

Marc Ferrer^{1,2,3,*},
Benjamin Lara^{1,2},
Natalia Calvo^{1,2,3},
Óscar Andión⁴,
Violeta Pérez¹,
Margarida Corominas^{1,2},
Mónica Sancosmed-Ron⁵,
Sebastià González-Peris⁵,
Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria⁵,
Josep A. Ramos-Quiroga^{1,2,3}
en representación del Programa
VHEA*

Prevalencia a 3 años de las conductas autolesivas entre los motivos de consulta a urgencias en población infantojuvenil

1. Servicio de Psiquiatría, CIBERSAM, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus.
2. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR).
3. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).
4. Research Sherpas. Sabadell.
5. Unidad de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría, Hospital Infantil Vall d'Hebron. Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus.

*El Programa VHEA (Vall d'Hebron Escucha la Adolescencia) lo forman también Óscar Soto¹, Marian Pozuelo¹, Raquefet Lidai¹, Olga Valero¹, María Romero-Carmona⁴, Sandra Mayola-Mari⁴, Lisa Bianco⁴ y Tamara Iglesias-González⁴.

RESUMEN

Introducción: Las conductas autolesivas en población pediátrica son un problema emergente que se ha asociado a la discapacidad y un mayor riesgo de muerte por suicidio. El objetivo del estudio es analizar la prevalencia de las conductas autolesivas entre los motivos de consulta a urgencias pediátricas.

Material y método: Se analizaron 566 episodios clínicos cuyo principal motivo de consulta estaba relacionado con un problema de salud mental, entre las 122.985 consultas a urgencias de pediatría entre 2015-2017. Psiquiatras expertos los agruparon en el Grupo CA (conductas autolesivas) y Grupo PS (otra psicopatología). Variables clínicas y sociodemográficas se extrajeron de los informes de alta a partir de hojas de registro específicas.

Resultados: El Grupo CA incluyó el 20,5 % de las consultas a urgencias por algún problema de salud mental. Las conductas autolesivas más frecuentes fueron las sobreingestas medicamentosas (38,8 %) y los cortes (24,1 %). En relación al Grupo PS, el Grupo CA presentaba un porcentaje mayor de chicas, una edad media más alta y más antecedentes psiquiátricos ($p < 0,001$). Además, este grupo presentó un mayor porcentaje de diagnósticos al alta de trastornos afectivos y posibles trastornos de la personalidad ($p < 0,001$).

Conclusiones: La prevalencia de conductas autolesivas entre las consultas a urgencias pediátricas es alta. Se observan especialmente en chicas adolescentes y muestran una mayor complejidad clínica. La detección y atención adecuada de estas conductas con programas especializados puede ayudar a prevenir el deterioro del funcionamiento psicosocial y detectar precozmente el debut de trastornos psiquiátricos.

Palabras Clave: Autolesión no suicida, suicidio, adolescencia, urgencias pediátricas, intervención precoz.

Actas Esp Psiquiatr 2021;49(1):35-42 | ISSN: 1578-2735

3-YEAR PREVALENCE OF SELF-HARMING BEHAVIORS AMONG THE REASONS FOR EMERGENCY CONSULTATIONS IN PEDIATRIC POPULATION

ABSTRACT

Introduction: Self-harming behaviors in the pediatric population are an emerging problem that has been associated with disability and an increased risk of death by suicide. The aim of the study is to analyze the prevalence of self-harming behaviors among the reasons for pediatric emergency consultations.

Material and method: 566 clinical episodes with a mental health problem as the main reason for consultation were analyzed, among the 122,985 pediatric emergency consultations during 2015-2017. Expert psychiatrists grouped them into Group CA (self-harming behaviors) and Group PS (some

Correspondencia:

Dr. Marc Ferrer
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron
Passeig Vall d'Hebron 119-129
08035 Barcelona, Spain
Teléfono: +34 934 894 295
E-mail: maferrer@vhebron.net

other psychopathology). Clinical and sociodemographic variables were extracted from the discharge reports of specific registration sheets.

Results: Group CA included 20.5% of emergency consultations for any mental health problem. The most frequent self-harming behaviors were medication overdose (38.8%) and cuts (24.1%). Compared to Group PS, Group CA exhibited a higher rate of girls, an older mean age, and more psychiatric antecedents ($p < 0.001$). Also, this group had a higher percentage of discharge diagnoses of affective disorders and possible personality disorders ($p < 0.001$).

Conclusions: The prevalence of self-harming behaviors among pediatric emergency consultations is high. They can be observed especially in adolescent girls and exhibit higher clinical complexity. The appropriate detection and attention of these behaviors could help to prevent psychosocial functioning impairment and to detect early onset of psychiatric disorders.

