



# Infanto-Juvenil

Volumen 40 • Número 3 • 2023

## EDITORIAL

### Retos y oportunidades para la salud mental en la infancia y la adolescencia en el siglo XXI

*Luisa Lázaro García* ..... 1

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### Redes sociales y conductas suicidas en la infancia y la adolescencia durante la pandemia de COVID-19: una relación difícil de estimar

*Rocío Paricio-del-Castillo, Lourdes García-Murillo, Leticia Mallol-Castaño, Pablo del Sol Calderón, Ana Pascual Aranda e Inmaculada Palanca-Maresca* ..... 4

### Conductas autolesivas en niños y adolescentes en Urgencias Pediátricas durante la Pandemia de COVID-19: relación con las medidas de restricción social y otros factores de riesgo conocidos

*M. Ferrer, N. Calvo, À. Rué, Ó. Andión, A. Soriano-Díaz, M. González-Domínguez, L. Gallego-Pardo, M. Castillo-Martínez, M. Sancosmed-Ron, S. González-Peris y J. A. Ramos-Quiroga* ..... 15

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

*Maria Luisa Jeréz-Cañabate, Sara Jiménez-Fernández, Pablo González-Domenech, Raul-Yago White, Alonso González-Sánchez y Francisco Díaz-Atienza* ..... 24

## PERSPECTIVA CLÍNICA

### Trastornos depresivos en niños y adolescentes: enfoque epidemiológico actual

*Diego Gerardo Prado-Molina, Juan Santiago Serna-Trejos, Valentina Correa-Martínez y Lauren Karina Flores – Álvarez* ..... 38

**NORMAS DE PUBLICACIÓN** ..... 41

# Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512  
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2023,40(3)

La [Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil](#), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA). Tiene como finalidad publicar investigaciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la asistencia clínica, de la docencia y de la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y el adolescente.

Esta revista se encuentra bajo Licencia Creative Commons CC [BY-NC-ND 4.0](#) y sigue los lineamientos definidos por COPE (<https://publicationethics.org/>). Depósito legal: M-6161-2015, Registrada como comunicación de soporte válido 30-R-CM

## COMISIÓN DE PUBLICACIONES

### Directora

*Ana E. Ortiz García*

Hospital Clínic de Barcelona. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS)  
[dirección.revista@aepnya.org](mailto:dirección.revista@aepnya.org)

### Secretaría

*Paloma Varela Casal*

Hospital de Mataró, Barcelona, España.  
[secretaria.revista@aepnya.org](mailto:secretaria.revista@aepnya.org)

## COMITÉ EDITORIAL

*Antía Brañas*

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

*Carmen Moreno*

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, CIBERSAM, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Universidad Complutense de Madrid, España.

*César Soutullo*

The University of Texas Health Science Center at Houston, Louis A. Faillace, MD, Department of Psychiatry & Behavioral Science, Estados Unidos.

*Covadonga Martínez Díaz-Caneja*

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, CIBERSAM, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), España.

*Ernesto Cañabate*

Clínica Dr.Quintero, Madrid, España.

*Francisco Montañés Rada*

Fundación Hospital Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.

*Francisco Rafael de la Peña Olvera*

Instituto Nacional de Psiquiatría RFM (INPRFM), Ciudad de México, México.

*Helena Romero Escobar*

Hospital General de Alicante, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España.

*Inmaculada Baeza Pertegaz*

Hospital Clínic de Barcelona, CIBERSAM, Institut D'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universitat de Barcelona, España.

*José Salavert Jiménez*

Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Horta-Guinardó, Hospital Sant Rafael, Universitat Autònoma de Barcelona-U.D. Vall d'Hebron, Barcelona, España.

*Pedro Manuel Ruíz Lázaro*

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, I+CS Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, España.

*Victor Carrión*

John A. Turner, M.D. Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University, Estados Unidos.

*Víctor Pereira-Sánchez*

New York University (NYU) Grossman School of Medicine, New York, Estados Unidos.

## INDIZADA EN:

Biblioteca Virtual en Salud (BVS)  
EBSCO Academic Search Premier  
Fuente Académica Plus  
REDIB  
Dialnet  
MIAR  
Evaluada en LATINDEX. Catálogo v2.0 (2018 -).

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (AEPNYA): fundada en 1950. Revista fundada en 1983. Con N.I.F. G79148516 y domicilio en Madrid en la C/Santa Isabel nº51. Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones, con el número 7685.

Secretaría Técnica AEPNYA  
[secretaria.tecnica@aepnya.org](mailto:secretaria.tecnica@aepnya.org)

Oceano Azul. Rúa Menéndez y Pelayo, 4, 2º B, 15005 La Coruña, España.

## SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

<https://jasolutions.com.co>

**Luisa Lázaro García** 

Ex-presidenta de AEPNYA. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, 2021SGR01319, ICN, Hospital Clínic Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Universitat de Barcelona, España.

DOI: [10.31766/revpsij.v40n3a1](https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n3a1)

Correo electrónico: [llazaro@clinic.cat](mailto:llazaro@clinic.cat)

---

*Retos y oportunidades para la salud mental en la infancia y la adolescencia en el siglo XXI*

La salud mental ha adquirido protagonismo en los últimos años, debido, entre otras causas, al incremento del malestar psicológico que originó la pandemia y todas sus consecuencias. En este tiempo hemos asistido a un claro crecimiento de las consultas en los centros de salud mental, de las urgencias y de las demandas de hospitalización en adolescentes. De todas formas, el aumento progresivo del empeoramiento de la salud mental se había detectado ya en los años previos y se relaciona con otras muchas causas.

Un aspecto de interés para profundizar en las necesidades y debatir las prioridades de la salud mental en la infancia y la adolescencia sería el análisis de la situación de la infancia y adolescencia en la sociedad del siglo XXI. Durante las últimas dos décadas hemos experimentado cambios sociales que han impactado considerablemente en la vida de los niños y jóvenes y sus familias. La aparición de nuevas estructuras familiares, el estilo de vida más individualista, el desarrollo de internet con un acceso ilimitado de información y conocimiento o el crecimiento de las redes sociales virtuales nos coloca en una dinámica social compleja en la que cada vez se requieren más habilidades para adaptarse al entorno (1). Además, las incertidumbres actuales, la fragilidad de la sociedad del bienestar y los desplazamientos poblacionales hacen que la población infantil ya de por sí vulnerable, lo sea más. A todo ello hay que añadir las desigualdades sociales y condiciones de vida en las que el niño y el adolescente se desarrolla, todo ello en estrecha relación con la afectación de la salud mental. Por otra parte, es fundamental prevenir el maltrato y abuso y la privación afectiva que pueden sufrir y que a menudo pasa desapercibida. Tanto la adversidad

temprana como las situaciones traumáticas acontecidas en la infancia tienen claros efectos en la aparición y desarrollo de diferentes trastornos mentales a lo largo de la infancia y adolescencia, necesitando reformular la psicopatología.

Ahora es el momento de destacar algunas actuaciones de presente y futuro, comenzando por generalizar programas de promoción de la salud mental, con el objetivo no solo de mejorarla, sino también de reducir la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales y disminuir su gravedad y repercusiones clínicas y funcionales. Sabemos que estas etapas de la vida constituyen ventanas de oportunidad pudiéndose esperar una mayor eficacia de las intervenciones. Conviene potenciar programas escolares en relación con la actividad física, dieta saludable, uso de sustancias o adicciones comportamentales y de una manera especial el acoso escolar; o abordajes que incluyan estrategias de aprendizaje emocional o social y fomento de la resiliencia. Incluso intervenciones preventivas de tipo psicosocial para la prevención de ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria o uso de sustancias. Todo ello se logrará fomentando previamente las competencias de los profesionales de la educación y el ámbito social. También tienen especial importancia las intervenciones preventivas en la etapa prenatal y neonatal con interés para la salud mental del niño. La crianza comienza desde el embarazo y las interacciones entre el feto y ambos progenitores influirán en su futuro desarrollo después del nacimiento por lo que se ha de promover la conducta parental eficaz con programas de parentalidad positiva que ayuden a los padres a proporcionar al niño un mejor desarrollo socioemocional. Y también prevención desde los servicios de salud mental, ofreciendo a

los niños y adolescentes con indicadores de riesgo un mayor apoyo individual, parental y familiar, con seguimiento periódico y detección precoz de síntomas. Esta prevención deberá incluir una coordinación eficiente entre los servicios de atención primaria y los diferentes servicios de atención especializada en salud mental, y de los servicios de infantil con servicios de adultos para facilitar la transición no sólo de los pacientes sino de los jóvenes con alto riesgo para padecer enfermedad mental.

A las políticas sanitarias solicitamos el refuerzo del sistema público de salud con una optimización de recursos a la atención en la infancia. En el último año ha sido importante la aprobación por parte del Ministerio de Sanidad, de la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 (2), en la que se incluye una línea estratégica específica de salud mental en la infancia y la adolescencia; y la aprobación de un Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 (3) dotado económicamente, y que ha hecho un especial hincapié en la prevención del suicidio. También es importante conocer bien la red de salud mental infantil y juvenil de la que disponemos para aprovecharla y mejorarla. Sabemos que existe una falta endémica de recursos de salud mental en nuestro país, con importantes diferencias entre algunos de sus territorios (4,5). Si bien en muchas CCAA se dispone de una red asistencial de calidad (atención primaria, asistencia comunitaria en salud mental y asistencia hospitalaria), conviene luchar por mejorar las menos favorecidas en este sentido y así conseguir una mayor equidad en todo el territorio. El modelo de atención comunitaria es primordial, y dado que la atención comunitaria en salud mental ha de ser multi e interdisciplinaria, se ha de poner en valor la creación de perfiles laborales como educadores sociales, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales que trabajen también por la mejora y el mantenimiento de la salud mental de los niños y adolescentes, realizando su trabajo junto a los profesionales clínicos no solamente en los centros habilitados para ello, sino también en los propios domicilios, conociendo así más de cerca la realidad que rodea al menor y favoreciendo la adherencia al tratamiento muchas veces difícil en algunos contextos. También, se han de seguir incorporando recursos de hospitalización domiciliaria, con el fin de ser una alternativa a la hospitalización convencional: siempre que sea posible, es mejor trabajar en el contexto habitual del menor. Y tampoco se ha de olvidar la necesidad de centros residenciales o de media-larga estancia para esta etapa vital con patologías muy graves y con elevada dificultad de contención familiar.

El escaso número de plazas redundará en ingresos hospitalarios poco efectivos una vez que vuelven a su entorno, foco mantenedor de la patología. Finalmente, la atención a la complejidad nos ha de llevar al reconocimiento de la experiencia de algunos equipos asistenciales en determinados trastornos, al igual que ocurre en otros ámbitos de la salud. Todo ello se podrá conseguir con la creación de servicios específicos de Psiquiatría y Psicología Infantil y de la Adolescencia, en muchas ocasiones dependientes de los servicios de Psiquiatría General y que han de adquirir autonomía para un mejor funcionamiento; a la par también de la incorporación de plazas con perfiles también específicos de psiquiatras infantiles y de la adolescencia.

Otro hecho fundamental es la necesidad de realizar una atención compartida entre salud mental y otros ámbitos como servicios sociales, educación y justicia. Actualmente la atención está muy centrada en Salud, pero frecuentemente los niños y adolescentes, y más específicamente las familias atendidas tienen una amplia problemática social. Sin una atención más global, Sanidad no podrá resolver muchas de las demandas que se realizan, dado que para muchas actuaciones sólo tienen competencia otras instituciones. No podemos olvidar el cuidado de niños y adolescentes especialmente vulnerables como son los niños acogidos en centros residenciales para su protección y seguridad, la población migrante, en los que hay que tener en cuenta los aspectos de transculturalidad; y la población con necesidades educativas especiales, en las que se ha de realizar un trabajo interdisciplinar con decisiones coordinadas de los dispositivos psicopedagógicos y de salud mental.

Finalmente, querría destacar dos desafíos que tenemos como psiquiatras de la infancia y la adolescencia: la excelencia en la cualificación en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y la participación en la investigación tanto sobre la etiología de los trastornos psiquiátricos con el fin de conocer los aspectos multifactoriales de los mismos, como sobre la eficacia de abordajes terapéuticos realizados. La evaluación de los diferentes programas implementados en el ámbito asistencial nos permitirá estar seguros de que se están realizando intervenciones terapéuticas de calidad y con evidencia científica.

En resumen, la salud de la población infantil y adolescente depende, en parte, de acciones políticas que potencien estrategias dirigidas al bienestar emocional, a la detección precoz de los trastornos y a la creación y mantenimiento de los recursos asistenciales comunitarios bien dotados de

---

profesionales. Hemos de garantizar una trayectoria asistencial coordinada a través de servicios accesibles, de calidad y con equidad para todos los niños, niñas, y adolescentes. Solo así podremos abordar mejor los trastornos mentales en la infancia y lograr una sociedad más justa.

## REFERENCIAS

1. Lázaro, L. Salud mental, psicopatología y poblaciones vulnerables. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2020;27(2): 3-6. <https://doi.org/10.31766/revpsijv37n2a1>
2. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de salud 2022-2026. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estrategia-Salud-Mental-2022-2026.pdf>
3. Plan de Acción Nacional de Salud mental 2022-2024. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Plan-Accion-Salud-Mental-2022-2024.pdf>
4. Libro Blanco de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Fundación Alicia Koplowitz, 2014. Disponible en <https://fundacionaliciakoplowitz.org/wp-content/uploads/2020/09/libroblanco.pdf>
5. Libro Blanco de la Psiquiatría en España. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental, 2023. Disponible en: [https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/06/Libro-Blanco-de-la-Psiquiatria-en-Espana\\_SEPSM-ok.pdf](https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/06/Libro-Blanco-de-la-Psiquiatria-en-Espana_SEPSM-ok.pdf)

Rocío Paricio-del-Castillo <sup>1</sup> \*   
Lourdes García-Murillo <sup>1</sup>   
Leticia Mallol-Castaño <sup>1</sup>   
Pablo del Sol Calderón <sup>1</sup>   
Ana Pascual Aranda <sup>1</sup>   
Inmaculada Palanca-Maresca <sup>1</sup> 

1. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Puerta de Hierro, España.

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Rocío Paricio del Castillo  
Correo: [rocio.paricio@salud.madrid.org](mailto:rocio.paricio@salud.madrid.org)

*Redes sociales y conductas suicidas en la infancia y la adolescencia durante la pandemia de COVID-19: una relación difícil de estimar*

*Social networks and suicidal behavior in childhood and adolescence during the COVID-19 pandemic: a difficult-to-estimate relationship*

## RESUMEN

**Introducción:** Tras la pandemia por Covid-19, ha aumentado la incidencia del suicidio infanto-juvenil en España y se ha incrementado el uso de los Medios de Comunicación Social (MCS), pudiendo haber contribuido en el aumento de las conductas suicidas. **Métodos:** Revisión narrativa de estudios publicados en Pubmed sobre conductas suicidas y uso de MCS en menores de edad. **Resultados:** Los estudios sobre asociación entre suicidio y MCS son contradictorios. La mayoría señalan la existencia de beneficios (mantener la conectividad social y disminuir la soledad) y también riesgos (ansiedad, depresión, adicción y cyberbullying) que pudieron incrementarse, con una posible asociación secundaria de conductas suicidas. La falta de regulación de información sobre el suicidio propicia su contagio (efecto Werther), pero un buen uso de los MCS puede proteger frente a la autolisis (efecto Papageno). **Discusión:** La relación entre suicidio infanto-juvenil y MCS es compleja y bidireccional. Aunque hay evidencia de que los MCS son un factor de riesgo emergente para la salud mental, el uso de MCS en pandemia pudo ayudar a reducir la sensación de soledad en confinamiento. No se puede descartar su influencia negativa en algunos menores vulnerables, concretamente, en las crisis suicidas. Se debe explorar la relación con los MCS de los menores de riesgo como una dimensión más

## ABSTRACT

**Introducción:** After the outbreak of the COVID-19 pandemic, the incidence of child and adolescent suicide in Spain has increased. The use of Social Media (SM) has also increased, which could have also contributed to the increase in suicidal behavior. **Methods:** Narrative review of studies published on Pubmed on suicidal behavior and the use of Social Media among minors. **Results:** The reviewed studies on the association between suicide and SM are contradictory. On the one hand, thanks to Social Media, during the pandemic, minors were able to maintain their social communities and alleviate loneliness. On the other, the inherent risks (increased anxiety and depression symptoms, addiction and cyberbullying) might also have increased, with a possible secondary association with suicidal behavior. Lack of regulation regarding the dissemination of information on suicide can lead to its spread (Werther effect), yet a good use of Social Media might prevent suicidal behavior (Papageno effect). **Discussion:** The association between child and adolescent suicide and Social Media is complex and bidirectional. Although there is evidence that supports that SM is an emerging risk factor for mental health, the use of SM during the pandemic might have helped to reduce the feeling of loneliness caused by confinement. The involvement of minors with SM must be studied as an additional dimension of their lives. **Conclusion:** The increase

de vida. **Conclusión:** El incremento del suicidio en menores tras la pandemia obliga a revisar, entre otros factores, su acceso al mundo digital. Es indispensable establecer investigaciones rigurosas acerca de la posible asociación entre MCS y suicidio infanto-juvenil.

