



**Universidad de
Valladolid**

Facultad de Medicina

**USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN
ADOLESCENTES QUE INGRESAN EN PSIQUIATRÍA
TRAS UN INTENTO DE SUICIDIO. DIFERENCIAS
TRAS LA PANDEMIA.**

Autor: **Rodríguez White, Julia** – Alumna de 6º de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid

Tutor: **Parrilla Escobar, M^a Avelina** – Profesora asociada en ciencias de la salud, Médico Especialista en
Psiquiatría infanto-Juvenil en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Dedicatoria:

A todas las personas que han perdido a un ser querido antes de tiempo.

ÍNDICE

Resumen	1
1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	3
1.1. Planteamiento del problema: El Suicidio.....	3
1.1.1. Suicidio en una etapa vulnerable de la vida.....	3
1.1.2. Suicidio y pandemia SARS-COV-2.....	4
1.1.3. Suicidio y Redes Sociales	5
1.2. Objetivos.....	6
2. MÉTODOS.....	6
2. 1 Diseño del estudio.	6
2.2 Muestra.....	7
2.3 Técnicas de medida y análisis	7
2.3.1. Cuestionario de adicción a las Redes Sociales.....	7
2.3.2 Variables.....	8
2.4. Técnicas de Análisis	9
2.4.1 Estadística: recogida y análisis de los datos.....	9
2.5. Aspectos ético-legales.....	9
3. RESULTADOS	9
3.1. Descripción sociodemográfica de la muestra.	9

3.2. Análisis de las variables. Diferencias entre el grupo pre y post pandemia.	10
3.2.1. Edad a la que ejecutaron el intento autolítico.	10
3.2.2. Método empleado	11
3.2.3. Acoso escolar o ciberbullying	12
3.2.4. Abuso sexual	12
3.2. Resultados obtenidos de la encuesta.	13
3.3.1. Frecuencia de conexión a redes sociales.	13
3.3.2. Motivaciones subyacentes al intento autolítico.	13
3.3.3. Análisis comparativo del cuestionario.	15
3.3.4. Puntuación global.	15
4. DISCUSIÓN	16
4.1. ¿Se ha incrementado el número de ingresos por intento autolítico en relación la pandemia SARS-COV-2?	16
4.2. ¿Existen diferencias respecto al perfil del paciente ingresado y la metodología empleada en el intento antes y después de la pandemia?	16
4.3. ¿Los pacientes adolescentes que ingresan por este motivo, presentan un uso inadecuado de las redes sociales? ¿Hay diferencias en el uso inadecuado de las redes sociales en esta población antes y después del confinamiento?	17

4.4. Limitaciones.....	18
5. CONCLUSIONES	19
ANEXOS.	21
BIBLIOGRAFÍA	33
PÓSTER.....	36

Resumen

Antecedentes: En 2020 el suicidio se convirtió en la primera causa de muerte externa y la segunda causa de fallecimiento general dentro de la franja de edad de 15 a 29 años. Durante la adolescencia se pasa de interactuar casi exclusivamente en el entorno familiar a relacionarse con iguales y otros miembros de la sociedad. Actualmente, la relación del adolescente con sus coetáneos se establece en línea la mayoría del tiempo, mediante las redes sociales.

Método: Se ha diseñado un estudio retrospectivo, observacional, de carácter descriptivo con la intención de describir diferencias en el perfil del sujeto que comete un intento autolítico en relación a la pandemia SARS-COV-2. En adición al estudio, se han analizado las respuestas a una encuesta destinada a determinar del grado de adicción a las redes sociales que presentaban los sujetos en el momento del ingreso. Para la selección de la muestra se empleó la base de datos generada por la Unidad de hospitalización breve de Psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Resultados: No se observaron diferencias significativas entre el grupo de sujetos que ingresaron previamente al inicio de la pandemia y aquellos que ingresaron una vez finalizó el confinamiento domiciliario. Los resultados de la encuesta de Adicción a las Redes Sociales objetivaron que el 75% de los sujetos mostraba algún grado de adicción.

