamente con otros métodos independiente de *cutting*. Las autolesiones fueron más frecuentes en brazos y muñecas; y en la mayoría de las ocasiones la motivación de estas respondía a “calmar una tensión emocional” como ha sido descrito ya en la literatura (3, 20). En el 91% de los adolescentes con antecedentes de autoagresión, las autolesiones no son un fenómeno aislado, sino que la práctica se repite en el tiempo. La conducta autolesiva mantenida puede instaurarse en el grupo de iguales (32-34) y de asumir un papel de regulador emocional (35, 36), siendo más complicado revertir el síntoma (24).

De entre aquellos que presentaron autolesiones, son muchos los que manifestaron conocer a otras personas que lo hacían. Este hecho, es conocido como “efecto *copycat*”, e indica que el hecho de conocer a personas que realizan conductas autolesivas puede favorecer un efecto llamada, de “copia” o imitación y

32

se aplica tanto a personas del mismo entorno como a personalidades famosas que pueden influir a través de la difusión de comportamiento suicida en los medios de comunicación (37, 38).

Con respecto al diagnóstico primario, en nuestra muestra no encontramos diferencias significativas. Sin embargo, se halló la presencia síntomas depresivos comórbidos, de forma que los pacientes con autolesiones mostraban mayor puntuación en el CDI, es decir, mayor gravedad sintomática. Bousoño y colaboradores subrayan que los síntomas depresivos pueden actuar como un factor de riesgo independiente para la realización de autolesiones (6).

También encontramos la existencia de una correlación negativa y significativa entre el valor del CDI y el valor del test de APGAR familiar, lo que indicaría que una menor puntuación en el test de funcionamiento familiar se asocia con una mayor puntuación en el test de CDI, por lo que podríamos suponer que el funcionamiento familiar satisfactorio es un factor protector de la clínica depresiva, y por tanto, de la conducta autolesiva en la adolescencia. Los patrones de interacción familiar disfuncionales, con especial atención a la agresividad, parecen ser decisivos en la aparición y el mantenimiento de depresión en los adolescentes (39) y es más frecuente que la conflictividad dentro del núcleo familiar se relacione con la ideación suicida y con intentos de suicidio, siendo la separación o el divorcio de los padres un factor especialmente de riesgo de intento entre los varones (40). Los programas de intervención en autolesiones requieren trabajar con las familias directamente (41), lo que repercute positivamente en la regulación fisiológica y emocional de niños impulsivos (42).

Los intentos de suicidio previos y la ideación suicida fueron más frecuentes en los pacientes que presentaban autolesiones en el momento de la entrevista. La conducta autolesiva es un fuerte predictor de suicidio (35). El 75% de los pacientes hospitalizados con autolesiones sufrirán un intento de suicidio (36).

En nuestra población, esta asociación con ideación suicida fue especialmente importante con aquellos adolescentes que se realizaban cortes, con respecto a otras autolesiones no *cutting*. Existe un mayor riesgo suicida entre aquellos adolescentes con

conductas autolesivas tipo *cutting* en lugares distintos a brazos y muñecas, siendo el riesgo mayor incluso que para aquellos con antecedentes de sobredosis medicamentosas, con *hazard ratio* (HR) de 2.21 a 4.46 en población adulta (43). Otros factores que han mostrado relación con mayor riesgo suicida son acudir a un hospital tras autolesionarse, especialmente tras haber elegido un método de alta letalidad (43, 44), el sexo masculino (relacionado con impulsividad y letalidad en la elección del método empleado), la práctica regular de cortes y haber recibido atención psiquiátrica previa (13).

Esta asociación entre el *cutting* y la ideación suicida nos parece especialmente importante para poder de realizar detección precoz e intervenir sobre el riesgo suicida, ya que actualmente no hay instrumentos de detección y evaluación con suficiente valor predictivo para identificar el riesgo suicida debido a la multicausalidad de este fenómeno (45, 46). Surge así la necesidad de definir estrategias más individualizadas con el uso de modelos estratificados de riesgo (26).