Key Words: Non-suicidal self-injury, suicide, adolescence, pediatrics emergency room, early intervention

INTRODUCCIÓN

La adolescencia constituye el período evolutivo en el que se dan las condiciones de máxima vulnerabilidad para el debut de los trastornos mentales del adulto^{1,2}. Por este motivo, es importante la detección e intervención precoz sobre la psicopatología en las fases tempranas del desarrollo³. Entre los problemas asociados a los trastornos mentales, en los últimos años se ha observado, especialmente en los adolescentes, un aumento de las conductas autolesivas^{4,5,6}. Además, la presencia de estas se asocia con el deterioro en el funcionamiento escolar y familiar y mayor riesgo de muerte en jóvenes entre 15 y 24 años. Por estos motivos, estas conductas han sido consideradas un problema potencial de salud pública y se ha remarcado la necesidad de desarrollar tratamientos eficaces para abordarlas^{3,7}.

El término "conducta autolesiva" engloba un espectro de conductas que incluye autolesiones sin intención suicida, así como desde intentos de suicidio a amenazas autolesivas⁸. En relación a las primeras, aunque algunos autores las consideran un equivalente de conducta suicida, otros les atribuyen la intención de pedir ayuda ante la dificultad para gestionar eficazmente el malestar interior y no la suicida^{8,9,10}. En este contexto, la 5ª Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) reconoce su relevancia proponiendo en el Anexo 3 la categoría específica autolesión no suicida (*Non-suicidal self-injury, NSSI*): "Daño autodirigido con la finalidad de aliviar el malestar interior asociado a

experiencias, vivencias y sentimientos negativos, aunque sin intención suicida"¹¹.

La conducta autolesiva, en general, es un fenómeno multifactorial que no es posible escindir del contexto social. Diversos autores han propuesto una vulnerabilidad biológicamente determinada^{12,13}. Sin embargo, en estas conductas también existen evidencias de una clara influencia de circunstancias ambientales. Entre ellas se ha descrito la relevancia que pueda tener el incremento del estrés al que están expuestos niños y adolescentes en un contexto social cambiante, que exige adaptación rápida y desarrollo de alto rendimiento^{14,15}.

Por lo tanto, las conductas autolesivas pueden ser parte de la clínica de trastornos mentales como trastornos de personalidad (TP), especialmente el trastorno límite de la personalidad (TLP), trastornos de conducta, depresivos, de ansiedad, de conducta alimentaria (TCA) o trastorno por estrés postraumático (TEPT)¹⁶ o ser esencialmente la expresión de un déficit en la regulación emocional que no forma parte de ningún trastorno. En cualquier caso, y siguiendo las recomendaciones del Plan de Acción en Salud Mental de la OMS³, hay que destacar la importancia de la detección y vigilancia de estas conductas en etapas tempranas del desarrollo¹⁷ para poder detectar precozmente la presencia de un trastorno mental en ese grupo de pacientes.

Por lo tanto, resulta clave mejorar el conocimiento sobre conductas autolesivas de niños y adolescentes en nuestro entorno, con el fin de poder diseñar planes estratégicos para su intervención dando una respuesta adecuada a las necesidades reales¹⁸. El objetivo principal de este estudio es analizar la prevalencia de las conductas autolesivas entre los motivos de consulta a un servicio de urgencias pediátricas hospitalarias. Asimismo, como objetivo secundario se analizará si en base a la existencia de conducta autolesiva existen diferencias en los diagnósticos psiquiátricos al alta de acuerdo a los criterios del DSM-5.

MÉTODO

Participantes

La muestra fue seleccionada de la base de datos de las urgencias de pediatría del Hospital Universitari Vall d'Hebron. Se revisaron todos los episodios clínicos de visitas a urgencias de los años 2015-2017. Los criterios de inclusión fueron: 1) episodios clínicos con un motivo de consulta relacionado con salud mental y 2) edad de los pacientes entre los 7 y los 18 años en el momento de la consulta a urgencias.

Se revisaron 122.985 informes de alta de urgencias realizados entre los años 2015-2017 y se realizó un primer cribado excluyendo aquellas visitas cuyo motivo de consulta no estaba relacionado con salud mental. El motivo de consulta que se tuvo en cuenta fue el establecido por el facultativo especialista y no el del motivo de triaje, ya que pueden diferir. Del total de 122.985 visitas a urgencias, 822 (0,7 %) fueron preseleccionadas por ser el motivo de consulta relacionado con salud mental. De estas, se excluyeron aquellas realizadas a niños de 6 años o menores (256; 31,2 %), por no quedar clara la relación con motivo psiquiátrico, seleccionándose las realizadas a pacientes con edades comprendidas entre los 7 y 18 años. No se excluyeron en un primer momento aquellas visitas que correspondían al mismo paciente porque había sido visitado nuevamente dentro del rango de tiempo analizado. Finalmente, la muestra del estudio incluyó un total de 566 episodios clínicos de visitas a urgencias de pediatría de niños y adolescentes entre los 7 y los 18 años que consultaban por clínica relacionada con salud mental.