**Palabras clave:** Suicidio, adolescente, psiquiatría infantil y de la adolescencia, covid-19, medios de comunicación social, redes sociales.

## INTRODUCCIÓN

### Evolución del suicidio infanto-juvenil en España

El incremento de la incidencia de suicidio en menores de edad en el contexto de la pandemia de Covid-19 es un fenómeno que se ha constatado a lo largo de todo el mundo (1). En España, el suicidio consumado no ha dejado de aumentar desde el año 2020, tanto en la población general, como en la población infanto-juvenil.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2020, 3.941 personas fallecieron por suicidio, suponiendo un incremento de muertes por suicidio de un 7,4% respecto del año 2019 (2). Si observamos los datos desagregados por edad, destaca particularmente el aumento de suicidios en la infancia: 14 menores de 15 años, duplicando la cifra del año 2019. En el año 2021, se incrementó de nuevo la mortalidad por suicidio en un 1,6% respecto al año previo, alcanzando 4.003 defunciones, con 22 menores de 15 años fallecidos por suicidio (2). Los datos provisionales sobre el año 2022 estiman que se ha producido un nuevo incremento del número de suicidios. Las cifras constatadas por el INE de los años 2020 y 2021 señalan que son los años en los que más personas se han suicidado en España desde que se iniciaron los registros.

Existe una importante limitación para estudiar la incidencia de suicidio en la adolescencia en España, puesto que la franja de la juventud recogida por el

in child and adolescent suicide after the pandemic makes it necessary to reflect on their accessibility to the digital world in order to ensure their safety. It is essential to promote rigorous research about the possible association between SM and child and adolescent suicide.

**Keywords:** suicide, adolescent, child and adolescent psychiatry, covid-19, social media, social network.

INE abarca desde los 15 a los 29 años. No obstante, es destacable que, en el año 2020, el suicidio fue la segunda causa de muerte entre la juventud de 15 a 29 años, con 300 muertes; mientras que, en el año 2021, superó ya en mortalidad a los procesos oncológicos y fue la primera causa de muerte nacional en este grupo de edad (2).

Al aumento de suicidios consumados debe añadirse el amplio espectro que incluye los suicidios frustrados, las conductas suicidas o parasuicidas, y la ideación autolítica en la población infanto-juvenil (3). Tras la primera ola de la pandemia de Covid-19, las atenciones en Servicios de Urgencias a problemas psiquiátricos en la infancia en los hospitales de España se cuadruplicaron, siendo los principales motivos de consulta el intento autolítico y la ideación autolítica (4).

Los motivos del repunte de suicidio infantil en nuestro entorno, progresivo desde 2008 y acelerado a partir de 2020, no han sido suficientemente investigados; especialmente, en la población pre-adolescente (5). Autores como Cyrulnik señalan que las tasas nacionales de suicidio infanto-juvenil son un indicador de las condiciones en las cuales se está desarrollando la infancia; de tal forma que un incremento de la incidencia de suicidio infantil traduce condiciones psicosociales desfavorables para el desarrollo de la infancia (6). Algunos de los factores fuertemente asociados con el suicidio infantil son el estilo de apego desorganizado y las dinámicas familiares violentas o gravemente disfuncionales

6 (7). La interacción entre la vulnerabilidad genética, el ambiente y los eventos vitales estresantes es uno de los modelos propuestos y mayoritariamente aceptados para la comprensión del suicidio (8). Desde los estudios clásicos de Durkheim, se conoce que las tasas anuales de suicidio en los distintos países tienden a mantenerse constantes a lo largo de prolongados períodos, y que los picos acusados en las mismas se corresponden con acontecimientos como guerras o depresiones económicas (9).

La pandemia de Covid-19 parece haber actuado como un gran acontecimiento socialmente estresante, acelerando drásticamente las conductas suicidas y los suicidios consumados en la población española infanto-juvenil. La mayoría de las publicaciones hasta el momento analizan la posible influencia de numerosos factores psicosociales (como la situación familiar, la economía, el cierre de la educación presencial, el fallecimiento de seres queridos, el sedentarismo o el distanciamiento social) en el empeoramiento de la salud mental infanto-juvenil y en el incremento de conductas autolesivas y autolíticas (1, 10). Sin embargo, las investigaciones sobre el posible papel que el incremento del uso de los medios de comunicación social en pandemia ha podido jugar en el aumento de las conductas suicidas en la población menor de edad son limitadas, por tratarse de un factor no incluido en los estudios clásicos sobre suicidio.

### **Las redes sociales en la generación de los nativos digitales**

Uno de los focos emergentes de investigación salud mental y suicidio infanto-juvenil es la compleja relación que ambos mantienen con el uso de medios de comunicación social (MCS). Los MCS (coloquialmente denominados “redes sociales”) son plataformas de comunicación en línea donde el contenido es creado por los propios usuarios mediante el uso de la web, permitiendo un rápido intercambio de información que, por lo general, no está regulada (11). La primera red social del mundo, SixDegrees, se creó en el año 1997, pero fue en el siglo XXI cuando estas plataformas comenzaron a popularizarse. Desde entonces, el aumento del acceso

a las redes sociales no ha dejado de crecer; pero, con la llegada de la pandemia de Covid-19, el incremento de su uso se ha acelerado, con un inicio cada vez más temprano. Cerca del 93% de los españoles con edades comprendidas entre los 16 y los 24 años utilizaban algún tipo de red social en 2022, y recientemente se ha adelantado la edad de uso a los 12 años (12, 13). El incremento de su uso en nuestro país en los menores de edad es semejante a la evolución del suicidio infanto-juvenil. La capacidad de las conductas suicidas para propagarse mediante los fenómenos de imitación y modelaje está ampliamente descrita y se conoce como “efecto Werther”, por la ola de suicidios entre jóvenes lectores que sucedió tras la publicación de la obra de Goethe (14).

La hipótesis manejada en este trabajo es que, pese a sus aspectos positivos, el empleo masivo de los MCS durante la pandemia de Covid-19 ha podido repercutir negativamente en la salud mental y propiciar la difusión de conductas suicidas en algunos de sus usuarios; especialmente, en aquellos menores de edad, al permitir su acceso a contenidos suicidas sin filtros externos (escasez de controles individuales, por parte los adultos responsables, y globales, con legislaciones y políticas de protección eficaces) (15).

## **MÉTODOS**

Se realiza revisión bibliográfica de tipo narrativo de la literatura científica publicada en Pubmed hasta enero de 2022. La búsqueda se realizó mediante los términos “social media” y “suicide” arrojó 1.061 resultados. Se excluyeron todos aquellos enfocados a población mayor de 18 años, reduciéndose a 405 resultados. De ellos, se excluyen las duplicaciones y las revisiones que incluyen los mismos artículos. Se excluyen también todos aquellos estudios en cuyos resultados no se ofrece ninguna mención al suicidio o las conductas suicidas en menores de edad, enfocándose en otros síntomas mentales. Si se seleccionan todos aquellos que, habiendo sido publicados antes de enero de 2022, hacían referencia a la pandemia de Covid-19. Finalmente, resultaron seleccionados 11 artículos (Gráfico 1). Los estudios analizados y sus características se recogen en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Características epidemiológicas de los pacientes (n=54).

Estudio	Centro	País	Tipo de estudio	Tamaño muestra	Edad (años)	Resultados destacados
Nesi J et al (2020)	Universidad de Brown	Estados Unidos	Opinión de experto	---	---	Señala resultados contradictorios en torno al perjuicio de las redes sociales sobre la salud mental. El ciberacoso se ha asociado consistentemente con mayores índices de autolesión, conducta suicida o problemas de externalización/internalización. El consumo de contenido relacionado con conducta suicida puede favorecer la presencia de la misma. De los posibles usos positivos de redes sociales destaca el facilitar las conexiones sociales o la creación de comunidades de apoyo online.
Vidal C et al (2020)	Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la conducta Johns Hopkins, de la escuela de Medicina	Estados Unidos	Revisión sistemática	42 estudios	10-18 años	Mediante una revisión sistemática tipo PRISMA, se examinan los estudios sobre el uso de redes sociales frente al uso general de Internet en población de 10 a 18 años, y la asociación entre el uso de redes sociales y depresión y/o conductas suicidas en esta población. La mayoría de los estudios reflejan una asociación bidireccional entre el uso de redes sociales y depresión, y se sugiere una posible influencia en la aparición de conductas suicidas.
Swedo EA et al (2021)	Servicio de inteligencia epidémica	Estados Unidos	Transversal	9733	13-18	Mediante cuestionario autoadministrado por adolescentes (versión modificada de cuestionario- revisado para conducta suicida) estudia la conducta suicida junto con la posible influencia de redes sociales. De entre los que publicaron en redes contenido relacionado con suicidio (12% del total) el 24-9% presentaron ideas o intentos de suicidio. Exposición pasiva a contenido suicida en redes (ver publicaciones) se asocia con ideas suicidas, mientras que publicar dicho contenido se asocia además con intentos de suicidio.
Hamilton JL et al (2021)	U. de Nueva Jersey	Estados Unidos	Transversal	100	12-18	Adolescentes en programa ambulatorio intensivo para depresión y conducta suicida. Un menor uso de redes sociales se asocia con más riesgo suicida al poder presentar niveles mayores de anhedonia o retirada social voluntaria.
Sedgwick R et al (2019)	King's College	Reino Unido	Revisión sistemática	9 estudios	11-18	Señala asociación entre uso incrementado de redes sociales/ internet en 7 de los estudios. La afectación del sueño y el acoso escolar son posibles mediadores de dicha asociación. Existe más riesgo de suicidio en población con muy elevado uso de internet y en los que nunca consumen internet, determinando que algo de uso puede ser protector. La búsqueda de contenido relacionado con suicidio se asoció con mayor riesgo de intentos de suicidio en dos de los estudios revisados.

**Tabla 1.** Características epidemiológicas de los pacientes (n=54) (Continuación).

Brunstein Klomek A et al (2019)	U. Tel Aviv	Israel	Observacional prospectivo	2933	12-18	Señala asociación bidireccional entre depresión y haber tenido experiencia de acoso (de cualquier tipo) en adolescentes. La victimización física en una única ocasión se asocia con intentos e ideas suicidas tardías. El acoso verbal más relacional de curso crónico se asocia con ideas suicidas mientras que el acoso físico de curso crónico con intentos suicidas.
Zaborskis A et al (2019)	U. Lituania	Lituania	Transversal	3814	15	Estudio mediante cuestionario auto-rellenado por adolescentes de Israel, Lituania y Luxemburgo. Ciberacoso y acoso escolar se asocia significativamente con mayores índices de ideación, planificación e intentos de suicidio.
Cauberghe V et al (2021)	U. Gante	Bélgica	Transversal	2165	13-19	Explorar el uso de redes sociales entre adolescentes como estrategias de afrontamiento de ansiedad y soledad ante la pandemia por COVID-19. Encuentran que la ansiedad puede ser manejada a través de redes sociales como una estrategia activa para mitigar la ansiedad y conectar con otros. La soledad se gestiona con redes sociales buscando la conexión con los demás. El uso de redes sociales de contenido divertido como estrategia de manejo de malestar a través del humor se asocia con mayores niveles de felicidad.
Zygo M et al (2019)	Hospital Neuropsiquiátrico Kaczyński	Polonia	Transversal	5685	13-19	De su muestra resalta que los intentos de suicidio son significativamente más frecuentes en áreas urbanas que en rurales. De entre los motivos del intento de suicidio: impotencia en el 12.69%, soledad en el 8.49%, rechazo en el 6.24%. Otros fueron conflictos con sus padres (5.81%) o dificultades académicas (3.65%) o conflictos con pares (2,43%). Se observa también una asociación significativa entre conductas suicidas y consumo de sustancias en familiares.
Van Meter A R et al (2019)	Hospital Zucker Hillside	Estados Unidos	Transversal	6447	13-18	Tanto adolescentes como padres rellenan cuestionarios (padres sobre funcionamiento familiar). Conflictos familiares y relaciones de amistad negativas se asociaba significativamente con conducta suicida (OR 1,26 y 1.2 respectivamente).
Cataldo I et al (2021)	U. de Trento	Italia	Revisión sistemática	44 estudios	10-19	Señala que un uso pasivo de redes sociales (no publicar contenido sino navegar) se asocia a mayores niveles de depresión. En un estudio se observa que la soledad es un predictor de un mayor uso de redes sociales.

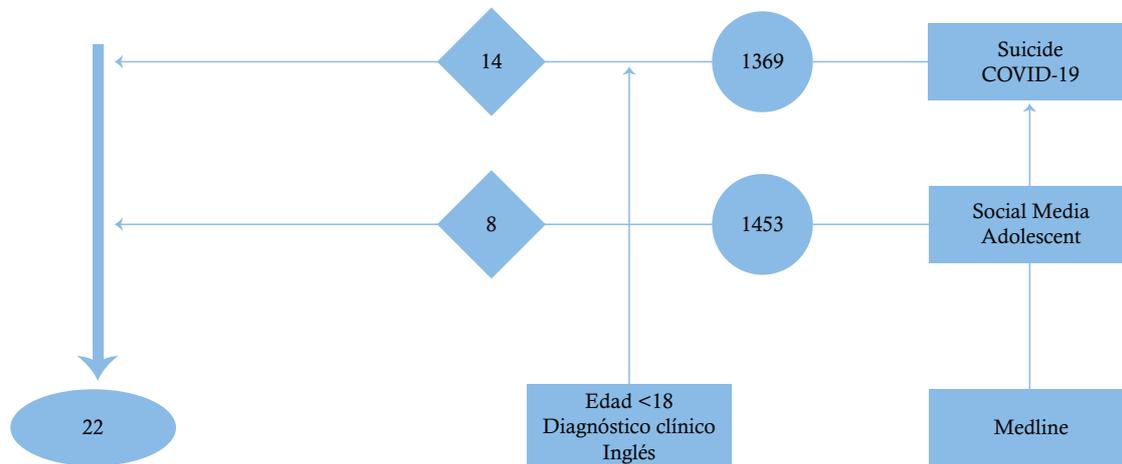


Gráfico 1. Diagrama de flujo de revisión de estudios.

## RESULTADOS

### Suicidio, redes sociales y salud mental

En los últimos años previos a la pandemia, múltiples estudios trataron de evaluar, tanto desde la perspectiva de los profesionales de la salud mental como desde la perspectiva de los adolescentes, la posible influencia negativa de los MCS en el bienestar de las y los menores de edad (15, 16). En la mayoría de estos estudios, se señala la doble vertiente de riesgos y beneficios que puede suponer el empleo de los MCS. La población adolescente vislumbra los MCS como fuentes potenciales de conocimiento y como lugares donde expresar sus opiniones y entrar en contacto con otros puntos de vista; pero también son capaces de identificar riesgos, como son: desencadenar sintomatología ansiosa y depresión en algunos adolescentes; ser una vía para ejercer violencia contra pares (ciberbullying), y actuar como un estímulo capaz de generar adicción comportamental en algunos menores de edad (16).

Respecto al “efecto Werther”, la asociación entre el tratamiento del suicidio en obras de contenido audiovisual, como series o películas, difundidas por plataformas de suscripción, tipo Netflix®, y las conductas suicidas, no ha sido suficientemente investigada, aunque algunos estudios sugieren que su visualización podría aumentar el riesgo suicida; especialmente, durante las crisis suicidas (17). Un

metaanálisis realizado en 2021 sobre una muestra de 108 investigaciones que examinaban el impacto de historias de suicidios tratadas por distintos medios de comunicación confirma que la relación entre el reporte de los medios y las tasas actuales de suicidio es causal y real. Sin embargo, los autores también señalan que los medios de comunicación no sólo actúan como un factor de riesgo para las conductas suicidas, sino que, en función de la forma en que aborden la información, podrían actuar como un factor de protección (18).