En nuestra muestra no hallamos diferencias en la puntuación de APGAR familiar entre pacientes que se autolesionan y aquellos que no lo hacen (a pesar de si encontrar asociación con los síntomas depresivos), ni con respecto al sexo del paciente, a diferencia de lo que sucede en otros estudios poblacionales (1, 3). Esta falta de diferencias podría deberse a un Error tipo II o  $\beta$  que se produce cuando no se rechaza la hipótesis nula siendo falsa. En nuestro estudio este riesgo podría ser secundario al pequeño tamaño muestral utilizado.

Tampoco se encontraron diferencias entre la presencia de conductas autolesivas y haber sufrido *bullying* y otros abusos. No obstante, durante la entrevista se permitió a los pacientes contestar libremente en relación con el tipo de abuso sufrido y un importante número de pacientes respondió haber sufrido abusos sexuales (17.5%, n=7). Los abusos sexuales en la infancia juegan un rol fundamental en los adolescentes como factor precipitante de las conductas autolesivas, la frecuencia de estas, y en el riesgo suicida (1). En la mayoría de los casos, los abusos son llevados a cabo en el seno familiar, lo que agudiza y empeora la problemática (47).

## Fortalezas y limitaciones

Estos resultados son un estudio piloto sobre el fenómeno de las autolesiones en población adolescente que acude a USMIJ de Granada, que incluye un tamaño muestral reducido ( $n=40$ ), lo que lleva a poder haber incurrido en un error tipo II o  $\beta$ , como comentamos previamente. No obstante, nuestros resultados vienen a confirmar en población adolescente española resultados que habían sido observados en su mayoría en otras regiones occidentales (48).

Otra limitación de este estudio radica en el hecho de que no incluye a población adolescente comunitaria, sino exclusivamente a aquellos adolescentes que acuden a una USMIJ. Este hecho puede afectar a la capacidad de extrapolación a la población sana. Además, se usó un muestreo por conveniencia, que pudo incurrir en sesgo de selección. Para minimizarlo, fueron incluidos pacientes de varias consultas diferentes. También se podría haber incurrido en el sesgo de motivación, al tratarse de pacientes muy vinculados al servicio. Por último, el diagnóstico psiquiátrico no se realizó por medio entrevistas diagnósticas ni cuestionarios estandarizados.

A pesar de estas limitaciones, el presente estudio tiene también importantes fortalezas que deben ser señaladas. Existe un reducido número de estudios dedicados al *cutting* en población española adolescente atendidos en Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil, por lo que nuestro estudio viene a rellenar un vacío de conocimiento existente. Además, a pesar del reducido tamaño muestral se han hallado asociaciones significativas importantes, lo que nos permite entender el *cutting* como parte de un fenómeno psicológico complejo donde median factores psiquiátricos y sociales. Al mismo tiempo, el uso de una fuente primaria en la obtención de los datos, por medio de una encuesta directa a los participantes, reduce los posibles errores del procesamiento de una fuente secundaria como es la consulta de la historia clínica. Por último, durante la realización del estudio se pudo profundizar en la exploración de estas conductas autolesivas y suicidas en los adolescentes de USMIJ del HUVN, lo que permitió que los menores pudieran hablar de algo que todavía no se habían atrevido a hablar y que su psiquiatra profundizara en aspectos

relacionados con las mismas, que anteriormente podrían haber pasado desapercibidas.

## Implicaciones

La importancia de indagar en las conductas autolesivas de los pacientes adolescentes que acuden a servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil es incuestionable, especialmente debido a su gran frecuencia, con tendencia al alza, su recurrencia y a su relación con la depresión, el funcionamiento familiar y el suicidio, que adquiere aún más relevancia para las autolesiones tipo *cutting* al ser las más frecuentes y las que mayor relación tienen con la ideación suicida. Por ello, las conductas autolesivas son un aspecto sobre el que siempre se debe profundizar y preguntar de forma activa en la entrevista con el paciente adolescente en Salud Mental Infanto-Juvenil, al igual que también se debe hacer hincapié en sus factores de riesgo individuales para poder llevar a cabo un abordaje personalizado.