Instrumentos

Para el registro de la información al alta, se realizó una hoja de registro que incluía todas las variables del estudio y su codificación. Se registraron dos grupos de variables, socio-demográficas y clínicas básicas. Específicamente, se registró género, edad en el momento de la consulta, antecedentes psiquiátricos personales, seguimiento previo realizado por el paciente en servicios de atención psiquiátrica o psicológica y la orientación diagnóstica al alta. Las variables de antecedentes psiquiátricos y de seguimiento especializado previo se registraron de forma dicotómica (presencia o ausencia). En los informes de alta de urgencias se reflejaban tanto categorías diagnósticas como orientación de tipo sindrómico (por ejemplo, "síndrome depresivo-ansioso") y categorías del CIE-9 y del CIE-10. En un esfuerzo por homogeneizar la variable "orientación diagnóstica al alta", se decidió agrupar los diagnósticos en los grupos diagnósticos que describe el DSM-5¹¹ (Tabla 1).

Las conductas autolesivas de la hoja de registro incluyeron: a) sobreingesta medicamentosa (SIM) con el objetivo de autolesionarse, con o sin finalidad suicida; b) cortes superficiales autoinfligidos en extremidades u otra parte del cuerpo con o sin finalidad suicida; c) golpes autoinfligidos; d) precipitaciones, lanzarse al vacío con el objetivo de autolesionarse, con o sin finalidad suicida; e) amenazas de llevar a cabo conductas autolesivas; y f) ansiólisis, entendido como todas aquellas conductas autolesivas que tienen como objetivo calmar el malestar psicológico, que no son ninguna de las descritas anteriormente y que no se pueden considerar un criterio diagnóstico de ningún trastorno psicopatológico. Finalmente, la "reincidencia" se definió como la realización de más de una consulta a urgencias por autolesiones durante los 3 años registrados en el estudio.

| Tabla 1 | Descripción de los diagnósticos al alta de urgencias (categoriales y sindrómicos) incluidos en cada grupo de diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) |
|---|---|
| Grupos DSM-5 | Diagnósticos al alta de urgencias |
| T. del neurodesarrollo | Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno del espectro autista (TEA), trastorno generalizado del desarrollo (TGD), tics, discapacidad intelectual (DI) |
| T. psicóticos | EMAR (estados mentales de alto riesgo), trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos |
| T. afectivos | Esencialmente, trastornos depresivos unipolares (incluyendo síndromes ansioso-depresivos, trastorno depresivo mayor depresión (TDM) y distimia) y el resto, trastorno bipolar y relacionados (incluyendo los estados maníacos e hipomaniacos) |
| T. ansiedad | Crisis de ansiedad con y sin agorafobia y trastorno por ansiedad generalizada (TAG) |
| T. conducta alimentaria | Anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón |
| T. conducta | Trastornos disruptivos, trastornos del control de los impulsos y de la conducta |
| * Posible trastorno de la personalidad (TP) | Incluye todos los trastornos de la personalidad, pero especialmente los incluidos en el clúster B del DSM-5 (TP límite, TP antisocial, TP narcisista y TP histriónico) |
| Otros | Se incluyen en esta categoría el resto de orientaciones que constan en los informes considerados de forma conjunta por su baja presencia en los diagnósticos al alta de urgencias |

* Por las características de este trastorno y su baja fiabilidad para ser diagnosticado *de novo* en urgencias, este diagnóstico se etiqueta siempre como "posible"

Procedimiento

Este estudio retrospectivo fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. Los informes de alta de los episodios clínicos en urgencias seleccionados fueron revisados por 3 psiquiatras con amplia experiencia en psiquiatría infantil y juvenil. La información fue revisada y registrada de forma sistemática por 2 de estos psiquiatras. En caso de duda o falta de acuerdo entre ellos acerca de la interpretación del historial del paciente, la información clínica era revisada por un

tercer psiquiatra para llegar al consenso. En aquellos casos en que el consenso no fue posible, se consideraron perdidos y no se incluyeron en los análisis. Además, cuando más de 1/3 de toda la información requerida no estaba disponible (considerando que todos los ítems recogidos ponderaban igual) o no estaba registrado el motivo de consulta, el caso era descartado y no incluido en análisis posteriores. Finalmente, los episodios clínicos seleccionados se agruparon en el Grupo CA (motivo de consulta autolesiones) o el Grupo PS (motivo de consulta psiquiátrico no relacionado con autolesiones).