En contrapartida al “efecto Werther” en las redes sociales, encontramos el “efecto Papageno”, mucho menos conocido y estudiado. El “efecto Papageno” se define como un fenómeno psicológico y social debido al efecto protector que pueden suponer los relatos mediáticos de esperanza y recuperación de las crisis suicidas. Un metanálisis publicado en 2021 en la revista *Lancet Public Health*, analizó este efecto incluyendo ensayos que informaban sobre ideación suicida o la búsqueda de ayuda utilizando una narrativa mediática de esperanza y recuperación. Este tipo de narrativas por parte de los medios de comunicación centradas en la recuperación de las crisis suicidas y en la esperanza parecen tener un efecto beneficioso sobre la ideación suicida en individuos vulnerables (19). Una revisión bibliográfica sobre los suicidios por imitación, propone valorar los efectos de los medios de comunicación sobre las conductas suicidas como un continuum entre los dos extremos (20). Otra

10

revisión señala que la cantidad y la calidad del uso de redes sociales en menores podría relacionarse con la aparición de sintomatología depresiva y conductas suicidas en menores de edad (21).

La relación entre los usos de los MCS (tanto en frecuencia como en contenidos) y las conductas suicidas en las y los menores de edad es compleja, sin que se encuentren resultados concluyentes. Existen múltiples estudios sobre la relación entre el uso de los MCS y las conductas suicidas en las y los adolescentes, pero, en esta revisión, no se han encontrado estudios que analicen la relación con el suicidio consumado. Emulando las investigaciones realizadas sobre los medios de comunicación tradicionales, un estudio realizado en Ohio en 2018 sobre una muestra de pre-adolescentes (de 7 a 12 años) en crisis suicidas, que examinaba la asociación entre contenidos acerca de crisis suicidas en medios de comunicación social y las conductas suicidas presentadas por parte de estos menores, concluyó que la exposición a dichos contenidos aumentaba la ideación autolítica y las conductas suicidas. Entre los estudiantes que publicaron activamente contenidos relacionados con crisis suicidas en los MCS, un 22,9% (267/1,167) refirieron ideación autolítica, y el 15,0% (175/1,167) presentaron un intento autolítico durante la crisis suicida (22). Sin embargo, otro estudio realizado sobre una muestra de cien adolescentes con diagnóstico de depresión y conductas suicidas, que midió semana a semana el empleo de MCS, comparándolo con la línea basal de uso de cada individuo, concluyó que, entre las y los adolescentes con alto riesgo suicida, un menor uso de los MCS podría reflejar anhedonia, lo que, a su vez, podría estar relacionado con un mayor riesgo suicida (23).

Un metaanálisis realizado en el año 2019 (previo a la pandemia) sobre los estudios de relación entre las conductas suicidas y el uso de MCS en la adolescencia, concluyó que, si bien existía una asociación independiente entre ambas variables, las características de la misma debían ser evaluadas con más profundidad. En los estudios analizados, se señalaba que la fuerza de la asociación disminuía una vez que se ajustaba por la victimización por ciberbullying (que merecería una consideración específica por sus características potencialmente traumáticas) y por las alteraciones del sueño asociadas

al uso de pantallas (24). Además, señalaba que algún uso de los MCS, frente a no usarlos, podía asociarse a un menor riesgo de suicidio (24).

La asociación entre la victimización por bullying y la sintomatología depresiva, la ideación autolítica y las conductas suicidas ha sido ampliamente estudiada (25); siendo el ciberbullying un fenómeno creciente asociado al uso de los MCS y un fuerte factor predictor de riesgo suicida en adolescentes (26). Estar involucrado en situaciones de violencia, entre las que se encuentran el acoso escolar y el ciberbullying, ya sea como víctima o como agresor, se ha descrito como un importante factor de riesgo para la conducta suicida (6). Los y las menores víctimas de bullying tienen 2,23 veces más riesgo de padecer ideaciones suicidas y 2,55 veces más riesgo de realizar intentos de suicidio que aquellos que no lo han sufrido, siendo el impacto aún mayor cuando el acoso recibido es por las redes, ciberbullying (27).

### Las redes sociales en la pandemia de Covid-19

El empleo de los MCS se ha incrementado durante la pandemia de Covid-19 en todos los rangos de edad, y, de manera muy acusada, en la población adolescente. En España, entre enero de 2020 y enero de 2021 hubo un incremento del número de usuarios de redes sociales de un 27,6% respecto al mismo periodo del año anterior (37,4 millones de usuarios, de los 42,5 millones de ciudadanos españoles con conexión a Internet), con una media de navegación diaria de 6 horas y 11 minutos. Las redes con mayor número de usuarios diarios son WhatsApp® (89,5% de la población) y de Youtube® (89,3% de la población) (28).

A pesar de los reportes positivos en la literatura científica respecto al empleo poblacional de redes sociales durante la pandemia, como un método para mantener la conectividad social, se ha documentado que este uso elevado de MCS implicó para muchas personas una sobreexposición a información amenazante (a veces falsa o confusa) en un corto espacio de tiempo (29). El exceso de información, y los intentos de desinformación, por medio de los MCS, podrían haber contribuido al empeoramiento de la salud mental de la población general (en la cual se incluirían los menores de edad), y obligan a pensar acerca de la necesidad de mantener un uso responsable de los MCS (30).

No obstante, hay estudios que señalan que las redes sociales se convirtieron en un mecanismo que muchos menores emplearon para su regulación emocional. Un estudio realizado en Bélgica sobre una muestra de 2.165 adolescentes de entre 13 y 19 años comprobó que los sentimientos de soledad durante la pandemia habían tenido un impacto negativo en su salud mental mayor que los sentimientos de ansiedad, refiriendo, además, que el empleo de los MCS les ayudó a adaptarse a la situación de confinamiento y a mantener el contacto con sus amigos; de tal forma que, para muchos, supuso una forma de afrontar la cuarentena de una manera más positiva (31). No hay estudios que evidencien una asociación entre el incremento del uso de MCS en la población menor de edad durante la pandemia y el incremento de suicidios.

## DISCUSIÓN

Los MCS juegan un papel fundamental y su uso debe ser explorado como una dimensión más en las vidas de las nuevas generaciones (denominadas también “nativas digitales”), que, a través de ellos, tienen acceso a una gran cantidad de información, sin que, habitualmente, medie el filtro de un adulto responsable (32). La relación entre la salud mental y los MCS, y los MCS y las conductas autolíticas en menores de edad es muy compleja, probablemente bidireccional, y los estudios realizados hasta el momento arrojan datos contradictorios y no concluyentes. Tanto el empleo de MCS como las conductas suicidas se han incrementado en la población infanto-juvenil durante la pandemia de Covid-19, sin que se pueda establecer de manera clara si ha existido una asociación entre ambas variables. Los MCS se muestran como una espada de doble filo, con un uso potencialmente positivo (“efecto Papageno”, información, entretenimiento, conectividad, manejo de emociones positivas, etc.); pero que puede conllevar, también, numerosos riesgos para la salud mental, entre los que se incluye el aumento de sintomatología ansiosa, depresiva, problemas de conducta alimentaria, ciberbullying y, en última instancia, aumento de conductas suicidas o, incluso, de suicidio consumado (entre otros mecanismos, por medio del “efecto Werther”) (16, 17, 18, 20, 21).

Se ha visto como en redes como TikTok® hay usuarios con muchos seguidores que promocionan las conductas autolesivas e incluso el suicidio como una salida para los problemas de los adolescentes (33). Del mismo modo, la difusión entre población infantil y juvenil de series con alto contenido de violencia (como “El juego del calamar”) o que tratan el suicidio consumado de una forma explícita y controvertido (como la serie dirigida para adolescentes “Por 13 razones”), han suscitado un amplio debate público, debido a la ausencia de políticas y legislaciones que regulen de manera eficaz el acceso de las y los menores a las mismas, pese a sus posibles repercusiones negativas en su salud mental (35, 36, 37).

En cualquier caso, a la vista de los estudios revisados, no se puede afirmar que exista asociación entre el aumento del uso de las redes sociales o las nuevas tecnologías durante la pandemia de Covid-19 y el aumento del número de suicidios infanto-juveniles en España. De hecho, es probable que su uso haya entrañado beneficios en algunos adolescentes (29). En una etapa vital donde la socialización con pares resulta una necesidad básica y una prioridad, las redes sociales supusieron para los adolescentes un instrumento fundamental para combatir el aislamiento preventivo (31, 32). Sin embargo, aunque el empleo de MCS durante la pandemia de Covid-19 ha sido, en algunos casos, una herramienta con la cual los adolescentes han podido mantener sus relaciones interpersonales; según los estudios revisados, su uso habría podido, también, aumentar sus efectos perniciosos sobre la salud mental de algunos menores (29- 32).

El estudio actual cuenta con las limitaciones de calidad inherentes a las revisiones bibliográficas narrativas. Además, debido a la escasez de publicaciones científicas respecto al uso de redes sociales en la población infanto-juvenil en España, y a la fuerte influencia sociocultural en las conductas suicidas, es posible que los resultados obtenidos en estudios realizados sobre otros países no sean aplicables a la infancia y adolescencia españolas. No obstante, permite reflexionar acerca de un factor infraestudiado y potencialmente importante en el desarrollo de las conductas suicidas en la población menor de edad, invitando a iniciar investigaciones específicamente centradas en la posible asociación entre el incremento del uso de MCS en menores

de edad, la disminución en la edad de acceso, y el incremento acelerado de conductas suicidas y suicidios consumados en esta franja etaria.

## CONCLUSIONES

El actual trabajo revisa la literatura científica existente respecto a la posible relación entre el uso de MCS y las conductas suicidas en la población infanto-juvenil, en el marco de la pandemia de Covid-19, donde ambas variables se han incrementado notablemente. Los estudios publicados señalan una relación compleja entre los MCS y las conductas suicidas, que aún no está claramente establecida. Del mismo modo, señalan que los MCS pudieron tener efectos positivos para algunos adolescentes durante la pandemia, permitiéndoles gestionar sus emociones y favoreciendo su conectividad social; pero, en grupos de adolescentes vulnerables, han podido participar en un incremento de síntomas de ansiedad y depresión, y, de forma secundaria, de las conductas suicidas.

Es indispensable revisar, desde una perspectiva social, la accesibilidad actual de las y los menores al mundo digital, con frecuencia de manera indiscriminada, sin filtros ni controles efectivos que permitan garantizar su protección. La salud digital cobra su máxima relevancia y podría influir en la salud mental, siendo imprescindible educar a la infancia y la adolescencia en los potenciales riesgos de los MCS, dotándolos de herramientas para usarlos de una forma adecuada.

El incremento del suicidio infanto-juvenil en España es un alarmante problema de salud pública que requiere una revisión social amplia de los posibles factores implicados. La salud digital, como una dimensión más de la vida de las y los menores de edad, debe ser abordada con estudios rigurosos por parte de los organismos responsables. Resulta prioritario establecer políticas y legislaciones que protejan a los menores de manera eficaz, también en el universo digital.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaramos no tener conflictos de interés.

## CONTRIBUCIONES

Rocío Paricio-del-Castillo, Lourdes García-Murillo, Leticia Mallol-Castaño, Pablo del Sol Calderón, y Ana Pascual Aranda han realizado la revisión bibliográfica. Rocío Paricio-del-Castillo, Lourdes García-Murillo, Leticia Mallol-Castaño e Inmaculada Palanca-Maresca han participado en la redacción del estudio. Leticia Mallol-Castaño e Inmaculada Palanca-Maresca han participado en la recogida de datos. Todos los autores (Rocío Paricio-del-Castillo, Lourdes García-Murillo, Leticia Mallol-Castaño, Pablo del Sol Calderón, Ana Pascual Aranda e Inmaculada Palanca-Maresca) han participado en la concepción del estudio, su diseño, su revisión crítica y aprobaron la versión final para su publicación.

## REFERENCIAS

1. Liu J, Chai L, Zhu H, Han Z. COVID-19 impacts and adolescent suicide: The mediating roles of child abuse and mental health conditions. *Child Abuse Negl.* 2023;138: 106076. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106076>
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Consultado el 15 de febrero de 2023. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=resu](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resu)
3. Aumaitre A, Elena Costas E, Sánchez M, Taberner P, Vall J. Crecer Saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental en la infancia y la adolescencia. España. Save the Children. 2021.
4. Villar F. Morir antes del suicidio. Prevención en la adolescencia. Barcelona. Herder Editorial, S.L. 2022.
5. Curtin SC, Heron M. Death Rates Due to Suicide and Homicide Among Persons Aged 10–24: United States, 2000–2017. *NCHS Data Brief.* 2019;352: 1-8.
6. Cyrulnik B. Cuando un niño se da muerte. 1a ed. España. Gedisa. 2014.
7. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Restricted fetal growth and adverse maternal

- psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study. *The Lancet*. 2004;364(9440): 1.135-1.140.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17099-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17099-2)
8. Brodsky BS. Early Childhood Environment and Genetic Interactions: the Diathesis for Suicidal Behavior. *Curr Psychiatry Rep*. 2016; 18(9):86.  
<https://doi.org/10.1007/s11920-016-0716-z>
  9. Durkheim E. *El suicidio*. 4a ed. Madrid: Akal; 1995.
  10. Meherali S, Punjani N, Louie-Poon S, Abdul Rahim K, Das JK, Salam RA, et al. Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7): 3432. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073432>
  11. Nesi J. The Impact of Social Media on Youth Mental Health: Challenges and Opportunities. *N C Med J*. 2020;81(2): 116-21.  
<https://doi.org/0.18043/ncm.81.2.116>
  12. Statista 2023. Consultado el 15 de febrero de 2023. <https://es.statista.com>.
  13. Elogia. *Estudio Anual de Redes Sociales*, 2022. España. IABSpain. 2022.
  14. Phillips DP. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev*. 2008;39(3): 340-354.
  15. O'Reilly M. Social media and adolescent mental health: the good, the bad and the ugly. *J Ment Health*. 2020;29(2): 200-6.  
<https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1714007>
  16. O'Reilly M, Dogra N, Whiteman N, Hughes J, Eruyar S, Reilly P. Is social media bad for mental health and wellbeing? Exploring the perspectives of adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2018;23(4): 601-13.  
<https://doi.org/10.1177/1359104518775154>
  17. Cheng AT, Hawton K, Lee CT, Chen TH. The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates: a population-based study. *Int J Epidemiol*. 2007; 36(6): 1229-34.  
<https://doi.org/10.1093/ije/dym196>
  18. Domaradzki J. The Werther Effect, the Papageno Effect or No Effect? A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5): 2396.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18052396>
  19. Niederkrotenthaler T, Till B, Kirchner S, Sinyor M, Braun M, Pirkis J, et al. Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. 2022;7(2): e156-e168.  
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00274-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00274-7)
  20. Scherr S, Steinleitner A. Between Werther and Papageno effects. *Nervenarzt*. 2015;86(5): 557-65. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4260-6>
  21. Vidal C, Lhaksampa T, Miller L, Platt R. Social media use and depression in adolescents: a scoping review. *Int Rev Psychiatry*. 2020;32(3): 235-53.  
<https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1720623>
  22. Swedo EA, Beauregard JL, De Fijter S, Werhan L, Norris K, Montgomery MP, et al. Associations Between Social Media and Suicidal Behaviors During a Youth Suicide Cluster in Ohio. *J Adolesc Health*. 2021;68(2): 308-16.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.05.049>
  23. Hamilton JL, Biernesser C, Moreno MA, Porta G, Hamilton E, Johnson K, et al. Social media use and prospective suicidal thoughts and behaviors among adolescents at high risk for suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2021;51(6): 1203-12.  
<https://doi.org/10.1111/sltb.12801>
  24. Sedgwick R, Epstein S, Dutta R, Ougrin D. Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32(6): 534-41.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000547>
  25. Brunstein Klomek A, Barzilay S, Apter A, Carli V, Hoven CW, Sarchiapone M., et al. Bidirectional longitudinal associations between different types of bullying victimization, suicide ideation/attempts, and depression among a large sample of European adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019;60(2): 209-15.  
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12951>
  26. Zaborskis A, Ilionsky G, Tesler R, Heinz A. The Association Between Cyberbullying, School Bullying, and Suicidality Among Adolescents: Findings From the Cross-National Study HBSC in Israel, Lithuania, and Luxembourg. *Crisis*. 2019;40(2): 100-14.  
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000536>