Conclusión: Un efecto secundario de las restricciones de contacto social impuestas durante la pandemia del SARS-COV-2 fue el incremento de las conductas suicidas en la población infanto-juvenil. Existen una serie de factores no psiquiátricos que pueden incrementar el riesgo de suicidio, entre los que se encuentra el uso abusivo de internet y, en concreto, de las redes sociales. En este estudio no se han objetivado diferencias en esta muestra concreta que ingresa de forma urgente por un intento de suicidio. Son necesarios más estudios para englobar la totalidad de las conductas autolíticas en adolescentes, pues muchos no llegan a ingresar y son atendidos ambulatoriamente.

Palabras clave: intento de suicidio, intento autolítico, adolescente, redes sociales, pandemia.

Abstract

Background: In 2020 suicide became the leading cause of external death and the second leading cause of death overall within the 15-29 age range. During adolescence, social interaction moves from being almost exclusively within the family environment to relationship with peers and other members of society. Nowadays, the relationship between adolescents and their peers happens online most of the time, using social networks.

Methods: A retrospective, observational, descriptive study has been designed with the intention of describing differences in the profile of the individual who commits a self-harm attempt related to the SARS-COV-2 pandemic. In addition to the study, responses to the survey, aimed at determining the degree of addiction to social networks presented by the study subjects at the time of admission were analyzed. In order to select the sample, we used the database generated by the Child and Adolescent Psychiatry Short Stay Unit of the Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Results: No significant differences were observed between the group of subjects who were admitted prior to the beginning of the pandemic and those who were admitted after the end of home confinement. The results of the Social Network Addiction survey showed that 75% of the subjects showed some degree of addiction.

Conclusion: A side effect of the social contact restrictions imposed during the SARS-COV-2 pandemic was an increase in suicidal behaviours in the infant-juvenile population. There are a number of non-psychiatric factors that can increase the risk of suicide, as is the abusive use of the Internet and, in particular, of social networks. No differences were observed in this study sample of patients who were admitted urgently for suicide attempt. Further research is needed to cover all suicidal behaviours in adolescents, as many of them are not admitted and are treated as outpatients.

Key words: suicide attempt, teenager, adolescent, social network, pandemic.

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

1.1. Planteamiento del problema: El Suicidio.

Según los datos presentados por la OMS en 2021, 1 de cada 100 muertes es por suicidio [1]. Se trata de un problema de salud pública de carácter multidimensional, que engloba desde factores individuales como los familiares, culturales o psicológicos hasta factores poblacionales como aquellos que involucran a la educación, la política o la economía. Pese a que no se conoce completamente su etiología y fisiopatología, existe suficiente evidencia para relacionarlo con todas las variables previamente mencionadas [2,3].

El suicidio ha sido estigmatizado durante mucho tiempo, etiquetado como tema tabú por miedo a que el mero hecho de hablar de ello pudiese actuar como factor precipitante de conductas suicidas. La ignorancia de la realidad nunca ha ayudado a solucionar problemas, de manera que es conveniente informar a la sociedad acerca de la pandemia emergente que supone el suicidio, pues únicamente así se podrán desarrollar conductas preventivas tanto a nivel ciudadano como por parte de las instituciones. Parece evidente que el valor preventivo que aporta la información acerca del suicidio supera con creces el riesgo de que se desarrollen conductas imitativas ligadas a su divulgación [3,4].

1.1.1. Suicidio en una etapa vulnerable de la vida

Aunque el comportamiento suicida puede surgir en cualquier momento de nuestras vidas, su debut suele darse en la transición de la infancia a la adolescencia. *“Un pilar fundamental en la detección del riesgo es la etapa evolutiva en la que se encuentra el sujeto, debido a que los procesos psicosociales son de distinta naturaleza en cada momento vital, lo que influye en las conductas suicidas, así como en la predisposición al riesgo. Actualmente se evidencia que los niños y adolescentes son población de riesgo suicida”* [5].