## CONCLUSIONES

La conducta autolesiva más frecuente en nuestra muestra de adolescentes es el *cutting* y tiene como objetivo principal el deseo de calmar tensión emocional. Los pacientes presentaron tendencia a la recurrencia, y, además, fue más frecuente conocer a otras personas que se autolesionen. La conducta autolesiva se relacionó con la presencia de ideación suicida y con los intentos de suicidio. Concretamente, el *cutting* está más relacionado con la ideación suicida que el resto de los tipos de autolesiones. Y también mostró asociación con la conducta autolesiva la presencia de síntomas depresivos. Por último, se halló una correlación significativa negativa entre los síntomas depresivos y el APGAR familiar.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Sara Jiménez-Fernández, María Luisa Jerez Cañabate, Raul-Yago White, Alonso González-Sánchez y Pablo González-Domenech manifiestan que no tiene conflictos de interés. Francisco Díaz-Atienza era miembro del Comité Editorial de la revista de la AEPNYA.

## FINANCIACIÓN

Este estudio no ha tenido fuente de financiación.

## CONTRIBUCIONES

Maria Luisa Jerez Cañabate diseñó el estudio, intervino en el análisis estadístico y la discusión de resultados y aprobó la versión definitiva del manuscrito. Sara Jiménez-Fernández intervino en el análisis estadístico y la discusión de resultados, elaboró el primer manuscrito y aprobó la versión definitiva del manuscrito. Pablo González-Doménech realizó una revisión crítica del manuscrito y aprobó la versión definitiva. Raul-Yago White intervino reclutamiento, realizó una revisión crítica del manuscrito y aprobó la versión definitiva. Alonso González-Sánchez intervino reclutamiento, realizó una revisión crítica del manuscrito y aprobó la versión definitiva. Francisco Díaz-Atienza diseñó el estudio, intervino reclutamiento, en el análisis estadístico y la discusión de resultados, realizó una revisión crítica del manuscrito y aprobó la versión definitiva de este.

## REFERENCIAS

- Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834): 2373-82.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current psychiatry reports*. 2017;19(3): 20.  
<https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Gillies D, Christou MA, Dixon AC, Featherston OJ, Rapti I, Garcia-Angueta A, Villasis-Keever M, Reebye P, Christou E, Al Kabir N, Christou PA. Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*. 2018;57(10): 733-41.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.018>
- Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, Patton GC. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*. 2012;379(9812): 236-43.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61141-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61141-0)
- Barrocas AL, Hankin BL, Young JF, Abela JR. Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*. 2012;130(1): 39-45.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-2094>
- Bousoño M, Al-Halabí S, Burón P, Garrido M, Díaz-Mesa EM, Galván G, García-Álvarez L, Velasco Á, Rodríguez-Revuelta J, Wasserman C, Carli V, Hoven C, Sarchiapone M, Wasserman D, Bousoño M, García-Portilla MP, Iglesias C, Sáiz PA, Bobes J. Alcohol use and risk factors for self-harm behavior in Spanish adolescents. Consumo de alcohol y factores de riesgo de conductas autolesivas en adolescentes españoles. *Adicciones*. 2021;33(1): 53-62.  
<https://doi.org/10.20882/adicciones.1239>
- Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, van Heeringen, K, De Leo D, Ystgaard M. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2008;49(6): 667-77.  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>
- Clarke S, Allerhand LA, Berk MS. Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. *F1000Research*. 2019;8(F1000 Faculty Rev): 1794.  
<https://doi.org/10.12688/f1000research.19868.1>
- McIntyre A, Tong K, McMahon E, Doherty AM. COVID-19 and its effect on emergency presentations to a tertiary hospital with self-harm in Ireland. *Irish journal of psychological medicine*. 2021;38(2): 116-22.  
<https://doi.org/10.1017/ipm.2020.116>
- Plener PL. COVID-19 and Nonsuicidal Self-Injury: The Pandemic's Influence on an Adolescent Epidemic. *American journal of public health*. 2021;111(2): 195-6.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.306037>
- Galindo-Vázquez O, Ramírez-Orozco M, Costas-Muñiz R, Mendoza-Contreras LA, Calderillo-Ruiz G, Meneses-García A. Symptoms of anxiety,

- depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population. Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta Medica Mexicana* 2020, 156(4): 298–305.  
<https://doi.org/10.24875/GMM.20000266>
12. Orgilés M, Espada JP, Delvecchio E, Francisco R, Mazzeschi C, Pedro M, Morales A. Anxiety and Depressive Symptoms in Children and Adolescents during COVID-19 Pandemic: A Transcultural Approach. *Psicothema*. 2021;33(1): 125-30.  
<https://doi.org/10.7334/psicothema2020.287>
  13. Hawton K, Bergen H, Kapur N, Cooper J, Steeg S, Ness J, Waters K. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2012;53(12): 1212-9.  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x>
  14. Brunstein Klomek A, Snir A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Association between victimization by bullying and direct self injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *European child & adolescent psychiatry*. 2016;25(11): 1183-93.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-016-0840-7>
  15. Deliberto TL, Nock MK. An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Archives of suicide research*. 2008;12(3):219-31. <https://doi.org/10.1080/13811110802101096>
  16. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychological medicine* 2012;42(4): 717-26.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291711001814>
  17. Spear LP. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and biobehavioral reviews* 2000, 24(4): 417-63.  
[https://doi.org/10.1016/s0149-7634\(00\)00014-2](https://doi.org/10.1016/s0149-7634(00)00014-2).
  18. Manceaux P, Jacques D, Zdanowicz N. Hormonal and developmental influences on adolescent suicide: a systematic review. *Psychiatria Danubina*. 2015;27(Suppl 1): S300-S304.
  19. Auerbach RP, Pagliaccio D, Allison GO, Alqueza KL, Alonso MF. Neural correlates associated with suicide and nonsuicidal self-injury in youth. *Biological psychiatry*. 2021;89(2): 119-33.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.06.002>.
  20. Rasmussen S, Hawton K, Philpott-Morgan S, O'Connor RC. Why do adolescents self-harm?. *Crisis*. 2016;37(3): 176-83.  
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000369>
  21. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, Linney C, McManus MN, Borwick C, Crawley E. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2020;59(11): 1218-39.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
  22. Orben A, Tomova L, Blakemore SJ. The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet. Child & adolescent health*. 2020;4(8): 634-40.  
[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3)
  23. Deslandes SF, Coutinho T. The intensive use of the internet by children and adolescents in the context of COVID-19 and the risks for self-inflicted violence. O uso intensivo da internet por crianças e adolescentes no contexto da COVID-19 e os riscos para violências autoinflingidas. *Ciencia & saude coletiva*. 2020;25(suppl 1): 2479-86.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11472020>
  24. Beauchaine TP, Hinshaw SP, Bridge JA. Nonsuicidal self-Injury and suicidal behaviors in girls: the case for targeted prevention in preadolescence. *Clinical Psychological Science*. 2019;7(4): 643-67.  
<https://doi.org/10.1177/2167702618818474>.
  25. Ruch DA, Sheftall AH, Schlagbaum P, et al. Trends in suicide among youth aged 10 to 19 years in the United States, 1975 to 2016. *JAMA network open*. 2019;2: e193886.
  26. Barrigón ML, Baca-García E. Current challenges in research in suicide. *Retos actuales en la*