27. Montiel I, Carbonell E, Pereda N. Multiple online victimization of Spanish adolescents: Results from a community sample. *Child Abuse Negl.* 2016;52: 123-34.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.12.005>
28. Hootsuite, We are Social. Digital Report 2021: El Informe sobre las Tendencias Digitales, Redes Sociales y Mobile. Consultado el 18 de diciembre de 2022.  
<https://wearesocial.com/es/blog/2021/01/digital-report-2021-el-informe-sobre-las-tendencias-digitales-redes-sociales-y-mobile/>
29. Venegas-Vera AV, Colbert GB, Lerma EV. Positive and negative impact of social media in the COVID-19 era. *Rev Cardiovasc Med.* 2020;21(4): 561-4.  
<https://doi.org/10.31083/j.rcm.2020.04.195>
30. Su Z, McDonnell D, Wen J, Kozak M, Abbas J, Šegalo S, et al. Mental health consequences of COVID-19 media coverage: the need for effective crisis communication practices. *Global Health.* 2021;17(1): 4.  
<https://doi.org/10.1186/s12992-020-00654-4>
31. Cauberghe V, Van Wesenbeeck I, De Jans S, Hudders L, Ponnet K. How Adolescents Use Social Media to Cope with Feelings of Loneliness and Anxiety During COVID-19 Lockdown. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2021;24(4): 250-257. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0478>
32. Colasante T, Lin L, De France K, Hollenstein T. Any time and place? Digital emotional support for digital natives. *Am Psychol.* 2022;77(2): 186-195. <https://doi.org/10.1037/amp0000708>
33. Zhu C, Xu X, Zhang W, Chen J, Evans R. How Health Communication via Tik Tok Makes a Difference: A Content Analysis of Tik Tok Accounts Run by Chinese Provincial Health Committees. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;17(1): 192.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17010192>
34. Pruccoli J, De Rosa M, Chiasso L, Perrone A, Parmeggiani A. The use of TikTok among children and adolescents with Eating Disorders: experience in a third-level public Italian center during the SARS-CoV-2 pandemic. *Ital J Pediatr.* 2022;48(1): 138.  
<https://doi.org/10.1186/s13052-022-01308-4>
35. De Jans S, Cauberghe V, Hudders L. Red Light or Green Light? Netflix Series' Squid Game Influence on Young Adults' Gambling-Related Beliefs, Attitudes and Behaviors, and the Role of Audience Involvement. *Health Commun.* 2022;24: 1-12.  
<https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2100184>
36. Reidenberg D, Niederkrotenthaler T, Sinyor M, Bridge JA, Till B. 13 Reasons Why: The Evidence Is in and Cannot Be Ignored. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020;59(9): 1016-1018.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.01.019>
37. Nesi J, Johnson SE, Altemus M, Thibaut HM, Hunt J, Wolff JC. 13 Reasons Why: Perceptions and Correlates of Media Influence in Psychiatrically Hospitalized Adolescents. *Arch Suicide Res.* 2022;26(1): 313-324.  
<https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1779155>

**M. Ferrer** <sup>1, 2, 3, 4</sup>   
**N. Calvo** <sup>1, 2, 3, 4</sup>   
**À. Rué** <sup>1, 3 \*</sup>   
**Ó. Andión** <sup>5</sup>   
**A. Soriano-Dia** <sup>1</sup>   
**M. González-Domínguez** <sup>1</sup>  
**L. Gallego-Pardo** <sup>1</sup>  
**M. Castillo-Martínez** <sup>6</sup>   
**M. Sancosmed-Ron** <sup>6</sup>   
**S. González-Peris** <sup>6</sup>   
**J. A. Ramos-Quiroga** <sup>1, 2, 3, 4</sup> 

1 Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

2 Biomedical Network Research Centre on Mental Health (CIBERSAM), Barcelona, España.

3 Grupo de Psiquiatría, Salud Mental y Adicciones, Vall d'Hebron Research Institute (VHIR), Barcelona, España.

4 Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

5 Research Sherpas, Sabadell, España.

6 Departamento de Urgencias Pediátricas, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Àlex Rué

Correo: [alex.rue@vhir.org](mailto:alex.rue@vhir.org)

*Conductas autolesivas en niños y adolescentes en Urgencias Pediátricas durante la Pandemia de COVID-19: relación con las medidas de restricción social y otros factores de riesgo conocidos*

*Self-harm Behaviors in Children and Adolescents at a Pediatric Emergency Unit During the COVID-19 Pandemic: Relationship with Social Restriction Measures and Other Known Risk Factors*

---

## RESUMEN

A lo largo de la Pandemia de COVID-19 se ha observado un incremento de conductas autolesivas (CAL) en niños y adolescentes. El objetivo de este estudio es examinar el aumento de CAL en niños y adolescentes durante la Pandemia de COVID-19 en un Servicio de Urgencias Pediátricas, considerando variables clínicas y sociodemográficas, y analizar el posible impacto de las medidas de restricción social en la incidencia de CAL en comparación con otros factores de riesgo conocidos. Los datos para el estudio se obtuvieron a partir de 194 informes de alta de un servicio de urgencias pediátricas psiquiátricas atendidas entre enero de 2019 y junio de 2021, ambos incluidos, con sujetos en un rango de edad entre 7 y 17 años de edad. Se utilizó un modelo de regresión logística para el análisis de datos. Aunque no significativo, se observaron mayores tasas de CAL en adolescentes durante el primer semestre de 2021 (73,5%;  $p = 0,06$ ). Se asoció un riesgo significativamente

---

## ABSTRACT

Throughout the COVID-19 Pandemic, an increase in self-harm behavior (SHB) among children and adolescents has been observed. The aim of this study is to examine the rise of SHB in children and adolescents during the COVID-19 Pandemic in a Pediatric Emergency Department, considering clinical and sociodemographic variables, and to analyze the potential impact of social restriction measures on the incidence of SHB compared to other known risk factors. Data for the study was obtained from 194 discharge reports of psychiatric pediatric emergency department visits between January 2019 and June 2021, inclusive, with subjects ranging in age from 7 to 17 years old. A logistic regression model was used for data analysis. Although not significant, higher rates of SHB were observed in adolescents during the first half of 2021 (73.5%;  $p = 0.06$ ). A significantly higher risk of SHB was

16

mayor de CAL a la persistencia de la Pandemia, pero la variable 'semestre de la Pandemia' explicaba un 8,0% de la varianza y la asociación perdió la significación cuando las variables 'género femenino' y especialmente 'diagnóstico de trastorno afectivo' se introdujeron en el modelo de regresión, explicando un 35 y un 53% de la varianza respectivamente. El aumento de riesgo de CAL en menores durante la Pandemia de COVID-19 no sería pues generalizable a toda la población infantil y adolescente, si no que se produciría especialmente en el grupo de chicas adolescentes con psicopatología afectiva de base. Se deberá analizar la evolución clínica y funcional para facilitar medidas efectivas que protejan la maduración psicosocial de aquellos jóvenes más vulnerables.

**Palabras clave:** Pandemia de COVID-19, conductas autolesivas, trastornos afectivos, adolescentes, salud mental.

## INTRODUCCIÓN

El término conductas autolesivas (CAL) incluye cualquier acto en el que la persona se causa daño a sí misma de forma deliberada, independientemente de la tipología o gravedad de la lesión provocada, el motivo por el que ésta se lleva a cabo o si existía o no intención suicida en el momento de realizar esta conducta (1, 2). En población infantil y adolescente, la prevalencia de CAL es de aproximadamente el 20% (3). Dichas conductas se producen como resultado de una compleja interacción entre múltiples factores, que abarcan desde la predisposición genética y factores psiquiátricos y psicológicos hasta variables culturales (1). Además, se han descrito varios factores específicos que pueden incrementar el riesgo de cometer CAL, y que incluirían el género femenino, la vivencia de eventos o situaciones vitales adversas y estresantes (4,5), así como el aislamiento social (6).

En general, la adolescencia ya es considerada como un periodo altamente vulnerable durante el cual se inician la mayoría de trastornos mentales (7,8,9). La evolución desde las primeras expresiones clínicas hasta el desarrollo posterior de un trastorno en la edad adulta es el resultado de constantes relaciones

associated with the persistence of the Pandemic, but the variable 'Pandemic semester' explained only 8.0% of the variance, and the association lost significance when the variables 'female gender' and especially 'diagnosis of affective disorder' were introduced into the regression model, explaining 35% and 53% of the variance, respectively. The increased risk of SHB in minors during the COVID-19 Pandemic would not be generalizable to the entire child and adolescent population, but would occur especially in the group of adolescent girls with underlying affective psychopathology. Further clinical and functional impact must be assessed to provide effective measures to preserve psychosocial maturation of vulnerable young people.

**Keywords:** COVID-19 Pandemic, self-harm behaviors, affective disorders, adolescent, mental health.

transaccionales entre factores biológicos y ambientales (10). En este sentido, las CAL en adolescentes no solo se han asociado a una mayor mortalidad prematura debido a suicidio (11) sino también al desarrollo posterior de trastornos psicopatológicos y a deterioro del funcionamiento psicosocial (12).

En este marco contextual, la Pandemia de COVID-19, debido en gran parte a la imposición de medidas de distanciamiento social para tratar de contenerla, ha supuesto una situación compleja y estresante sin precedentes para los adolescentes de todo el mundo. Durante este periodo, la población joven y adolescente se ha visto expuesta a situaciones de estricto aislamiento social, incertidumbre respecto a la evolución de la Pandemia y el fin de las medidas de restricción de movilidad y socialización, interrupción de sus rutinas diarias, así como una disminución en la posibilidad de acceder a servicios de salud a través de los centros educativos (13). Si bien las medidas de confinamiento y distanciamiento social se mostraron eficaces para ralentizar y dificultar la transmisión de la enfermedad entre la población general (14), han conllevado también un incremento de los problemas de Salud Mental (SM) entre la población más joven (15). Concretamente, se ha descrito un incremento

de casos de trastornos depresivos, de ansiedad, de estrés post-traumático, de la conducta alimentaria, y también un aumento de CAL (16,17,18).

Dicho incremento de CAL entre la población joven y adolescente durante la Pandemia se ha observado tanto en recursos no hospitalarios (18,19,20) como en recursos hospitalarios (20,21). Se ha descrito además un patrón temporal en la incidencia de CAL, observándose una reducción de las mismas durante las primeras etapas de la Pandemia (16,23,24) y un incremento en etapas posteriores (19,22,25). Además, las CAL en adolescentes durante la Pandemia se han relacionado con el género femenino (17,21) y con el diagnóstico previo de un trastorno psiquiátrico (17,20), especialmente de trastornos afectivos (22).

Debido a la falta de precedentes de una crisis comparable a la provocada por la Pandemia de COVID-19, analizar las consecuencias que ésta ha tenido en el ámbito de la SM resulta fundamental (16,26). El presente estudio pretende en primer lugar explorar la evolución en la prevalencia de CAL en población infantil y adolescente durante la Pandemia de COVID-19 como motivo de consulta a un Servicio de Urgencias Pediátricas. En segundo lugar, este trabajo tiene como objetivo aportar evidencia preliminar de una posible asociación entre la persistencia de la Pandemia de COVID-19 y un mayor riesgo de CAL en adolescentes, contrastando esta posible asociación con la de otros factores de riesgo ya conocidos y con importante evidencia científica.

## MÉTODO

### Procedimiento

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitari Vall d'Hebron y siguió las directrices de presentación de estudios observacionales STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology*).

Se analizaron 82.154 informes de alta de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona de pacientes menores de 17 años y 364 días de edad, generados durante el periodo comprendido entre enero de 2019 y junio de 2021. Del total de informes de alta analizados, se seleccionaron solamente aquellos episodios identificados como urgencias

psiquiátricas (656; 0,80%). De éstos, se excluyeron aquellos en los que el motivo de consulta estaba relacionado con problemas sociales y/o intoxicaciones no intencionadas sin psicopatología (366; 55,8%). Por último, se descartaron también todos aquellos informes relativos a pacientes menores de 7 años (96; 14,6%). Así pues, 194 (29,6%) informes de alta relativos a pacientes con edades comprendidas entre 7 y 17 años y 364 días fueron finalmente seleccionados, a partir de los que se extrajeron los datos para este estudio.

Los episodios a los que hacían referencia los informes de alta seleccionados fueron atendidos inicialmente por un médico especialista en pediatría, y posteriormente evaluados por un médico especialista en psiquiatría, quien elaboró el informe de alta con el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. El proceso de revisión de la información clínica de los informes seleccionados se sistematizó participando en el mismo dos equipos de trabajo independientes, formados cada uno de ellos por dos Médicos Especialistas en Psiquiatría y una Psicóloga Clínica con amplia experiencia en psicopatología y psiquiatría infanto-juvenil. En aquellos informes en los que se producía un desacuerdo o existían dudas entre los miembros de un equipo de trabajo, la información clínica era revisada por el otro equipo de trabajo hasta alcanzar un consenso.

### Variables estudiadas

- Semestres de la Pandemia: El periodo estudiado se dividió en 5 semestres consecutivos, que comprendían entre el primer semestre de 2019 y el primer semestre de 2021, ambos incluidos.
- Género: Se utilizaron las categorías 'masculino' y 'femenino'.
- Conductas autolesivas (CAL): Se examinó en los informes de alta incluidos en el estudio la presencia o ausencia de cualquier tipo de conducta autolesiva (suicida y/o no suicida) entre los motivos de consulta a urgencias.
- Grupo diagnóstico: Se obtuvo siguiendo el mismo procedimiento usado en un estudio previo con similar método (para más detalles ver Ferrer y cols (27)), en el que se tomaron los diagnósticos que constaban en los informes de alta de Urgencias y posteriormente se agruparon

18

en los diferentes grupos diagnósticos del DSM-5 (con las siguientes categorías: 'No diagnóstico', 'Trastorno del neurodesarrollo', 'Psicosis y APS (Síndrome psicótico atenuado)', 'Trastorno afectivo', 'Trastorno de ansiedad', 'Trastorno alimentario', 'Trastorno de conducta', 'Posible trastorno de personalidad' y 'Otros diagnósticos').

- Recurrencia de la consulta: Variable con la que se identificó si el informe de alta correspondía a un paciente que ya había consultado anteriormente a Urgencias antes de enero del 2019 como mínimo una vez. Esta información aparecía en el propio informe de alta.

### Análisis de datos

Por un lado, se estudiaron las diferencias en el número de consultas a urgencias a lo largo de los diferentes semestres de la Pandemia mediante las pruebas estadísticas  $\chi^2$  y Student's T-Test. Por el otro, se estudió la asociación de CAL como variable dependiente y la evolución temporal de la Pandemia y el resto de variables independientes a través de análisis de regresión logística, que se realizó empleando el procedimiento *step backward conditional*. En el primer paso, o *step*, se incluyó la variable 'semestres de la Pandemia'; en el segundo paso se añadió la variable 'género femenino', factor de riesgo con evidencia científica consistente según la literatura existente (4,5,22); y en el tercer paso 'recurrencia de la consulta' y 'grupo diagnóstico'. Debido a que estudios previos han descrito ya la asociación de algunas variables estudiadas (p.ej. género femenino y trastornos afectivos) con las CAL durante la Pandemia de COVID-19 (22), se aplicó una corrección de Bonferroni a los resultados de los análisis de regresión logística (0,05/11;  $p \leq 0,004$ ). Aquellas variables con valores faltantes no fueron incluidas en los análisis de regresión.

## RESULTADOS

### Descripción de la muestra

La edad media de la muestra total fue de 14,8 años (SD= 2,23), y el 55,1% (n= 107) de los informes de alta analizados correspondían a pacientes de género

femenino. Únicamente el 16.5% (n= 32) de los informes de alta analizados hacían referencia a pacientes que no cumplían criterios para ningún grupo diagnóstico del DSM-5. Un 29,9% (n= 58) de los informes de alta seleccionados correspondían a pacientes que habían consultado a Urgencias antes del periodo estudiado. Del total de 194 informes de alta incluidos en el análisis, un 55,7% (n= 108) hacían referencia a pacientes que presentaban CAL en el momento de ser atendidos.