Análisis de Datos

Para la descripción de la muestra se utilizaron media y desviación estándar para variables continuas; rango y mediana para ordinales; y frecuencia y porcentajes cuando eran categoriales. Las comparaciones entre diferentes grupos [Grupo CA vs. grupo PS; mujeres vs. hombres; consultas realizadas en cada año] se realizaron utilizando pruebas χ^2 , T de Student, U-Mann Whitney, o ANOVAs en función de las características de las variables a comparar. Las conductas autolesivas fueron creadas como variables dicotómicas incluyendo casos en que se habían registrado la presencia de algún tipo de conductas relacionadas con las autolesiones (SIM, cortes, golpes, precipitaciones, amenazas, o ansiólisis). La información de las variables del estudio que no se pudo obtener del informe de alta de urgencias (en casos en que se observó menos de 1/3 de información perdida) fue considerada como perdida en los análisis. Todos los análisis fueron realizados de nuevo eliminando las consultas reincidentes realizadas por pacientes durante los 3 años revisados. El valor de *p* fue corregido aplicando la corrección de Bonferroni $0,05/13 = 0,0038$.

Resultados

Descripción de la muestra

El 55,1 % (n = 312) de la muestra seleccionada eran mujeres y la edad media para toda la muestra fue de 14,26 años (3,06). Las chicas eran significativamente mayores que los chicos [14,50 (2,74) vs. 13,96 (3,40); $t_{(564)} = 2,10$; $p = 0,04$]. Se observó una disminución significativa y progresiva en la edad de los pacientes que consultaron las urgencias pediátricas a lo largo de los años del estudio [2015: 15,85 (1,88) vs. 2016: 14,73 (3,08) vs. 2017: 12,02 (3,06); $F_{(2,563)} = 90,63$; $p < 0,001$]. Al comparar el género de los participantes incluidos en los diferentes años, no se observaron diferencias significativas ($\chi^2_{(2)} = 0,60$; $p > 0,10$).

Análisis de las conductas autolesivas

Del total de 566 historias clínicas incluidas para analizar, 116 (20,5 %) presentaron como motivo de consulta alguna de las condiciones clínicas consideradas como conductas autolesivas (Grupo CA). La edad de los pacientes del Grupo CA era significativamente mayor que la del Grupo PS [Grupo CA 15,31 (2,09) vs. Grupo PS 14,00 (3,21); $t_{(564)} = 4,20$; $p < 0,001$]. Se observó mayor frecuencia de mujeres en el Grupo CA [CA: 90 (77,6 %) vs. PS: 222 (49,3%); $\chi^2_{(1)} = 29,76$; $p < 0,001$]. La conducta autolesiva más frecuente observada en las urgencias pediátricas fueron SIM (45; 38,8%), cortes (28; 24,1%) y amenazas verbales de conducta autolesiva (17; 14,6 %) (Tabla 2).

| Tabla 2 | Descriptivos sociodemográficos y tipo de clínica autolesiva | | | | | |
|-----------------------|---|------|-----------------------|------|----------------|----------------------|
| | Grupo CA (n = 116) | | Grupo PS (n = 450) | | | |
| | Media | DE | Media | DE | $t_{(564)}$ | p |
| Edad | 15,31 | 2,09 | 14,00 | 3,21 | 4,20 | < 0,001 ¹ |
| | n | % | n | % | $\chi^2_{(1)}$ | p |
| Genero* | 90 | 77,6 | 222 | 49,3 | 29,76 | < 0,001 ¹ |
| Conductas autolesivas | | | | | | |
| SIM | 45 | 38,8 | --- | --- | | |
| Cortes | 28 | 24,1 | --- | --- | | |
| Golpes | 4 | 3,4 | --- | --- | | |
| Precipitación | 5 | 4,3 | --- | --- | | |
| Amenazas | 17 | 14,6 | --- | --- | | |
| Ansiólisis | 14 | 12,1 | --- | --- | | |

Grupo CA: Grupo autolesiones; Grupo PS: Grupo otra psicopatología; SIM: Sobreingesta Medicamentosa; Cortes: cortes autoinflingidos; Golpes: golpes autoinflingidos; Amenazas: amenazas de llevar a cabo conductas autolesivas; Ansiólisis: conductas autolesivas diferentes a las previas que pretenden calmar malestar psicológico; *: se muestra el porcentaje de mujeres; ¹: significativo tras la corrección de Bonferroni

De las 566 consultas a urgencias de pediatría realizadas por motivos psiquiátricos, 106 (18,7 %) fueron reincidentes observadas en los 3 años revisados. A pesar de observarse un porcentaje más elevado de visitas reincidentes en el Grupo PS (79; 74,5 %) que en el CA (27; 25,5 %), esta diferencia no llegó a la significación estadística ($\chi^2_{(1)} = 1,98$; $p = 0,16$).