La adolescencia supone una etapa esencial en el desarrollo cerebral. En ella se completa la remodelación de este órgano, sufriendo una reorganización estructural que le dota de nuevos circuitos y conexiones que permitirán al sujeto perfeccionar sus capacidades cognitivo-conductuales y emocionales, preparándose así para el paso a la

vida adulta [3,6]. También durante esta etapa sucede el fenómeno de la 'poda sináptica', por el cual se eliminan aquellos circuitos que carecen de utilidad futura [7].

El cerebro emocional o sistema límbico, de donde surgen las emociones, madura previamente a la corteza prefrontal, región cerebral esencial para el desarrollo de funciones como la toma de decisiones, la inhibición de impulsos y la capacidad de autocontrol, que termina de madurar entre los 25-27 años [8].

El adolescente, por lo tanto, es altamente sensible pero no completamente racional, vulnerable a las emociones que le asaltan en su día a día, al no haberse completado la integración entre el cerebro racional y emocional. Durante esta etapa la capacidad de razonar, decidir o planificar está presente, se reconoce el bien y se diferencia del mal, pero todas estas aptitudes se ven relegadas fácilmente a un segundo plano, interferidas por sus propias emociones e incluso por influencias externas.

La depresión, el trastorno mental con mayor asociación a las conductas suicidas, es infradiagnosticada en esta etapa de la vida, pues sus síntomas son confundidos con los cambios emocionales habituales de la adolescencia. Además, suele manifestarse más habitualmente como irritabilidad que como tristeza, lo cual no deja de suponer otro factor de confusión adicional para su diagnóstico.

1.1.2. Suicidio y pandemia SARS-COV-2

Tras la pausa obligada que supuso la pandemia, el suicidio ha recuperado su posición entre las preocupaciones de las autoridades sanitarias. 2020 fue el año con mayor tasa de suicidios en adolescentes registrado en nuestro país, duplicándose los casos de suicidios en menores de 15 años. Más aún, en la franja de edad de 15 a 29 años, el suicidio se convirtió en la primera causa de muerte externa y la segunda causa de fallecimiento general, únicamente superada por los tumores malignos. El efecto de la pandemia es evidente en este fenómeno, pues en 2021 el suicidio supuso la cuarta causa de muerte a nivel mundial en jóvenes de 15 a 19 años, puesto similar al que ocupaba en años previos al SARS-COV-2 [9].

La pandemia supuso, indudablemente, un fuerte impacto en la salud mental, secundario a las medidas impuestas por las autoridades sanitarias. El confinamiento y el distanciamiento social afectaron a toda la población pero, con mayor intensidad, a aquella porción más necesitada del contacto social: la infantil y juvenil [10]. El cerebro es altamente sensible a la oxitocina y la dopamina durante la adolescencia, hormonas que,

en combinación, ejercen un efecto vinculante entre las relaciones sociales y los sentimientos de recompensa. La privación de las relaciones sociales en esta etapa de la vida se manifiesta a nivel neurológico con una respuesta cerebral semejante a la de situaciones de amenaza física o ayuno [7].

1.1.3. Suicidio y Redes Sociales

Como previamente se mencionaba, la adolescencia es una etapa caracterizada por el incremento de las interacciones sociales y de la importancia que se le da a las mismas. El adolescente pasa de interactuar casi exclusivamente en el entorno familiar a relacionarse con sus iguales y con otros miembros de la sociedad. Actualmente, gran parte de esta actividad sucede en línea, mediante las redes sociales [11]. Esta nueva realidad puede tener tanto efectos beneficiosos como contraproducentes: se puede encontrar apoyo a distancia cuando uno se siente solo o incomprendido en su entorno inmediato o, por el contrario, sufrir acoso o ciberbullying de forma constante por internet, siendo mucho más difícil escapar por esta vía que cuando sucede de forma presencial.