### Resultados del análisis estadístico

No se observaron diferencias en la edad ( $F_{(189,4)} = 1,05$ ;  $p = 0,38$ ) o el género ( $\chi^2_{(4)} = 7,16$ ;  $p = 0,13$ ) de los pacientes que acudieron a Urgencias durante los semestres de pre-Pandemia y Pandemia analizados. La mayoría de los casos analizados reportaron haber tenido contactos psiquiátricos en el pasado (73,2%, 142). Mientras que la frecuencia en recurrencias en visitas a urgencias ( $\chi^2_{(4)} = 9,79$ ;  $p = 0,04$ ), frecuencia de trastornos afectivos ( $\chi^2_{(4)} = 10,43$ ;  $p = 0,03$ ) y frecuencia de trastornos de ansiedad ( $\chi^2_{(4)} = 9,96$ ;  $p = 0,04$ ) incrementaron significativamente desde el primer semestre de 2020 hasta el primer semestre de 2021, la frecuencia de trastornos del neurodesarrollo ( $\chi^2_{(4)} = 14,66$ ;  $p = 0,005$ ) y de conducta ( $\chi^2_{(4)} = 11,47$ ;  $p = 0,02$ ) fue menor en el primer semestre de 2021 en comparación con los semestres anteriores. Aunque no significativamente, también se observó un número mayor de trastornos alimentarios ( $\chi^2_{(4)} = 8,91$ ;  $p = 0,09$ ) durante el primer semestre de 2020 en comparación con el resto de semestres. Aunque se observó un aumento en el número de visitas a urgencias debido a CAL durante el primer semestre de 2021, éste no resultó ser estadísticamente significativo (36; 73,5%;  $\chi^2_{(4)} = 9,03$ ;  $p = 0,06$ ) (ver Tabla 1).

Los resultados de cada paso de los análisis de regresión se presentan en la Tabla 2.

En el primer paso se encontró un número significativamente mayor de CAL en cada uno de los semestres estudiados, en comparación con el primer semestre de 2019 (segundo semestre 2019: OR = 3,43;  $p = 0,009$ ; primer semestre 2020: OR = 3,60;  $p = 0,009$ ; segundo semestre 2020: OR = 3,20;  $p = 0,02$ ). Sin embargo, después de la p-corrección de Bonferroni, solo el primer semestre 2021 (el último de los semestres estudiados) se asoció significativamente a un mayor

riesgo de CAL (OR = 4,32;  $p = 0,003$ ). Los semestres de la Pandemia únicamente predijeron el 8,0% de la varianza de CAL en el período de tiempo analizado. Aunque el modelo presentaba una elevada sensibilidad (0.7) prediciendo CAL como motivo de consulta a Urgencias, la especificidad era baja (0.4).

En el siguiente paso, en el que se introdujeron variables sociodemográficas en el análisis (en concreto, el género), se observó un mayor riesgo de CAL relacionado con el género femenino (OR = 8,72;  $p < 0,001$ ). A su vez, la introducción del género en el modelo estadístico eliminó la asociación significativa entre los diferentes semestres de la Pandemia y las CAL (todas  $ps \geq 0,03$ ) observada en el paso anterior. A pesar de que solamente se introdujo esta variable sociodemográfica en el modelo, ésta era capaz de

explicar el 35% de varianza de CAL, con una alta sensibilidad (0.8) y especificidad (0.7) (Tabla 2).

Con la introducción de las variables 'recurrencia de la consulta' y 'grupo diagnóstico' en el último paso de nuestro análisis, todos los semestres de la Pandemia resultaron ser no significativos (todas  $ps \geq 0,16$ ). El género se mantuvo significativamente asociado a CAL (Femenino: OR = 4,84;  $p < 0,001$ ). Además, encontramos que el grupo diagnóstico 'trastornos afectivos' se asociaba a un incremento del riesgo de CAL (OR: 6,48;  $p = 0,003$ ) durante el periodo analizado. La introducción de esta variable 'grupo diagnóstico' incrementó la varianza explicada (53,0%) mostrando una elevada sensibilidad (0.9) y especificidad (0.7) en la predicción de CAL en urgencias pediátricas.

**Tabla 1.** Características de la muestra y diferencias entre semestres de la Pandemia de COVID-19.

Variable	Muestra total (194)	2019 Primer semestre (41)	2019 Segundo semestre (36)	2020 Primer semestre (34)	2020 Segundo semestre (34)	2021 Primer semestre (49)	$\chi^2(4)$	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Género femenino	107 (55,1)	21 (51,2)	18 (50,0)	17 (50,0)	16 (47,1)	35 (71,4)	7,16	,13
Edad <sup>1</sup>	14,8 (2,23)	14,5 (2,06)	14,6 (2,51)	14,5 (2,5)	14,9 (2,23)	15,3 (1,91)	1,05	,38
<b>Variables clínicas</b>								
Seguimiento previo	142 (73,2)	32 (78,0)	27 (75,0)	25 (73,5)	20 (60,6)	35 (76,1)	3,41	,49
Recurrencia <sup>2</sup>	58 (29,9)	11 (27,5%)	5 (23,8%)	13 (54,2%)	13 (54,2%)	16 (48,5%)	9,79	,04
No diagnóstico	32 (16,5)	6 (14,6)	6 (16,7)	5 (14,7)	4 (11,8)	11 (22,4)	2,00	,74
Trastornos del neurodesarrollo	65 (33,5)	15 (36,6)	19 (52,8)	11 (32,4)	13 (38,2)	7 (14,3)	14,66	,005
Psicosis y APS <sup>3</sup>	2 (1,0)	1 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,9)	0 (0,0)	---	---
Trastornos afectivos	41 (21,1)	3 (7,3)	5 (13,9)	8 (23,5)	9 (26,5)	16 (32,7)	10,43	,03
Trastornos ansiedad	32 (16,5)	1 (2,4)	6 (16,7)	7 (20,6)	5 (14,7)	13 (26,5)	9,96	,04
Trastornos alimentarios	12 (6,2)	0 (0,0)	1 (2,8)	5 (14,7)	2 (5,9)	4 (8,2)	8,01	,09
Trastornos de conducta	78 (40,2)	18 (43,9)	17 (47,2)	18 (52,9)	15 (44,1)	10 (20,4)	11,47	,02
Posible TP <sup>4</sup> (TLP)	31 (16,0)	4 (9,8)	6 (16,7)	4 (11,8)	7 (11,8)	10 (20,4)	2,90	,57
Otros diagnósticos	24 (12,4)	3 (7,3)	8 (22,2)	7 (20,6)	1 (2,9)	5 (10,2)	9,31	,05
CAL <sup>5</sup>	108 (55,7)	21 (51,2)	18 (50,0)	18 (52,9)	15 (44,1)	36 (73,5)	9,03	,06

<sup>1</sup>: Media y D.E.; Test ANOVA, estadístico F(189, 4) y p; <sup>2</sup>: frecuencia y porcentaje de reconsultas a urgencias excluyendo casos faltantes (142; 73.2%). Casos faltantes en el dataset 52 (26.8%). Muestra de cada grupo una vez los casos faltantes fueron eliminados: 2019 Primer semestre 40 (97.6%); 2019 Segundo semestre 21 (58.3%); 2020 Primer semestre 24 (70.6%); 2020 Segundo semestre 24 (70.6%); 2021 Primer semestre 33 (67.3%); <sup>3</sup>: APS (*Attenuated Psychosis Syndrome – Síndrome Psicótico Atenuado*); <sup>4</sup>: TP (Trastorno de la Personalidad) y TLP (Trastorno Límite de la Personalidad); <sup>5</sup>: CAL (Conductas Autolesivas).

**Tabla 2.** Análisis de regresión logística para conductas autolesivas (CAL).

	Variables	$\beta$	p	O.R.	O.R. (95% CI)		R <sup>2</sup>
Primer paso	2019 Segundo semestre	1,23	,009	3,43	1,35	8,69	,08
	2020 Primer semestre	1,28	,009	3,60	1,38	9,38	
	2020 Segundo semestre	1,16	,02	3,20	1,21	8,46	
	2021 Primer semestre	1,46	,003*	4,32	1,62	11,51	
Segundo paso	2019 Segundo semestre	,97	,07	2,64	,92	7,53	,35
	2020 Primer semestre	1,00	,07	2,72	,92	8,04	
	2020 Segundo semestre	,85	,13	2,33	,78	6,99	
	2021 Primer semestre	1,20	,03	3,33	1,10	10,08	
	Género femenino	2,17	<,001*	8,72	4,43	17,18	
Tercer paso <sup>1</sup>	2019 Segundo semestre	,31	,60	1,36	,43	4,35	,53
	2020 Primer semestre	,52	,42	1,68	,48	5,89	
	2020 Segundo semestre	,68	,28	1,97	,57	6,75	
	2021 Primer semestre	,94	,16	2,57	,69	9,52	
	Género femenino	1,58	<,001*	4,84	2,14	10,94	
	No diagnóstico	1,39	,02	4,03	1,25	13,01	
	Trastornos del neurodesarrollo	-1,14	,02	,32	,13	,81	
	Trastornos afectivos	1,87	,003*	6,48	1,86	22,57	
	Otros trastornos	1,24	,05	3,47	1,01	11,91	
	Posible TP (TLP)	1,15	,08	3,16	,87	11,49	

\*: significativo después de la p-corrección de Bonferroni; <sup>1</sup>: Trastornos de la alimentación no se introdujo como variable independiente porque todos los casos presentaban CAL, así como *Recurrencia* para evitar la reducción de la muestra por datos faltantes.

## DISCUSIÓN

En el periodo de la Pandemia estudiado, la prevalencia de CAL en nuestro servicio de Urgencias Pediátricas fue mayor que en estudios similares previos (20), observándose un incremento en relación al año 2019 y a registros de años anteriores (27). El incremento en la ratio de niños y adolescentes que consultaron a urgencias por CAL se acentuó de manera notable en el primer semestre de 2021, llegando a representar el 73,5% de todas las urgencias psiquiátricas. Además, se objetivó una mayor frecuencia de consultas recurrentes al servicio de Urgencias después del segundo semestre de 2019 en comparación al resto de periodos estudiados. Por lo tanto, nuestros resultados confirman tanto el progresivo incremento observado en la incidencia de CAL infantil y juvenil en años anteriores como el incremento en la incidencia de las mismas durante la Pandemia, especialmente en el inicio de 2021 (21).

Sin embargo, según nuestros datos, el mayor riesgo de CAL asociado a la evolución temporal de la Pandemia desapareció cuando las variables 'género' y 'grupo diagnóstico' se introdujeron en los análisis. Ello coincide con otros estudios previos en los que se asociaba la CAL adolescente al género femenino y los trastornos afectivos (17,22) y muestra también que el incremento en el riesgo de llevar a cabo CAL durante la Pandemia de COVID-19 en niños y adolescentes fue significativo sobre todo en aquella población más vulnerable.

La evidencia existente respalda el incremento en la incidencia de trastornos psicopatológicos durante la Pandemia de COVID-19, también en el caso de CAL en la infancia y adolescencia. Tampoco existen dudas en el hecho que la incertidumbre acerca de la evolución de la Pandemia y de las medidas de aislamiento social ha sido un factor estresante sin precedentes hasta la fecha, especialmente para los más jóvenes. Sin embargo, los resultados de este estudio

permiten plantearse si el incremento de casos de CAL en niños, niñas y adolescentes durante la Pandemia es realmente la consecuencia de las medidas de aislamiento social establecidas como respuesta a la Pandemia de COVID-19, o bien si esencialmente se trata de una continuación de la tendencia creciente de casos observada en los últimos diez años (11) especialmente en chicas adolescentes con trastornos afectivos previos.

Es importante tener en cuenta que este estudio tiene una serie de limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio exploratorio con un diseño transversal y las asociaciones descritas deben ser analizadas con cautela. Sin embargo, los principales resultados están alineados con los obtenidos en estudios previos analizando las mismas variables, pero con metodologías diferentes. En segundo lugar, los informes de alta del servicio de Urgencias Pediátricas incluidos en el estudio habían sido elaborados en un contexto de práctica clínica y con diferentes criterios en la cumplimentación de sus diferentes apartados. Esto dificultó la extracción de la información e impidió contar con datos que hubiesen sido potencialmente relevantes para el estudio de las CAL en niños y adolescentes, tales como factores sociodemográficos como la etnia, el nivel socioeconómico o el entorno vital del sujeto, u otros datos significativos como puedan ser el motivo o el método utilizado para llevar a cabo la CAL (28). Por otra parte, el tamaño de la muestra final era reducido y limitado a sujetos que acudían a Urgencias durante el periodo estudiado, lo que puede no reflejar el incremento real de CAL observado en otros recursos. Debe tenerse en cuenta también que se estima que solo uno de cada ocho adolescentes que llevan a cabo CAL llegan a ser atendidos en un recurso hospitalario (1), hecho que por sí mismo ya constituye una importante limitación para cualquier estudio que pretenda estudiar las CAL en población infantil y adolescente.

## CONCLUSIONES

A pesar de tratarse de un estudio exploratorio y que estos resultados deben ser replicados en muestras de mayor tamaño y en diferentes niveles asistenciales, nuestros datos muestran que el aumento de riesgo de

CAL en menores durante la Pandemia de COVID-19 no sería generalizable a toda la población infantil y adolescente. Específicamente, el grupo más vulnerable parece ser el de chicas adolescentes con trastornos afectivos previos, quienes presentan un mayor riesgo de CAL durante la Pandemia y también en otras situaciones estresantes.

Nuestros resultados se alinean con los de estudios similares, mostrando el rápido incremento de CAL suicidas y no suicidas en la población más joven, y refuerzan la necesidad de replantear la estrategia terapéutica más adecuada para aquella población más vulnerable. Parece evidente también la necesidad de seguir identificando aquellas poblaciones con mayor riesgo de realizar CAL para poder establecer intervenciones preventivas específicas especialmente para aquellas y aquellos que muestren afectación del funcionamiento psicosocial.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación recibió el apoyo del Ministerio de Ciencia e Innovación / ISCIII / CIBERSAM (PI15/02025).

## FINANCIACIÓN

Esta investigación recibió el apoyo del Ministerio de Ciencia e Innovación / ISCIII / CIBERSAM (PI15/02025).

## CONTRIBUCIONES

MF, ÓA, NC, SGP y JARQ realizaron la concepción inicial y diseño del estudio. ASD, MGD, LGP, MCM y MSR participaron en la recolección y tratamiento de datos. OA y MF realizaron el análisis estadístico. MF y ÀR llevaron a cabo la interpretación de los datos. MF, ÀR, OA, SGP y JARQ participaron en la redacción y posterior revisión crítica del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito definitivo.

## REFERENCIAS

1. Hawton K, Saunders KEA, 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)
2. Aggarwal S, Patton G, Reavley N, Sreenivasan SA, Berk M. Youth self-harm in low- and middle-income countries: Systematic review of the risk and protective factors. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63(4): 359-75.  
<https://doi.org/10.1177/0020764017700175>
3. Lim K-S, Wong CH, McIntyre RS, Wang J, Zhang Z, Tran BX, et al. 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. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22): 4581.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>
4. Abdelraheem M, McAloon J, Shand F. Mediating and moderating variables in the prediction of self-harm in young people: A systematic review of prospective longitudinal studies. *J Affect Disord*. 2019;246: 14-28.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.004>
5. Uh S, Dalmaijer ES, Siugzdaite R, Ford TJ, Astle DE. Two Pathways to Self-Harm in Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021;60: 1491-500.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.03.010>
6. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Front Psychol*. 2017;8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
7. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2009;18(1): 23-33.  
<https://doi.org/10.1017/S1121189X00001421>
8. de Girolamo G, Dagani J, Purcell R, Cocchi A, McGorry PD. Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2012;21(1): 47-57.  
<https://doi.org/10.1017/S2045796011000746>
9. Boyce WT, Sokolowski MB, Robinson GE. Genes and environments, development and time. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2020;117(38): 23235-41.  
<https://doi.org/10.1073/pnas.2016710117>
10. Caspi A, Moffitt TE. All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *Am J Psychiatry*. 2018;175(9): 831-44.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17121383>
11. Morgan C, Webb RT, Carr MJ, Kontopantelis E, Green J, Chew-Graham CA, et al. Incidence, clinical management, and mortality risk following self-harm among children and adolescents: cohort study in primary care. *BMJ*. 2017;359: j4351.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.j4351>
12. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, et al. 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)
13. Jones EAK, Mitra AK, Bhuiyan AR. Impact of COVID-19 on mental health in adolescents: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18052470>
14. Huang X, Shao X, Xing L, Hu Y, Sin DD, Zhang X. The impact of lockdown timing on COVID-19 transmission across US counties. *EClinicalMedicine*. 2021;38(101035): 101035.  
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101035>
15. Wong BH-C, Cross S, Zavaleta-Ramírez P, Bauda I, Hoffman P, Ibeziako P, et al. Self-harm in children and adolescents who presented at emergency units during the COVID-19 pandemic: An international retrospective cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.11.016>
16. Pfefferbaum B. Children's Psychological Reactions to the COVID-19 Pandemic. *Curr Psychiatry Rep*. 2021;23: 75.  
<https://doi.org/10.1007/s11920-021-01289-x>

17. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2021;9: e212482.  
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
18. Robillard CL, Turner BJ, Ames ME, Craig SG. Deliberate self-harm in adolescents during COVID-19: The roles of pandemic-related stress, emotion regulation difficulties, and social distancing. *Psychiatry Res.* 2021;304: 114152.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114152>
19. Pieh C, Plener PL, Probst T, Dale R, Humer E. Assessment of Mental Health of High School Students During Social Distancing and Remote Schooling During the COVID-19 Pandemic in Austria. *JAMA Netw Open.* 2021;4: e2114866.  
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.14866>
20. Turner BJ, Robillard CL, Ames ME, Craig SG. Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation and Deliberate Self-harm in Canadian Adolescents During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Can J Psychiatry.* 2021;11: 7067437211036612.  
<https://doi.org/10.1177/07067437211036612>
21. Cousien A, Acquaviva E, Kernéis S, Yazdanpanah Y, Delorme R. Temporal Trends in Suicide Attempts Among Children in the Decade Before and During the COVID-19 Pandemic in Paris, France. *JAMA Netw Open.* 2021;4: e2128611.  
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.28611>
22. Gracia R, Pamiás M, Mortier P, Alonso J, Pérez V, Palao D. Is the COVID-19 pandemic a risk factor for suicide attempts in adolescent girls? *J Affect Disord.* 2021;292: 139-41.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.044>
23. Pirkis J, John A, Shin S, Del Pozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry.* 2021;8: 579-88.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
24. Hill RM, Rufino K, Kurian S, Saxena J, Saxena K, Williams L. Suicide ideation and attempts in a pediatric emergency department before and during COVID-19. *Pediatrics.* 2021;147: e2020029280.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2020-029280>
25. Zetterqvist M, Jonsson LS, Landberg Å, Svedin CG. A potential increase in adolescent nonsuicidal self-injury during Covid-19: A comparison of data from three different time points during 2011 - 2021. *Psychiatry Res.* 2021;305: 114208.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114208>
26. Panchal U, Salazar de Pablo G, Franco M, Moreno C, Parellada M, Arango C, et al. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2021.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01856-w>
27. Ferrer M, Lara B, Calvo N, Andi6n O, P6rez V, Corominas M, et al. Three-year prevalence of self-harm behaviors among the reasons for emergency visits of children and adolescents. *Actas Esp Psiquiatr.* 2021;49: 35-42.
28. Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49(6): 667-77.  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>

**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.

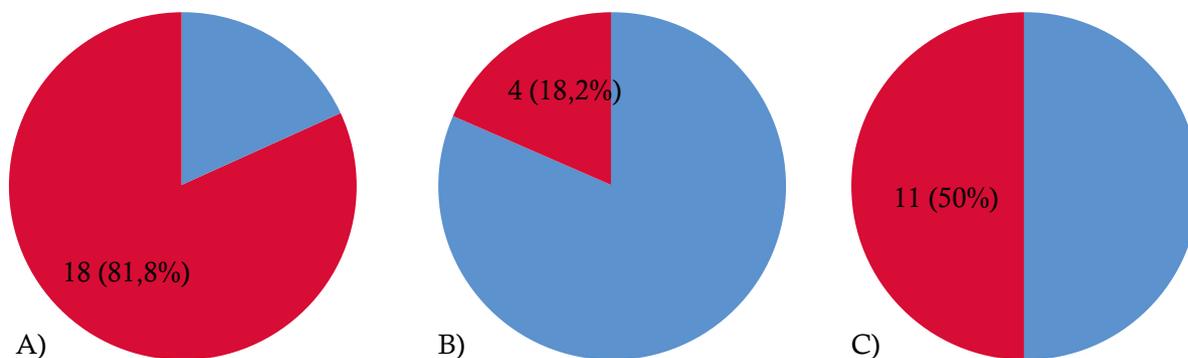
Autolesiones	Total [n=40 (100%)]
<b>Sexo</b>	(n=39)
Femenino (n, %)	24 (61,5%)
Masculino (n, %)	15 (37,5%)
<b>Edad (años)</b>	(n=39)
Mediana, rango intercuartílico	16, 14-16
<b>Estructura familiar</b>	(n=38)
Ambos progenitores conviven (n, %)	20 (52,6%)
<b>Acoso escolar (Bullying)</b>	(n=40)
No (n, %)	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

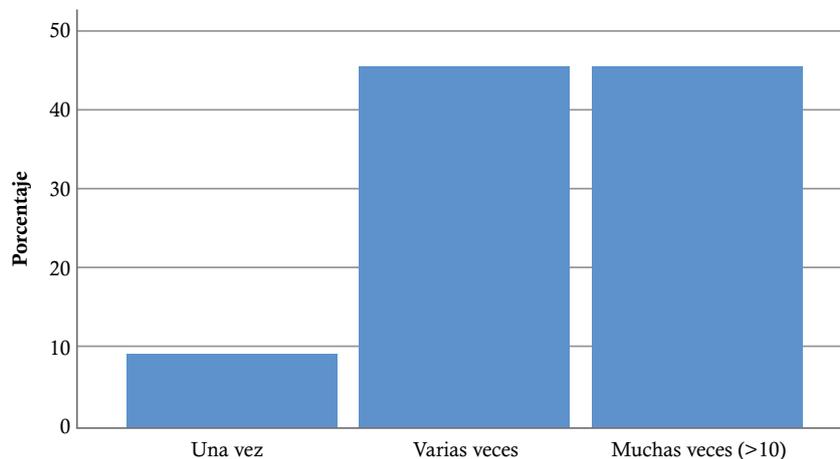
CDI: Children's Depression Inventory

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

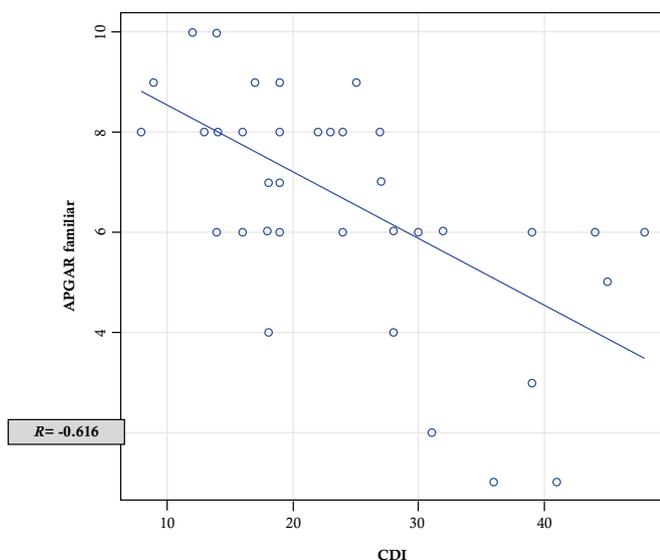
Ideación/riesgo suicida	Total [n=21 (100%)]	No [n=2 (9,5%)]	Sí [n=19 (90,5%)]	Valor de $\chi^2$ *	P
Cutting	(n=21)	(n=2)	(n=19)	4,488	0,029
Autolesión tipo cutting	17 (80%)	0 (0%)	17 (89,5%) †		
Autolesión no tipo cutting	4 (20%)	2 (100%)	2 (10,5%)		
Frecuencia autolesiones	(n=21)	(n=2)	(n=19)	2,606	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>

**Diego Gerardo Prado-Molina**<sup>1 \*</sup>   
**Juan Santiago Serna-Trejos**<sup>2</sup>   
**Valentina Correa-Martinez**<sup>3</sup>   
**Lauren Karina Flores – Álvarez**<sup>4</sup> 

1. Médico, Magíster en epidemiología, Universidad Libre, Cali, Colombia.

2. Médico, Hospital Universitario del Valle, Grupo Interdisciplinario de Investigación en Epidemiología y Salud Pública, Cali, Colombia. Instituto Nacional de Salud, Bogotá, Colombia.

3. Médico del área de urgencias, Hospital Vicente Ferrer, Andalucía, Colombia.

4. Médico asistencial unidad de control prenatal, Hospital Carlos Holmes Trujillo, Cali, Colombia.

**\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA**

**Diego Gerardo Prado**

Correo: [epsteinbarr634@gmail.com](mailto:epsteinbarr634@gmail.com)

---

*Trastornos depresivos en niños y adolescentes: enfoque epidemiológico actual*

*Depressive disorders in children and adolescents: current epidemiological approach*

Señor editor:

Es de gran interés brindar información acerca de la situación epidemiológica actual de trastornos depresivos en niños y adolescentes, dado que es un problema de salud pública por su alta prevalencia, coste social y sanitario. Se considera infradiagnosticada e infratratada, y tiene un impacto importante sobre el rendimiento académico, las relaciones interpersonales e intrafamiliares, además de aumentar el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas y suicidio en adolescentes (1). Cabe aclarar que el término depresión se utilizará para referirse principalmente a la depresión mayor, el trastorno depresivo persistente, el trastorno de disregulación disruptiva del humor y los trastornos depresivos y de humor no especificados, clasificados de esta forma según la revisión textual de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-5 TR) (2).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca del 3,8% de la población mundial (350 millones de personas), presenta algún tipo de trastorno depresivo. Aproximadamente el 50% de todos los trastornos de salud mental aparecen cerca a hacia los 14 años (3,4). Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños y adolescentes son la ansiedad, la depresión y el Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (5). Cerca del 3% de esta población

presenta un diagnóstico de trastorno depresivo considerándose uno de los trastornos psiquiátricos más comunes (4). Los trastornos mentales se encuentran entre las afecciones pediátricas más costosas, con costos anuales de tratamiento en los Estados Unidos (EE. UU.) estimados en 12 mil millones de dólares, y en la Unión Europea y el Reino Unido se estiman costos en más de 600.000 millones de euros (6). Esto debido a su inicio temprano, su alta prevalencia, y necesidad de atención continua (5,7).

Según el Fondo de Emergencia Internacional para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) al año 2019, en Latinoamérica y Caribe cerca de 16 millones de adolescentes, y en Europa cerca de 9 millones entre 10 y 19 años presentaban algún trastorno mental diagnosticado, de los cuales la depresión representaba alrededor del 40% (8). En EE. UU., la prevalencia de depresión mayor y trastorno depresivo persistente en niños y adolescentes en el año 2023 es del 11% y del 1,8% respectivamente, con un aumento significativo a mayor edad (4). Un metaanálisis documentó una prevalencia global de síntomas depresivos en adolescentes en la última década del 37% (IC 95%: 0,32-0,42); siendo el Medio Oriente, África y Asia los de mayor prevalencia (9). En Australia, por ejemplo, un estudio detectó una prevalencia de depresión de 21,3% (IC 95%, 14,9–28,5%) en adolescentes (10). Estos datos muestran una prevalencia a nivel mundial no despreciable, siendo los

adolescentes el grupo más vulnerable. Así, el 34 % de los adolescentes en todo el mundo entre 10 y 19 años, corren el riesgo de desarrollar depresión clínica (9).

Se ha evidenciado una tendencia en el aumento de la prevalencia de trastornos depresivos en este grupo etario desde hace varios años. Según el metaanálisis de Shorey and Wong (2021), la prevalencia de síntomas depresivos en adolescentes pasó de 24 % (95% CI:0.19-0.28) entre el 2001 y 2010, al 37 % (95% CI: 0.32-0.42) entre 2011 y 2020 (9). No obstante, es importante mencionar la pandemia por COVID-19 declarada en el año 2020, dado que se está estudiando las consecuencias de esta frente a la salud mental. La OMS y el Global Burden of disease (GBD) destacan que durante el primer año de la pandemia la prevalencia mundial de depresión, entre otros trastornos mentales, aumentó entre 25- 27,6 % (3,11). Dentro de los factores de riesgo que se están estudiando se encuentran: el estrés parental debido al virus, el aislamiento social, el abuso infantil, la pérdida de algún familiar, dificultades económicas, acceso limitado a servicios básicos, tensiones de los padres y cuidadores por combinar el trabajo con labores de cuidado, deterioro de relaciones familiares, violencia doméstica, estado emocional de sus cuidadores primarios, entre otros (12). No obstante, podrían pasar varios años antes de que realmente se pueda evaluar el impacto del COVID-19 en nuestra salud mental.

La depresión en la infancia representa riesgos asociados a corto, medio y largo plazo. Uno de los más importantes, es el suicidio, que no es equivalente a la depresión, aunque se calcula que los trastornos psiquiátricos más relacionados con el suicidio son, en un 70 % de los casos, los trastornos depresivos (13). Además, existe riesgo de recaída y evolución a la cronicidad en la adolescencia en el 60-80 % de los casos, con tasas de recurrencia estimadas de depresión mayor del 20 al 60 % durante los dos primeros años y del 70 % después de 5 años, con una gran proporción que persiste hasta la adultez (4,13). También trae repercusiones escolares y/o sociales, y aumenta el riesgo de desarrollar otras patologías (20 % riesgo de presentar trastorno bipolar, por ejemplo) (4).

Esto conlleva a una mayor utilización de recursos, representando un impacto directo tanto en los servicios de urgencias, de atención primaria y hospitalarios. Un

estudio realizado en un hospital pediátrico en Cuba reveló que el 2,8% de las urgencias pediátricas era de origen psiquiátrico, la mayoría se encontraban entre 15 y 18 años (53,8%), siendo los diagnósticos iniciales más frecuentes la conducta suicida (26,5%), seguido de trastornos afectivos, incluida la depresión (16,2%) (14). Por su parte, la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) analizó los diagnósticos relacionados con alteraciones de la salud mental en servicios de urgencias pediátricos entre el los años 2019 y 2021, encontrando durante este último año con respecto al año previo un incremento del 122% del diagnóstico de intoxicación no accidental por fármacos, y del 56% en el diagnóstico de suicidio, intento de suicidio y/o ideación autolítica, reconociendo la depresión como uno de los factores de riesgo más conocidos para el desarrollo de estas conductas (15). Esta tensión ejercida sobre los servicios de urgencias ha ayudado a identificar posibles problemas en la atención, reconociendo que esta tiene unas características propias dado que esta población en específico requiere un tiempo prolongado de consulta, así como una intervención a sus cuidadores, además de una acción conjunta con personal de la salud capacitados, por lo que se ve la necesidad de profesionales específicamente formados que puedan responsabilizarse de la atención de estos pacientes. Este impacto en los servicios de urgencias podría considerarse un reflejo de una necesidad no cubierta por recursos asistenciales comunitarios debido a que, con frecuencia el servicio de urgencias es la puerta de entrada del paciente a la red de salud mental (16). No solo los servicios de urgencias se ven tensionados sino también los servicios hospitalarios. Así, las hospitalizaciones de niños y adolescentes en unidades de psiquiatría representan el 7 % de los pacientes ingresados (17). Todo esto deja clara la tensión ejercida a los servicios de atención médica y la necesidad de reforzar la atención a este grupo poblacional.

Pese a su importante impacto social y de interés en salud pública, preocupa que en la actualidad existan regiones donde la producción científica al respecto sea limitada. Un estudio bibliométrico concluyó que el número de estudios sobre trastornos depresivos en esta población resulta reducido en Latinoamérica (18). Adicionalmente, en países desarrollados como EE. UU, se informó que solo el 34 % de los adolescentes

40

con depresión mayor recibieron tratamiento específico (4). Por otra parte, un estudio demostró que más del 75 % de las personas afectadas en los países de ingreso bajo y mediano, (medido por estatus socioeconómico indicado por el ingreso familiar y nivel de educación), no recibieron tratamiento, siendo que solo recibieron tratamiento el 13,7 % de los casos en países de ingresos medianos bajos, el 22 % en países de ingresos medianos altos y el 36,8 % en países de ingresos altos (19). Por lo que se podría considerar además infratratada e infradiagnosticada.

Consideramos que en la actualidad los trastornos depresivos representan un problema de salud pública en el mundo. Por eso hacemos hincapié en la necesidad de incorporar nuevas estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria (15). La Comisión Europea, por ejemplo, plantea programas de apoyo basados en el deporte; mejorar recursos sociales, psicológicos y emocionales en población socialmente vulnerable; apoyar la salud mental y el bienestar de los jóvenes en situaciones vulnerables; Por ejemplo en países como Bélgica se ha intentado enfocar el sistema de salud en el refuerzo de los servicios comunitarios centrados en el paciente; además de crear un programa nacional de prevención del suicidio (6). Por su parte organizaciones internacionales como la OMS y UNICEF sugieren promocionar los ambientes familiares; desarrollar habilidades comunicativas entre padres y adolescentes; fortalecer estrategias de crianza positiva; aumentar el conocimiento al respecto; fortalecer las habilidades para enfrentar situaciones adversas; promover el apoyo social y la conexión con la comunidad (3,7).