Al eliminar del total las visitas reincidentes a urgencias y repetir los análisis anteriores, no se observó ningún resultado significativo diferente a los presentados en el párrafo anterior (edad, género y frecuencia de las diferentes clínicas autolesivas).

En la Tabla 3 se observa la frecuencia de pacientes que en el momento de la consulta a urgencias de pediatría refieren estar en seguimiento o tener algún antecedente psiquiátrico personal. También se detalla la frecuencia de los principales grupos diagnósticos definidos para el estudio en el momento del alta. Se analizan diferencias entre los grupos del estudio (CA y PS). Se observó un porcentaje significativamente mayor de pacientes que estaban en seguimiento en algún dispositivo de salud mental en el momento de acudir a urgencias en el Grupo CA [Grupo CA: n = 77 (67,0 %) vs. Grupo PS: n = 138 (30,9 %); $\chi^2_{(1)} = 50,17$; $p < 0,001$], así como una mayor frecuencia de pacientes que reconocieron antecedentes personales psiquiátricos en el momento de la consulta a

urgencias en el Grupo CA [n = 83 (72,2 %) que en el PS [n = 161 (36,0 %)] $\chi^2_{(1)} = 48,67$; $p < 0,001$].

Como en las variables anteriores, al analizar las diferencias entre grupos en relación a la orientación diagnóstica al alta de urgencias pediátricas, se observó un porcentaje menor de casos sin diagnóstico en el Grupo CA comparado con el Grupo PS [15 (13 %) vs. 135 (30,2 %); $\chi^2_{(1)} = 13,76$; $p < 0,001$]. Además, en el CA se observó un porcentaje significativamente mayor de diagnósticos de trastornos afectivos [31 (27,0 %) vs. 19 (4,3 %); $\chi^2_{(1)} = 58,18$; $p < 0,001$] y de posible TP [16 (13,9 %) vs. 7 (1,6 %); $\chi^2_{(1)} = 35,53$; $p < 0,001$] comparado con el PS. Sin embargo, se observó un mayor diagnóstico de trastornos de ansiedad en el Grupo PS comparado con el CA [191 (42,9 %) vs. 30 (26,1 %); $\chi^2_{(1)} = 10,62$; $p = 0,001$] (Tabla 3). Al eliminar de los análisis aquellas consultas consideradas reincidentes, no se observaron resultados significativamente diferentes a los presentados en la Tabla 3.

Tabla 3 Comparación de variables sobre antecedentes previos a la consulta y orientación diagnóstica al alta entre grupos

| | Grupo CA (n = 116) | | Grupo PS (n = 450) | | $\chi^2_{(1)}$ | p |
|------------------------------|-----------------------|------|-----------------------|------|----------------|----------------------|
| | n | % | n | % | | |
| Seguimiento | 77 | 67,0 | 138 | 30,9 | 50,17 | < 0,001 ¹ |
| Antecedentes | 83 | 72,2 | 161 | 36,0 | 48,67 | < 0,001 ¹ |
| Diagnóstico al alta | | | | | | |
| Sin diagnóstico psiquiátrico | 15 | 13,0 | 135 | 30,2 | 13,76 | < 0,001 ¹ |
| T. Neurodesarrollo | 5 | 4,3 | 28 | 6,3 | 0,61 | 0,44 |
| T. Psicóticos | 5 | 4,3 | 11 | 2,5 | 1,18 | 0,28 |
| T. Afectivos | 31 | 27,0 | 19 | 4,3 | 58,18 | < 0,001 ¹ |
| T. Ansiedad | 30 | 26,1 | 191 | 42,9 | 10,62 | 0,001 ¹ |
| TCA | 1 | 0,9 | 5 | 1,1 | --- | --- |
| T. Conducta | 12 | 10,4 | 33 | 7,4 | 1,16 | 0,28 |
| Posible TP | 16 | 13,9 | 7 | 1,6 | 35,53 | < 0,001 ¹ |
| Otros | 0 | 0,0 | 18 | 4,0 | --- | --- |