En cuanto a la relación entre las redes y la pandemia, durante el confinamiento domiciliario estuvimos expuestos a grandes cantidades de información sin filtro alguno, sin ser fácil discernir cual era cierta y contrastada y cual mero producto de la divagación. Esta situación repercutió directamente en nuestra salud mental, disparando las sensaciones de estrés y ansiedad. Pese a que los medios de comunicación reglados son un elemento esencial en la prevención del suicidio, las redes sociales constituyen un canal en el que cualquiera puede expresarse sin pasar por ningún control de seguridad o filtro de veracidad [3]. Por este motivo, se podría considerar a las redes sociales como un factor de riesgo emergente para el suicidio. Estas representan una fuente de información e interacción social abierta y no limitada por definición, que puede ser peligrosa para aquellos individuos especialmente influenciables o en situación de vulnerabilidad.

Puede ser importante definir una serie de conceptos:

- El suicidio es definido por la OMS como “el acto de quitarse deliberadamente la vida”
- El intento de suicidio es un acto autolesivo con intención de provocar la muerte pero que finalmente no resulta letal.

- La OMS define la adolescencia como: “categoría construida socialmente para nombrar el periodo que va de la niñez a la edad adulta”. Suele delimitarse entre los 10 y 19 años.

El estudio se centra en los intentos de suicidio en la población adolescente.

1.2. Objetivos

El objetivo general del presente estudio se centra en el análisis de la población adolescente que ingresa en la unidad de psiquiatría infantojuvenil de hospitalización breve del Hospital Clínico Universitario de Valladolid por haber realizado un intento de suicidio entre marzo de 2018 y junio de 2022. Mediante este análisis se busca dar respuesta a las siguientes cuestiones:

1. ¿Se ha incrementado el número de ingresos por intento autolítico en adolescentes en relación con la pandemia SARS-COV-2?

2. ¿Existen diferencias respecto al perfil sociodemográfico del paciente ingresado y la metodología empleada en el intento antes y después de la pandemia?

3. ¿Los pacientes adolescentes que ingresan por este motivo, presentan un uso inadecuado de las redes sociales? ¿Existen diferencias en el uso de las redes sociales en esta población antes y después del confinamiento?

2. MÉTODOS

2.1 Diseño del estudio.

El estudio consta de dos partes diferenciadas:

Para la consecución de los dos primeros objetivos descritos en el apartado anterior, se ha diseñado un estudio retrospectivo, observacional, de carácter descriptivo.

En relación con el tercer objetivo, se ha realizado una encuesta de Adicción a las Redes Sociales retrospectiva para tratar de determinar el grado de adicción a las redes sociales que presentaban los sujetos en el momento del ingreso.

2.2 Muestra

Para la selección de la muestra se empleó la base de datos generada por la Unidad de hospitalización breve de Psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Esta base recoge el motivo de ingreso y aspectos generales de cada uno de los pacientes que ha ingresado en la unidad.

Se seleccionaron todos aquellos pacientes en los que constaba como motivo de ingreso 'Intento autolítico' o 'Intoxicación medicamentosa' en dos periodos de igual longitud, el denominado 'prepandemia', de marzo de 2018 a marzo de 2020 y el periodo 'postpandemia', de junio de 2020 a junio de 2022. Se obtuvieron un total de 74 sujetos, 34 del primer periodo y 40 del segundo.

2.3 Técnicas de medida y análisis

2.3.1. Cuestionario de adicción a las Redes Sociales

2.3.1.1. Creación de la encuesta.

La encuesta (**Anexo 1**) empleada se trata del Cuestionario de Adicción a las Redes Sociales, cuestionario creado por dos psicólogos de las universidades de San Martín de Porres y San Marcos, Perú. El cuestionario se encuentra validado en una muestra de 380 estudiantes universitarios [12]. Este cuestionario proporciona una valoración global del grado de adicción a las redes sociales y una evaluación por tres dimensiones: la obsesión por las redes sociales, la falta de control personal en el uso de las redes sociales (con la consecuente modificación del estado de ánimo) y el uso excesivo de las redes sociales.