## REFERENCIAS

- Martínez-Martín N. Trastornos depresivos en niños y adolescentes. *Anales de Pediatría Continuada*. 2014;12(6): 294-9.  
[https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(14\)70207-0](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70207-0)
- Asociación Americana de Psiquiatría - AAP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision Mental Disorders, DSM-5 RT*. 5th edición. 2022.
- Organización mundial de la salud. Depresión [Internet]. OMS. 2021 [cited 2023 Mar 20]. p. 1-3.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Walter HJ, Abright AR, Bukstein OG, Diamond J, Keable H, Ripperger-Suhler J, et al. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Major and Persistent Depressive Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023;62(5): 479-502.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.10.001>.
- Schlesinger A, Sengupta S, Marx L, Hilt R, Martini DR, DeMaso DR, et al. Clinical Update: Collaborative Mental Health Care for Children and Adolescents in Pediatric Primary Care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023;62(2): 91-119.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.06.007>.
- European commission. Health at a Glance: Europe 2018 [Internet]. Health at a Glance: Europe 2018. 2018 [cited 2023 May 23]. Available from:  
[https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe/health-glance-europe-2018\\_en](https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe/health-glance-europe-2018_en)
- UNICEF. Regional brief: Europe. The state of the worlds children 2021 on my mind promoting, protecting and caring for children's mental health [Internet]. 2021 [cited 2023 May 22]. Available from:  
<https://www.unicef.es/prensa/empeora-situacion-salud-mental-ninos-europa>
- UNICEF. Resumen regional: América Latina y el Caribe estado mundial de la infancia 2021 [Internet]. [cited 2023 Mar 21]. Available from:  
<https://www.unicef.org/media/108166/file/Resumen%20regional:%20America%20Latina%20E1%20Caribe%20.pdf>
- Shorey S, Ng ED, Wong CHJ. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*. 2022;61(2): 287-305.  
<https://doi.org/10.1111/bjc.12333>.
- Kasturi S, Oguoma VM, Grant JB, Niyonsenga T, Mohanty I. Prevalence Rates of Depression and Anxiety among Young Rural and Urban Australians: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(1): 800.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph20010800>

11. Organización Mundial de la Salud. Mental Health and COVID-19: Scientific brief [Internet]. [cited 2023 Mar 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352189>
12. Centro de estudios públicos. Efectos de la pandemia en el bienestar socioemocional de los niños y adolescentes en Chile y el mundo. [Internet]. [Cited 2023 Mar 20]. Available From: [https://www.cepchile.cl/wp-content/uploads/2023/03/pder647\\_granese\\_et al.pdf](https://www.cepchile.cl/wp-content/uploads/2023/03/pder647_granese_et al.pdf)
13. Bonnot O, Buchoul H, Saddiki S. Estados depresivos en la adolescencia. EMC - Tratado de Medicina. 2022;26(2): 1-7. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(22\)46460-9](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(22)46460-9)
14. Castillo G, Rodríguez C, Leyva A. Urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes. Rev Cubana Pediatr. 2022;95: 1-16. <https://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/2160>
15. Vázquez López P, Armero Pedreira P, Martínez-Sánchez L, García Cruz JM, Bonet de Luna C, Notario Herrero F, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. An Pediatr (Engl Ed). 2023;98(3): 204-12. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.11.006>
16. Morer A. Urgencias en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia: ¿Dónde está el límite? Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2023;40(1): 1-3. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n1a1>
17. Palomar-Ciria N, Blanco del Valle P, Bello H. Aumento de la demanda de ingresos de menores en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Complejo Asistencial de Soria en el contexto de la pandemia por COVID-19. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil 2021;38(4): 5-8. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n4a2>
18. Carhuamaca J, Delia H, Rios A, Venero I, Vera D. Revisión bibliométrica de artículos científicos sobre depresión en niños en Latinoamérica de la base de datos scielo en el periodo de publicación 2011 – 2021. Repositorio académico UPC. Jun 2021. Available from: <http://hdl.handle.net/10757/660422>
19. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bruffaerts R, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Psychol Med. 2018;48(9): 1560-71. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>

---

### LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DE ENVÍOS

Como parte del proceso de envío, los autores/as están obligados a comprobar que su envío cumpla todos los requisitos que se muestran a continuación. Se devolverán a los autores/as aquellos envíos que no cumplan estas directrices.

- El manuscrito no ha sido publicado previamente ni se ha enviado ni está siendo considerado para su publicación por ninguna otra revista (o se ha proporcionado una explicación al respecto en los Comentarios al editor/director).
- El archivo de envío está en formato OpenOffice, Microsoft Word, RTF o WordPerfect.
- El texto se presenta a doble espacio y con tamaño de fuente de 12 puntos. Debe utilizarse cursiva en lugar de subrayado (excepto en las direcciones URL).
- El texto cumple los requisitos estilísticos y bibliográficos resumidos en las **Directrices para los autores**.
- Se ha especificado la Sección de la Revista a la que se desea adscribir el manuscrito: Artículo de Revisión, Artículo Original o Caso Clínico.
- Se ha incluido una página titular incluyendo: título, lista de autores, número ORCID ([www.orcid.org](http://www.orcid.org)) correspondiente a los autores, nombre y dirección de los centros a los que pertenecen los autores, financiación recibida, teléfono, e-mail. Esta página debe enviarse en un archivo separado del que contenga el manuscrito.
- El manuscrito contiene un resumen en español, resumen en inglés y un máximo de 5 palabras clave en español e inglés.
- Cada una de las tablas, ilustraciones y figuras se presenta correctamente numerada en un archivo independiente. Preferiblemente, en formato xls

o xlsx para tablas y gráficos, y en formato jpg, png o tiff si son fotografías o ilustraciones. En el manuscrito se especificará la localización aproximada para cada una de ellas.

- La bibliografía sigue las directrices señaladas en estas Normas de Publicación (no hacerlo podrá ser motivo de no aceptación)
- Siempre que sea posible, se han proporcionado los DOI para las referencias. En el caso de ser referencias web, se ha proporcionado la URL.
- Los autores han incluido las responsabilidades éticas y los conflictos de interés.
- Los casos clínicos se acompañan de un consentimiento informado, siguiendo las indicaciones del Committee on Publication Ethics (COPE). Se puede obtener un modelo de consentimiento informado en la página web de la revista.

### DIRECTRICES PARA AUTORES/AS

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* (abreviado: Rev Psiquiatr Infanto-Juv), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA). Tiene la finalidad de participar, a través de su publicación, en la mejora de la calidad de la asistencia clínica, la investigación, la docencia y la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y el adolescente. Por ello, está interesada en la publicación de manuscritos que se basen en el estudio de estos contenidos desde diversos puntos de vista: genético, epidemiológico, clínico, psicoterapéutico, farmacológico, socio-sanitario, etc., así como desde el punto de vista social, cultural y económico.

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* considerará para publicación el envío de manuscritos para las siguientes Secciones: Artículos Originales,

Artículos de Revisión, Casos Clínicos, Comentarios Breves y Cartas al Director.

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a Revistas Biomédicas (5ª edición) Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, las Normas de Vancouver, 1997 y los alineamientos del [Comittee on Publication Ethics \(COPE\)](#) en ética de la publicación.

Los originales para publicación deberán ser enviados a través del sistema disponible en la [página web de la Revista](#), en la sección “Envíos”. Habrá que revisar periódicamente la web para ver la situación del artículo.

Estas Normas de Publicación recogen los aspectos generales más utilizados en la redacción de un manuscrito. En aquellos casos en que estas normas sean demasiado generales para resolver un problema específico, debe consultarse la página web del International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>, en castellano <http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf>)

Los originales se presentarán a doble espacio y con márgenes suficientes, escritos en cualquier procesador de texto estándar (preferiblemente en WORD). Las hojas irán numeradas. Se enviarán al menos 3 documentos independientes, por un lado una Carta de Presentación, la Página del Título y por otro el Manuscrito. Todos los documentos se enviarán de manera independiente para favorecer el proceso de revisión por pares. Si existen imágenes, tablas o figuras, cada una se enviará con un archivo aparte y numerado.

La Carta de presentación del manuscrito irá dirigida a la dirección de la revista para presentar el artículo brevemente y su interés en ser publicado.

La Página del Título debe incluir, en el orden que se cita, la siguiente información:

- a) Título original (en español e inglés).
- b) Inicial del nombre y apellidos completos del autor/autores.
- c) Nombre del Centro de trabajo. Población. País.
- d) Dirección del primer firmante y del autor al que se deba dirigir la correspondencia (incluyendo una dirección de correo electrónico institucional).
- e) Número [ORCID](#) de los autores
- f) Si el trabajo ha sido realizado con financiación, debe incluirse el origen y código proporcionado por la entidad financiadora.
- g) Si una parte o los resultados preliminares del trabajo han sido presentados previamente en

reuniones, congresos o simposios, debe indicarse su nombre, ciudad y fecha, y deberá remitirse con el manuscrito el trabajo presentado, para certificar que el original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

El manuscrito debe incluir el Título completo, Resumen, Palabras Clave y el texto completo del artículo con sus diferentes secciones.

El resumen se hará en español e inglés y tendrá una extensión máxima de unas 250 palabras. Presentará una estructuración similar a la del manuscrito (ej., en el caso de artículos originales, Introducción, Objetivos, Material, Métodos, Resultados y Conclusiones). Para las secciones de Casos Clínicos y Comentarios Breves se incluirá un resumen de 150 palabras aproximadamente sin necesidad de estructuración.

Se incluirán hasta un máximo de cinco **Palabras Clave** elegidas de acuerdo con las normas de los índices médicos de uso más frecuente ([Medical Subject Headings](#)), de tal manera que el trabajo pueda codificarse a través de ellas.

En general, es deseable el mínimo de abreviaturas en el texto aunque se aceptan los términos empleados internacionalmente. Las abreviaturas serán definidas en el momento de su primera aparición. Cuando existan tres o más abreviaturas se recomienda su listado en una tabla presentada en hoja aparte.

Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico. Se recomienda el uso de la nomenclatura basada en neurociencia (Neuroscience-based Nomenclature, NbN-2) para referirse a los fármacos (<http://nbn2r.com/>).

El aparataje utilizado para realizar técnicas de laboratorio y otras deben ser identificados por la marca y la dirección de sus fabricantes.

Los instrumentos de evaluación deben ser identificados por su nombre original, el traducido al español si existiera, su/s autor/es, año, e indicaciones sobre cómo obtenerlo (editorial, web de origen, etc.) y deberá incluirse la referencia correspondiente.

Los manuscritos pueden ser enviados para cualquiera de las Secciones de la Revista. No obstante, será el Comité Editorial quien tomará la decisión definitiva respecto a la Sección correspondiente a cada manuscrito.

Los manuscritos aceptados quedarán como propiedad permanente de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, y no podrán ser reproducidos parcial o totalmente sin permiso del comité editorial de la misma. Todos los manuscritos deben ser inéditos, y no se aceptarán trabajos publicados en otra revista. Los autores autorizan a que se publiquen los manuscritos

con licencia Creative Commons CC-BY-NC-ND 4.0. Si en algún artículo hubiera interés o fin comercial, se cederían los derechos a la Revista de Psiquiatría infanto-juvenil y la AEPNyA.

Todos los artículos deben acompañarse de una declaración de todos los autores del trabajo, manifestando que:

- El manuscrito es remitido en exclusiva a la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil y no se ha enviado simultáneamente a cualquier otra publicación (ni está sometido a consideración), y no ha sido publicado previamente todo ni en parte. Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos o simposios. En tal caso debe indicarse su nombre, ciudad y fecha de realización, y confirmar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.
- Los autores son responsables de la investigación.
- Los autores han participado en su concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección, así como que aprueban el texto final enviado.
- Los autores, en caso de aceptarse el manuscrito para su publicación, ceden sus derechos sobre el mismo en favor de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, que detendrá en adelante su propiedad permanente.

Los autores deberán especificar obligatoriamente si hay algún conflicto de interés en relación a su manuscrito. Especialmente, en estudios con productos comerciales los autores deberán declarar si poseen (o no) acuerdo alguno con las compañías cuyos productos aparecen en el manuscrito enviado o si han recibido (o no) ayudas económicas de cualquier tipo por parte de las mismas. Si el trabajo ha sido financiado, debe incluirse el origen y código correspondiente a dicha financiación.

Esta es una revista que sigue un proceso de revisión por pares para la aceptación de manuscritos. Para favorecer la imparcialidad se requiere que el nombre de los autores y la filiación estén separados del resto del manuscrito, como se ha explicado previamente. El manuscrito será inicialmente examinado por el Comité Editorial, y si se considera susceptible de aceptación lo revisará y/o lo remitirá, en caso de considerarse necesario, a al menos dos revisores externos considerados expertos en el tema.

El Comité Editorial, directamente o una vez atendida la opinión de los revisores, se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismos que considere necesarias. Antes de la publicación en versión impresa o electrónica del artículo, el autor de correspondencia recibirá por correo electrónico las galeradas del mismo para su corrección, que deberán ser devueltas en el plazo de los 7 días siguientes a su recepción. De no recibirse correcciones de las galeradas por parte de los autores en este plazo (o una notificación de la necesidad de ampliarlo por razones justificadas), se entenderá que dichas pruebas se aceptan como definitivas.

La editorial remitirá a cada uno de los autores que haya facilitado su correo electrónico copia facsimilar digital en PDF de cada trabajo.

## SECCIONES DE LA REVISTA

### 1. ARTÍCULOS ORIGINALES

Se considerarán tales los trabajos de investigación originales sobre cualquiera de las áreas de interés de la Revista. Como normal general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, con la siguiente estructura:

1. Página de título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente
2. En el archivo del manuscrito:
  - 2.1. Título, resumen y Palabras clave (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
  - 2.2. Introducción, en la que se revise el estado de la cuestión y se incluyan los objetivos y/o las hipótesis del trabajo
  - 2.3. Material y Métodos, con la descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos
  - 2.4. Resultados, con una exposición concisa de los datos obtenidos
  - 2.5. Discusión
  - 2.6. Conclusiones
  - 2.7. Agradecimientos
  - 2.8. Conflictos de interés y cumplimientos éticos
  - 2.9. Agradecimientos, si los hubiere
  - 2.10. Referencias

En el caso de tratarse de ensayos clínicos, la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a las condiciones definidas por la Declaración de Helsinki y sus ulteriores enmiendas ([www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf](http://www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf)), también desarrolladas en los Uniform

Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf>). Para la publicación de ensayos clínicos, éstos deberán estar registrados en un registro público, en incluirse la información de registro (número de registro NCT o Eudra-CT) en la sección de Métodos del manuscrito. Si el registro no tuvo lugar antes de comenzar el ensayo, deberá remitirse una copia de la aprobación del protocolo de las autoridades sanitarias de los países en los que se desarrolla la investigación experimental

## 2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Se considerarán tales los trabajos fruto de una investigación donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un área de interés de la Revista, con el fin de dar cuenta de sus avances y las tendencias de desarrollo. Se caracterizarán por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica, y serán preferentemente revisiones sistemáticas.

Como normal general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, y este debe estructurarse bajo la siguiente secuencia:

1. Página del Título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente
2. En el documento del manuscrito:
  - 2.1. Título, Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
  - 2.2. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo
  - 2.3. Justificación y/o Objetivos de la Revisión
  - 2.4. Métodos, de realización de la búsqueda y revisión bibliográfica
  - 2.5. Resultado (la revisión propiamente dicha)
  - 2.6. Discusión
  - 2.7. Conclusiones
  - 2.8. Agradecimientos
  - 2.9. Conflictos de interés y cumplimientos éticos
  - 2.10. Referencias

## 3. CASOS CLÍNICOS

Se considerarán tales los originales con tamaño muestral limitado, o que describan casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento en el campo de la Psiquiatría del niño y el adolescente, o que revisen brevemente aspectos concretos de interés para los contenidos de la Revista.

Los trabajos publicados como Casos Clínicos tendrán una extensión máxima de 10 folios, incluyendo

las citas bibliográficas y pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas. Se estructurarán bajo la siguiente secuencia:

1. Página de Título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente
2. En el documento del manuscrito:
  - 2.1. Título, Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
  - 2.2. Descripción del caso clínico, o desarrollo del comentario
  - 2.3. Discusión, que incluya una revisión bibliográfica de los casos relacionados publicados previamente
  - 2.4. Conclusiones
  - 2.5. Agradecimientos
  - 2.6. Conflictos de interés y cumplimientos éticos
  - 2.7. Referencias

## 4. CARTAS AL DIRECTOR

En esta sección se admitirán comunicaciones breves y comunicaciones preliminares que por sus características puedan ser resumidas en un texto breve, así como aquellos comentarios y críticas científicas en relación a trabajos publicados en la Revista, y, de forma preferiblemente simultánea, las posibles réplicas a estos de sus autores, para lo cual les serán remitidas las Cartas antes de su publicación (derecho a réplica). La extensión máxima será de 750 palabras, el número de referencias bibliográficas no será superior a 10, y se admitirá, de ser necesario, una figura o una tabla.