Seguimiento: seguimiento especializado previo; Antecedentes: antecedentes personales psiquiátricos; TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria; TP: Trastorno de la Personalidad; ¹: significativo tras la corrección de Bonferroni

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue analizar la prevalencia de conductas autolesivas entre los motivos de consulta a un dispositivo de urgencias pediátricas de un hospital terciario durante un periodo de tres años (2015-2017). Asimismo, como objetivo secundario se pretendía comparar los diagnósticos psiquiátricos al alta en función del motivo de consulta (conducta autolesiva vs. psiquiátrica general). Los resultados indican que aproximadamente el 20 % de las con-

sultas realizadas por motivos psiquiátricos durante el periodo de estudio estuvieron relacionadas con conductas autolesivas. En relación al objetivo secundario, se observaron diferencias significativas en los diagnósticos al alta entre ambos grupos.

De todas las consultas a urgencias pediátricas por motivos psiquiátricos analizadas, el 20,5 % se relacionaron con algún tipo de conducta, gesto o verbalización relacionado con autolesiones. Este porcentaje es similar al descrito por otros

investigadores en poblaciones de las mismas características y similar zona geográfica¹⁹, coincidiendo también con estudios realizados en otros ámbitos geográficos^{4,5}. La clínica autolesiva que con mayor frecuencia se registró en las visitas a urgencias pediátricas fueron sobreingestas medicamentosas (SIM), cortes y amenazas de conducta autolesiva. De un modo general, se podría pensar en la existencia de motivación suicida en las SIM y las amenazas, mientras que los cortes se entenderían mejor como conductas autolesivas sin intención suicida. A menudo, estas conductas no suicidas sugieren mecanismos desadaptativos de gestión del malestar emocional, ya sea por la inmadurez del adolescente o en el contexto de psicopatología^{8,9,10}. Sin embargo, en algunos casos las autolesiones no suicidas sí se han asociado a mayor riesgo de conducta suicida, sobre todo en caso de reiteración de las mismas²⁰. Por lo tanto, el clínico debe prestar atención a todas estas conductas por el mayor riesgo de suicidio, pero también por haberse asociado a un peor funcionamiento psicosocial presente y futuro²¹.

Los diagnósticos más frecuentemente realizados en pacientes del Grupo CA, en relación a los que consultaban por otra clínica, fueron trastornos afectivos y posible TP. Los trastornos afectivos son un diagnóstico esperable, ya que la depresión se ha relacionado con la conducta suicida en todas las etapas de la vida^{22,23}. Sin embargo, puede llamar la atención el diagnóstico de posible TP en un grupo de pacientes menores de edad. Sin embargo, este resultado no debería sorprender si se tiene en cuenta la evidencia creciente apoyando la validez del diagnóstico en la adolescencia, sobre todo para el trastorno límite de personalidad (TLP). Además, las autolesiones son muy características del TLP, tanto las suicidas como las no suicidas, y acostumbran a ser uno de los signos de manifestación más temprana del TLP^{24,25}. Todo ello probablemente contribuya a que el clínico considere el TP entre los posibles diagnósticos para aquellos niños y adolescentes que lleven a cabo conductas autolesivas. Por otro lado, los trastornos relacionados con la ansiedad fueron los diagnósticos más prevalentes en aquellos que acudieron a urgencias por un motivo psiquiátrico no relacionado con la autolesión, del mismo modo que han mostrado estudios previos⁴.

Al comparar las características de pacientes que acudían a urgencias pediátricas por alguno de los motivos relacionados con la autolesión, en relación a los que presentaban otra clínica psiquiátrica, se observaron diferencias significativas en edad y género. En el grupo de autolesiones, el promedio de edad era superior, situándose dentro del rango descrito por otros estudios¹⁹. Se observaron también diferencias de género, con una mayor incidencia de problemas relacionados con las autolesiones entre el sexo femenino, coincidiendo también con la literatura existente^{19,22}. También, el grupo de pacientes que consultaron por clínica autolesiva presen-

taban más antecedentes psiquiátricos y un número mayor de ellos ya estaba en seguimiento especializado antes de consultar a urgencias. Además, en relación a los que consultaban por otro motivo, un porcentaje significativamente mayor de los que lo hacían por clínica autolesiva eran dados de alta de urgencias con algún tipo de orientación diagnóstica psiquiátrica. Estos resultados coinciden con estudios previamente publicados^{16,22} presentando la conducta autolesiva como un indicador de gravedad clínica²⁶.