- investigación en suicidio. *Revista de psiquiatría y salud mental*. 2018;11(1), 1-3.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.10.001>
27. Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, Bush NE, Beech EH, Workman DE, Morgan RL, Evatt DP, Tucker J, Skopp NA. Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. *JAMA psychiatry*. 2019;76(6): 642-51.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.b0174>
  28. Large M, Galletly C, Myles N, Ryan CJ, Myles H. Known unknowns and unknown unknowns in suicide risk assessment: evidence from meta-analyses of aleatory and epistemic uncertainty. *British journal of psychiatry bulletin*. 2017;41(3): 160-3. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.054940>
  29. Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*. 2014;20(1): 53-57.
  30. Sun S, Wang S. The children's depression inventory in worldwide child development research: a reliability generalization study. *journal of child and family studies*. 2014: 24.  
<https://doi.org/10.1007/s10826-014-0038-x>.
  31. Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, Wharff EA, Ginnis K, Cannon E, Joshi P, Pao M. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2012;166(12): 1170-6.  
<https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.1276>.
  32. Guendelman M, Owens EB, Galan C, Gard A, Hinshaw SP. Early adult correlates of maltreatment in girls with ADHD: Increased risk for internalizing problems and suicidality. *Development and psychopathology*. 2016;28: 1-14.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579414001485>.
  33. Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: A review of the literature. *Archives of suicide research*. 2013;17: 1-19.  
<https://doi.org/10.1080/13811118.2013.748404>.
  34. Owens EB, Hinshaw SP. Pathways from neurocognitive vulnerability to co-occurring internalizing and externalizing problems among women with and without ADHD followed prospectively for 16 years. *Development and psychopathology*. 2016;28: 1013-31.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579416000675>.
  35. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of abnormal psychology*. 2013;122(1): 231-7. <https://doi.org/10.1037/a0030278>.
  36. Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*. 2006;144(1): 65-72.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>.
  37. Mesoudi A. The cultural dynamics of copycat suicide. *PloS One*. 2009;4(9): e7252.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0007252>
  38. Jeong J, Shin SD, Kim H, Hong YC, Hwang SS, Lee EJ. The effects of celebrity suicide on copycat suicide attempt: a multi-center observational study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012;47(6): 957-65.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-011-0403-7>
  39. Bodner N, Kuppens P, Allen NB, Sheeber LB, Ceulemans E. Affective family interactions and their associations with adolescent depression: A dynamic network approach. *Development and psychopathology*. 2018;30(4): 1459-73.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579417001699>
  40. Zygo M, Pawlowska B, Potembska E, Dreher P, Kapka-Skrzypczak L. Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13-19 years. *Annals of agricultural and environmental medicine*. 2019;26: 329-36.  
<https://doi.org/10.26444/aaem/93817>
  41. Brent D, McMakin DL, Kennard BD, Goldstein TR, Mayes TL, & Douaihy AB. Protecting adolescents from self-harm: A critical review of intervention studies. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*. 2013;52: 1260-71.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.009>.
  42. Bell Z, Shader TM, Webster-Stratton C, Reid MJ, & Beauchaine TP. Improvements in negative

- parenting mediate changes in children's autonomic responding following a preschool intervention for ADHD. *Clinical psychological science*. 2018;6: 134-44. <https://doi.org/10.1177/2167702617727559>.
43. Carroll R, Thomas KH, Bramley K, Williams S, Griffin L, Potokar J, Gunnell D. Self-cutting and risk of subsequent suicide. *Journal of affective disorders*. 2016;192: 8-10. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.007>
44. Hawton, K, Harriss L. Deliberate self-harm in young people: characteristics and subsequent mortality in a 20-year cohort of patients presenting to hospital. *The journal of clinical psychiatry*. 2007;68(10): 1574-83.
45. Henderson SW, Gerson R, Phillips B. What is 'high risk' and what are we actually supposed to do about it? *Journal of American academy of child & adolescent psychiatry*. 2019;58: 561-4. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.01.016>.
46. Breslin K, Balaban J, Shubkin CD. Adolescent suicide: what can pediatricians do? *Curr Opin Pediatr*. 2020;32(4): 595-600. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000916>.
47. Assink M, van der Put CE, Meeuwssen M, de Jong NM, Oort FJ, Stams G, Hovee M.. Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*. 2019;145(5): 459-89. <https://doi.org/10.1037/bul0000188>.
48. Lim KS, Wong CH, McIntyre RS, Wang J, Zhang Z, Tran BX, Tan W, Ho CS, Ho RC. Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: a meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(22): 4581. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>