## 5. NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

En esta sección se incluirán comentarios sobre obras relevantes por sus contenidos acerca de las áreas de interés de la Revista. Las notas bibliográficas se realizarán por invitación del Comité Editorial a expertos en el campo de interés.

## 6. AGENDA

La sección de Agenda podrá contener notas relativas a asuntos de interés general, congresos, cursos y otras actividades que se consideren importantes para los lectores de la Revista.

## 7. NÚMEROS MONOGRÁFICOS

Se podrá proponer por parte de autores socios de AEPNYA o del Comité Editorial la confección de números monográficos. En cualquier caso, el Comité Editorial y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos. Las contribuciones a los números monográficos serán sometidas a revisión por pares. Los números monográficos podrán ser

considerados números extra o suplementarios de los números trimestrales regulares.

## **SOBRE EL CONTENIDO**

### **TABLAS Y FIGURAS**

Las tablas deben estar numeradas de forma correlativa en función del orden de aparición en el texto empleando números arábigos, y deben contener el correspondiente título describiendo su contenido, de forma que sean comprensibles aisladas del texto del manuscrito. También deberán explicarse a pie de tabla las siglas utilizadas. Deben citarse en el texto donde corresponda (por ejemplo: 'Ver Tabla 1').

Los gráficos y figuras deberán presentarse en formato electrónico adecuado (preferiblemente jpg o tiff), y en blanco y negro. Se asignará una numeración independiente a las de las tablas empleando también números arábigos y estarán debidamente citados en el texto (por ejemplo: 'Ver Figura 1'). Los gráficos y figuras deben tener un título describiendo su contenido. También deberán explicarse a pie de tabla las siglas utilizadas.

### **REFERENCIAS**

Las referencias bibliográficas se presentarán al final del manuscrito. Se numerarán por orden de aparición en el texto, y el número arábigo que corresponda a cada una será el que se utilizará en el texto (en forma de números entre paréntesis y de igual tamaño que el resto del texto) para indicar que ese contenido del texto se relaciona con la referencia reseñada. Se recomienda incluir en la Bibliografía trabajos en español, si los hubiera, considerados de relevancia por los autores, y en especial de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Las citas deben ajustarse a las siguientes normas generales (normas de Vancouver: <http://www.icmje.org> en castellano <http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf>):

1. Apellido(s) e inicial(es) del autor/es\* (sin puntuación y separados por una coma). Título completo del artículo en lengua original. Abreviatura\*\* internacional de la revista seguida del año de publicación, volumen (número\*\*\*), página inicial y final del artículo (Dunn JD, Reid GE, Bruening ML. Techniques for phosphopeptide enrichment prior to analysis by mass spectrometry. *Mass Spectr Rev* 2010; 29: 29-54).

\* Se mencionarán todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los seis primeros y añadir después las palabras

“et al.”. Un estilo similar se empleará para las citas de los libros y capítulos de libros.

\*\* Las abreviaturas internacionales de las revistas pueden consultarse en la “List of Journals Indexed in Index Medicus”, (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>).

\*\*\* El número es optativo si la revista dispone de nº de volumen.

2. Libro: Autor/es o editor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año (Hassani S. *Mathematical physics. A modern introduction to its foundations*. New York: Springer-Verlag; 1999).

3. Capítulo de libro: Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/es o Recopilador/es o Editor/es del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo (Tsytoovich VN, de Angelis U. *The kinetic approach to dusty plasmas*. En: Nakamura Y, Yokota T, Sukla PK. *Frontiers in dusty plasmas*. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 21-28).

5. Comunicaciones a Congresos, Reuniones, etc.: Autor/es. Título completo de la comunicación. En: nombre completo del Congreso, Reunión, etc. Lugar de celebración, fechas (Coon ET, Shaw BE, Spiegelman M. *Impacts of faulty geometry on fault system behaviors*. 2009 Southern California Earthquake Center Annual Meeting. Palm Springs, California. September 12-16, 2009.

4. Citas electrónicas: consultar <http://www.ub.es/biblio/citae-e.htm>. Formato básico: Autor de la página. (Fecha de publicación o revisión de la página, si está disponible). Título de la página o lugar. [Medio utilizado]. Editor de la página, si está disponible. URL [Fecha de acceso] (Land, T. *Web extension to American Psychological Association style (WEAPAS)* [en línea]. Rev. 1.4. <<http://www.beadsland.com/weapas>> [Consulta: 14 marzo 1997].

Si una referencia se halla pendiente de publicación deberá describirse como [en prensa], siendo responsabilidad de los autores la veracidad de esta.

### **REVISIÓN Y REVISIÓN EXTERNA (PEER REVIEW)**

Se remitirán a revisión externa todos los manuscritos no rechazados en primera instancia por el Comité Editorial. Los manuscritos se remiten al menos a dos revisores considerados como expertos por la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. La elección de los revisores

para cada trabajo se realizará atendiendo al contenido del manuscrito. Dependiendo de los contenidos del manuscrito podrán solicitarse evaluaciones especializadas técnicas, estadísticas y farmacológicas, cuando los trabajos se refieran a ensayos clínicos y utilización de fármacos. En cualquier caso, todo el proceso de revisión será confidencial y anónimo. Se remitirá a los revisores externos los manuscritos sin la autoría.

A través de los informes realizados por los revisores, el Comité Editorial tomará la decisión de publicar o no el trabajo. Podrá solicitar a los autores la aclaración de algunos puntos o la modificación de diferentes aspectos del manuscrito. En este caso, el autor cuenta con un plazo máximo de un mes para remitir una nueva versión con los cambios propuestos. Pasado dicho plazo, si no se ha recibido una nueva versión, se considerará retirado el artículo. Asimismo, el Comité Editorial puede proponer la aceptación del trabajo en un apartado distinto al propuesto por los autores.

La editorial revisará los aspectos formales del trabajo descritos en estas normas. Un manuscrito puede ser devuelto a sus autores por incumplimiento de las normas de presentación.

Una vez aceptados los trabajos, los manuscritos se someten a una corrección morfolingüística y de estilo. Los autores podrán comprobar los cambios realizados al recibir las galeradas, aprobar dichos cambios o sugerir modificaciones.

## DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

### POLÍTICA DE PRIVACIDAD

A través de este sitio web no se recaban datos de carácter personal de los usuarios sin su conocimiento, ni se ceden a terceros.

El portal del que es titular la AEPNyA contiene enlaces a sitios web de terceros, cuyas políticas de privacidad son ajenas a la de la AEPNyA. Al acceder a tales sitios web usted puede decidir si acepta sus políticas de privacidad y de cookies. Con carácter general, si navega por internet usted puede aceptar o rechazar las cookies de terceros desde las opciones de configuración de su navegador.

Información básica sobre protección de datos

A continuación le informamos sobre la política de protección de datos de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia.

### RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Los datos de carácter personal que se pudieran recabar directamente del interesado serán tratados de forma confidencial y quedarán incorporados a la

correspondiente actividad de tratamiento titularidad de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNyA).

### FINALIDAD

Los datos de carácter personal que se pudieran recabar directamente del interesado serán tratados de forma confidencial y quedarán incorporados a la correspondiente actividad de tratamiento titularidad de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNyA).

La finalidad del tratamiento de los datos obtenidos a través del formulario de contacto es la gestión de las solicitudes de información.

### LEGITIMACIÓN

La legitimación para el tratamiento de los datos de envío de un artículo y los obtenidos a través del formulario de contacto es el consentimiento del titular de los datos.

## CÓDIGO DE ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* tiene como objetivo mejorar cada día sus procesos de recepción, revisión, edición y publicación de artículos científicos. Es por ello que, además de cumplir con la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica y con la Declaración de Helsinki y sus posteriores enmiendas, adopta los lineamientos de Committee on Publication Ethics (COPE) en Ética de la publicación para evitar las malas conductas en la publicación, adoptar procedimientos ágiles de corrección y retractación y garantizar a los lectores que todos los artículos publicados han cumplido con los criterios de calidad definidos. Son consideradas malas conductas y causales de rechazo del manuscrito en cualquier etapa del proceso de publicación:

1. La publicación redundante
2. Plagio
3. Falsificación de datos (fotografías, estadísticas, gráficos, etc.)
4. Falsificación de información (filiación de los autores, firmas, etc.)
5. Suplantación y falsificación de autoría

## DEBERES DE LOS AUTORES

### NORMAS DE INFORMACIÓN

Los autores de los artículos originales deben presentar una descripción precisa del trabajo realizado, los

resultados obtenidos (que deben ser expuestos de forma objetiva y reflejar verazmente los datos subyacentes), así como una discusión de su importancia en el contexto de la evidencia previa. Son inaceptables las declaraciones fraudulentas a sabiendas o inexactas y constituirán un comportamiento poco ético.

### **LA ORIGINALIDAD Y EL PLAGIO**

Los autores deben asegurarse de que han escrito obras totalmente originales, y si los autores han utilizado el trabajo y / o las palabras de los demás, que ésta ha sido debidamente citado o citada. El plagio en todas sus formas constituye una conducta poco ética editorial y es inaceptable. Se utilizará un sistema de detección de plagio previo a la revisión de los manuscritos enviados a la revista.

### **LA PUBLICACIÓN MÚLTIPLE, REDUNDANTE O CONCURRENTE**

Un autor no debería en general publicar los manuscritos que describen esencialmente la misma investigación en más de una revista o publicación primaria. Presentar el mismo manuscrito a más de una revista al mismo tiempo que constituye un comportamiento poco ético y su publicación es inaceptable.

En general, un autor no debe someter a consideración en otra revista un artículo previamente publicado. La publicación de algunos tipos de artículos (por ejemplo, guías clínicas, traducciones) en más de una revista puede estar justificado en algunas ocasiones, siempre que se cumplan determinadas condiciones. Los autores y editores de las revistas interesadas deben ponerse de acuerdo para la publicación secundaria, que debe reflejar los mismos datos y la interpretación del documento principal.

### **RECONOCIMIENTO DE LAS FUENTES**

Siempre debe respetarse y dar un reconocimiento adecuado al trabajo de los demás. Los autores deben citar las publicaciones que han influido en la justificación, diseño y desarrollo del trabajo presentado, así como las correspondientes a los instrumentos y métodos específicos empleados, de estar disponibles. La información obtenida en privado, como en la conversación, correspondencia, o la discusión con terceros, no debe ser utilizada o ser comunicada sin el permiso explícito y por escrito de la fuente. La información obtenida en el curso de los servicios confidenciales, tales como el arbitraje o solicitudes de subvención no debe ser utilizada sin el permiso explícito por escrito del autor de la obra involucrada en estos servicios.

### **LA AUTORÍA DEL DOCUMENTO**

La autoría debe limitarse a aquellos que han hecho una contribución significativa a la concepción, diseño, ejecución o interpretación del presente estudio. Todos los que han hecho contribuciones significativas deben aparecer como co-autores. Cuando hay otras personas que han participado en ciertos aspectos sustantivos del proyecto de investigación, deben ser reconocidos o enumerados como colaboradores. El autor que se encargue de la correspondencia (autor de correspondencia) debe asegurarse de que todos los coautores han leído y aprobado la versión final del manuscrito y están conformes con su presentación para su publicación.

### **DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES**

Todos los autores deben revelar en su manuscrito cualquier conflicto de tipo financiero o de otro tipo de intereses que pudiera ser interpretado para influir en los resultados o interpretación de su manuscrito. Deben mencionarse todas las fuentes de apoyo financiero que haya recibido el proyecto que se presenta en la publicación.

Como ejemplos de posibles conflictos de interés que deben ser descritos cabe mencionar el empleo, consultorías, propiedad de acciones, honorarios, testimonio experto remunerado, las solicitudes de patentes / registros, y las subvenciones u otras financiaciones.

### **DEBERES DE LOS EDITORES**

#### **DECISIONES SOBRE LA PUBLICACIÓN**

El director/editor de la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* es responsable de decidir cuáles de los artículos presentados a la revista deben publicarse. La validez científica de la obra en cuestión y su relevancia para los investigadores, clínicos y otros lectores siempre deben guiar este tipo de decisiones. El editor se basa en las políticas del Comité Editorial de la revista con las limitaciones previstas por los requisitos legales relativos a la difamación, violación de derechos de autor y plagio. El editor puede delegar en otros editores o revisores la toma de esta decisión.

#### **JUEGO LIMPIO**

Un editor debe evaluar los manuscritos para su contenido intelectual, sin distinción de raza, género, orientación sexual, creencias religiosas, origen étnico, nacionalidad, o la filosofía política de los autores.

## CONFIDENCIALIDAD

El editor/director de la Revista y todo el personal del Comité editorial no deben revelar ninguna información acerca de un manuscrito enviado a nadie más que al autor de correspondencia, los revisores, los revisores potenciales, asesores de otras editoriales, y el editor, según corresponda.

## DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

Los miembros del Comité editorial no podrán emplear contenidos no publicados que figuren en un manuscrito enviado en la investigación propia sin el consentimiento expreso y por escrito del autor.

La información privilegiada o ideas obtenidas mediante la revisión paritaria debe ser confidencial y no utilizarse para beneficio personal de los revisores/editores.

Los editores/revisores se inhibirán de considerar y revisar manuscritos en los que tienen conflictos de intereses derivados de la competencia, colaboración, u otras relaciones o conexiones con cualesquiera de los autores, empresas o instituciones relacionadas con los manuscritos.

Los editores les solicitan a todos los articulistas revelar los conflictos de intereses relevantes y publicar correcciones si los intereses surgieron después de la publicación. Si es necesario, se adoptarán otras medidas adecuadas, tales como la publicación de una retracción o manifestación del hecho.

La revista de *Psiquiatría Infanto-Juvenil* se asegura de que el proceso de revisión por pares de los números especiales es el mismo que el utilizado para los números corrientes de la revista. Estos números deben aceptarse únicamente sobre la base de los méritos académicos y del interés para los lectores.

Las secciones que están regidas por la evaluación por pares están claramente identificadas.

## DEBERES DE LOS REVISORES

### CONTRIBUCIÓN A LAS DECISIONES EDITORIALES

La revisión por pares es un componente esencial de la comunicación académica formal y está en el centro del método científico. La revisión por pares ayuda al editor a tomar decisiones editoriales. Las comunicaciones editoriales con el autor también pueden ayudar a los autores a mejorar el artículo. La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* comparte la opinión de que todos

los académicos y autores que desean contribuir a las publicaciones tienen la obligación de hacer una buena parte de la revisión, de ahí que se solicite a los autores de artículos de la *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*, su ayuda en revisar manuscritos.

## PRONTITUD

Cualquier revisor seleccionado que se sienta incompetente para revisar la investigación reportada en un manuscrito o sepa que su revisión será imposible en un plazo razonable de tiempo debe notificar al editor/director mediante la web de la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*: [www.apenya.eu](http://www.apenya.eu)

## CONFIDENCIALIDAD

Todos los manuscritos recibidos para su revisión deben ser tratados como documentos confidenciales. No deben ser mostrados o discutidos con otros.

## NORMAS DE OBJETIVIDAD

Las revisiones deben realizarse objetivamente. La crítica personal del autor es inapropiada. Los revisores deben expresar claramente sus puntos de vista con argumentos para apoyar sus afirmaciones.

## RECONOCIMIENTO DE FUENTES

Los revisores deben ser capaces de identificar trabajos publicados relevantes que no hayan sido citados por los autores. Cualquier declaración por parte de los revisores de que una observación o argumento ha sido reportado previamente debe ir acompañada de una cita a la/s referencia/s pertinente/s. Los revisores también deben llamar la atención del editor/director en relación con cualquier semejanza sustancial o superposición entre el manuscrito en consideración y cualquier otro documento publicado del que tengan conocimiento personal.

## DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

Los materiales no publicados revelados en un manuscrito enviado no deben ser utilizados en la investigación de un revisor, sin el consentimiento expreso por escrito del autor. La información privilegiada o las ideas obtenidas a través de la revisión por pares deben mantenerse confidenciales y no usarse para beneficio personal. Los revisores no deben evaluar los manuscritos en los cuales tienen conflictos de intereses resultantes de relaciones competitivas, colaborativas u otras relaciones con cualquiera de los autores, compañías o instituciones relacionadas con los documentos.