Adicionalmente, en el presente estudio se obtuvieron unos resultados que complementan los relativos a los objetivos del estudio. Aproximadamente, el 1% de las consultas a urgencias durante el periodo estudiado tenían relación con algún problema psiquiátrico, pero no se observó un incremento en el número de visitas a lo largo de los tres años. Este resultado contrasta con la evidencia que describe un aumento progresivo del número de urgencias psiquiátricas en población pediátrica^{4,5,27}, así como de hospitalizaciones²⁸. Es probable que el hecho de que el hospital en el que se ubican las urgencias pediátricas no disponga de dispositivos de hospitalización psiquiátrica total o parcial condicione estos resultados. Finalmente, se observó una disminución clara y progresiva de la edad de los pacientes que acudieron a urgencias por un problema psiquiátrico como motivo de consulta principal. Este último resultado sí está en la dirección de los publicados por otros centros y remarca la importancia creciente de la salud mental infantojuvenil, para poder intervenir precozmente y poder evitar el deterioro funcional asociado a estos trastornos en su evolución a lo largo de la vida²⁹.

Los resultados del presente estudio descriptivo deben ser considerados teniendo en cuenta algunas limitaciones. La limitación principal es la falta de información de variables clínicas y sociodemográficas. Al basar el estudio en informes de altas y registrar, por lo tanto, solo una parte de la información de los casos, no se ha podido acceder a información relevante para interpretar mejor los principales resultados. Sin embargo, con los datos incluidos en el estudio se consigue el objetivo principal de tener información sobre la prevalencia del problema en un recurso asistencial de referencia y complementar el conocimiento existente en relación a la relevancia clínica de las conductas autolesivas en niños y adolescentes. Otra limitación es que la información incluida se extrae de la historia clínica realizada en la visita a urgencias pediátricas por otros profesionales, pudiendo existir sesgos en la interpretación de la información de los informes. Asimismo, los instrumentos utilizados carecen de una fiabilidad y validez psicométrica estadísticamente comprobadas. Para minimizar este problema, se eliminaron todos aquellos casos en que la información era insuficiente, existían dudas en su interpretación o no se llegó al acuerdo interevaluadores. También es importante comentar que el número de casos

incluidos en el análisis era pequeño. Sin embargo, los principales hallazgos replican los descritos en estudios de muestras mayores, aun teniendo en cuenta que no se aplicaron medidas de precisión ni de tamaño de efecto a la muestra. Finalmente, podría considerarse una limitación la forma de definir la conducta autolesiva. En este estudio se ha recogido en un mismo grupo los distintos tipos de conductas, tanto la conducta e ideación suicida como la conducta autolesiva de tipo no suicida, ya que la distinción entre estos grupos es compleja y a menudo no hay un consenso claro, especialmente en la población infantojuvenil⁸. Al respecto, estudios recientes ya han aplicado similares criterios para minimizar el riesgo de infradiagnosticar el problema general de la autolesión, incluyendo en el análisis tanto la conducta como la ideación autolesiva, suicida y no suicida²⁷.

Los resultados descriptivos de este trabajo van en la dirección de otros estudios y remarcan la importancia creciente de los trastornos mentales entre los motivos de consulta a urgencias de pediatría. Estos se manifiestan cada vez a edades más tempranas, siendo un porcentaje importante de las consultas las relacionadas con la conducta autodestructiva, especialmente en chicas. Resulta relevante destacar también la importancia que tienen nuevos diagnósticos, como las autolesiones no suicidas sin formar parte de ningún trastorno, y los posibles TP. La importancia de la elevada prevalencia de estas condiciones diagnósticas en edades tempranas choca con la no existencia de programas terapéuticos estructurados, especialmente teniendo en cuenta que estas dificultades han demostrado ser causantes de graves limitaciones que afectarán el funcionamiento en la vida adulta. Por todo ello, en la línea marcada por los planes de salud en Europa, es clave que la toma de decisiones en política sanitaria priorice diagnosticar e intervenir precozmente para minimizar la discapacidad asociada.

FINANCIACIÓN

El trabajo no ha sido financiado, pero los resultados de este estudio se incorporarán al análisis de los resultados del Proyecto de Investigación PI15/02025 (ISCIII).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kessler R. C. The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68 (2):10–19.
2. Kessler R C, Amminger G P, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20(4): 359–364.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción sobre salud mental 2013–2020. Departamento de Salud Mental y Adicciones. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013
4. Holder S M, Rogers K, Peterson E & Ochonma C. Mental Health Visits: Examining Socio-demographic and Diagnosis Trends in the Emergency Department by the Pediatric Population. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2017; 48(6): 993–1000.
5. Pittsenbarger Z E & Mannix R. Trends in pediatric visits to the emergency department for psychiatric illnesses. *Acad. Emerg. Med*. 2014; 21(1): 25–30.
6. Newton A S, Hamm M P, Bethell J, Rhodes A E, Bryan C J, Tjosvold L, Manion I G. Pediatric suicide-related presentations: a systematic review of mental health care in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2010; 56(6): 649–659.
7. Patton G C, Coffey C, Sawyer S M, Viner R M, Haller D M, Bose K, Mathers C D. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2009; 374(9693): 881–892.
8. Butler A M & Malone K. Attempted suicide vs. non-suicidal self-injury: behaviour, syndrome or diagnosis? *Br J Psychiatry*. 2013; 202(05): 324–325.
9. Firestone R W & Seiden R H. Suicide and the continuum of self-destructive behavior. *J of ACH*. 1990; 38(5): 207–213.
10. Nock M K & Kessler R C. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol*. 2006; 115(3): 616–623.
11. America Psychiatric Association (APA) (Ed.). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 2014.
12. Evans J, Battersby S, Ogilvie A D, Smith C A, Harmar A J, Nutt D J & Goodwin G. M. Association of short alleles of a VNTR of the serotonin transporter gene with anxiety symptoms in patients presenting after deliberate self harm. *Neuropharmacology*. 1997; 36(4–5): 439–443.
13. Pooley E C, Houston K, Hawton K & Harrison P J. Deliberate self-harm is associated with allelic variation in the tryptophan hydroxylase gene (TPH A779C), but not with polymorphisms in five other serotonergic genes. *Psychol Med*. 2003; 33(5): 775–783.
14. Althoff R R, Hudziak J J, Willemsen G, Hudziak V, Bartels M & Boomsma D I. Genetic and environmental contributions to self-reported thoughts of selfharm and suicide. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2012; 159B(1): 120–127.
15. Maciejewski D F, Creemers H E, Lynskey M T, Madden P A F, Heath A C, Statham D J, Verweij K J H. Overlapping Genetic and Environmental Influences on Nonsuicidal Self-injury and Suicidal Ideation. *JAMA Psychiatry*. 2014; 71(6): 699.

16. Jacobson C M, Muehlenkamp J J, Miller A L & Turner J B. Psychiatric Impairment Among Adolescents Engaging in Different Types of Deliberate Self-Harm. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008; 37(2): 363–375.
17. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015;9(1)
18. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 1.0. Geneva: WHO; 2010
19. Margarit Soler A, Martínez Sanchez L, Martínez Monseny A, Trenchs Sainz de la Maza V, Picouto González M D, Villar Cabeza F & Luaces Cubells C. Epidemiological characteristics in suicidal adolescents seen in the Emergency Department. *An Pediatr.* 2016; 85(1): 13–17.
20. Manca M, Presaghi F, Cerutti R. Clinical specificity of acute versus chronic self-injury: measurement and evaluation of repetitive non-suicidal self-injury. *Psychiatry Res.* 2014; 215(1):111-9.
21. Groschwitz RC, Plener PL, Kaess M, Schumacher T, Stoehr R, Boege I. The situation of former adolescent self-injurers as young adults: a follow-up study. *BMC Psychiatry.* 2015;15:160.
22. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin J B & Patton G C. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet.* 2012; 379(9812): 236–243.
23. Consoli A, Cohen D, Bodeau N, Guilé JM, Mirkovic B, Knafo A, Gérardin P. Risk and Protective Factors for Suicidality at 6-Month Follow-up in Adolescent Inpatients Who Attempted Suicide: An Exploratory Model. *Can J Psychiatry.* 2015; 60(2 Suppl 1): S27–36.
24. Sharp C & Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence - recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015; 56(12): 1266–1288.
25. Winsper C, Lereya S T, Marwaha S, Thompson A, Eyden J & Singh S P. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2016; 44: 13–24.
26. Groschwitz RC, Kaess M, Fischer G, Ameis N, Schulze UM, Brunner R, Koelch M, Plener PL. The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.* 2015; 228(3):454–61.
27. Burstein B, Agostino H, Greenfield B. Suicidal Attempts and Ideation Among Children and Adolescents in US Emergency Departments, 2007–2015. *JAMA Pediatr.* 2019;173(6):598–600.
28. Di Lorenzo R, Cimino N, Di Pietro E, Pollutri G, Neviani V & Ferri P. A 5-year retrospective study of demographic, anamnestic, and clinical factors related to psychiatric hospitalizations of adolescent patients. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016; 12: 191–201.
29. Slomski A. Chronic mental health issues in children now loom larger than physical problems. *JAMA.* 2012; 308(3): 223–225.