Cada uno de estos tres factores se evalúa mediante la respuesta a los once ítems de la encuesta. Los ítems cuentan con cinco opciones de respuesta: nunca, raras veces, a veces, casi siempre y siempre, otorgando a cada alternativa una puntuación: 0, 1, 2, 3, y 4 respectivamente. Con la suma de la puntuación de cada uno de los ítems obtenemos una puntuación final que se encuentra entre 0 y 44 puntos, que gradúa de forma global el uso de las redes sociales que hace el sujeto, pudiendo ser:

- Uso normal: 0-10
- Leve adicción a las redes sociales: 11-34

- Adicción moderada: 35-40
- Adicción elevada: >40

Se añadieron de forma adicional a la encuesta 2 cuestiones iniciales, también de respuesta múltiple (**Anexo 1**) para obtener información de carácter cualitativo y acerca de la frecuencia de la conducta evaluada.

2.3.1.2 Procedimiento.

El procedimiento de contacto con los sujetos a estudio, invitación a participar en el mismo, envío de la encuesta y consentimiento informado y recopilación de respuestas fue realizado en su totalidad por vía telemática. Debido a la minoría de edad de la mayor parte de la muestra, fue necesario tomar precauciones adicionales para la solicitud de su participación en el proyecto. Se contactó por vía telefónica inicialmente con los tutores legales de los menores y, una vez bajo su consentimiento, con los propios pacientes para explicarles el motivo del estudio. En aquellos pacientes menores de edad, se enviaron junto a la encuesta dos Consentimientos informados, a firmar por el tutor legal y el menor respectivamente (**Anexo 2**).

Se crea un cuestionario mediante Microsoft Forms (**Anexo 3**). Se generaron dos versiones idénticas del cuestionario para diferenciar las respuestas de los sujetos que ingresaron en la unidad antes de la pandemia y posteriormente a la misma puesto que las respuestas se registran de forma anónima. Esta encuesta se envió a través del correo electrónico oficial de la universidad. Para la obtención de los correos electrónicos personales de los sujetos a estudio se contactó telefónicamente con cada uno de los sujetos de la muestra para proponerles la participación en el estudio.

2.3.2 Variables

Se revisaron las historias clínicas de los sujetos a estudio para recoger otros datos de interés en el estudio sociodemográfico como:

- Número de intentos autolíticos previos
- Método
- Edad al intento
- Sexo
- Antecedente de abuso sexual
- Antecedente de acoso escolar o ciberbullying

2.4. Técnicas de Análisis

2.4.1 Estadística: recogida y análisis de los datos

Las variables cuantitativas se presentan con la media y la desviación típica. Las cualitativas se presentarán según su distribución de frecuencias.

Mediante el test Chi-cuadrado de Pearson, se ha analizado la asociación de las variables cualitativas. En el caso de que el número de celdas con valores esperados menores de 5 es mayor de un 20%, se ha utilizado el test exacto de Fisher o el test Razón de verosimilitud para variables con más de dos categorías.

Las comparaciones respecto a la edad media se han realizado mediante la prueba T de Student para muestras independientes.

Los datos serán analizados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 26.0 para Windows. Aquellos valores de $p < 0,05$ serán considerados estadísticamente significativos.

2.5. Aspectos ético-legales

Se eligió Microsoft Forms para crear la versión digital de la encuesta al ser la plataforma que mejor cumple la legislación nacional del trato de información personal. Los datos recopilados por la encuesta son totalmente anónimos y se encuentran alojados de manera segura en servidores ubicados en la Unión Europea.

La metodología y los procedimientos de este proyecto han sido evaluados y aprobados por el Comité Ético del Área de Salud Este de Valladolid.

3. RESULTADOS

3.1. Descripción sociodemográfica de la muestra.

La muestra definitiva a estudio incluyó un total de 74 individuos, con una media de edad de 15,24 años, entre los cuales predominaba el sexo femenino. El 20,3% sufría acoso escolar o ciberbullying y el 8,1% había sufrido algún tipo de abuso sexual. El método más ampliamente empleado en el intento autolesivo fue la autointoxicación medicamentosa (66,2 %), encontrándose en segundo lugar la combinación de este método con venoclisis.

Ingresaron 34 pacientes previamente a la pandemia SARS-COV-2 y 40 tras el confinamiento, suponiendo un incremento del 17,6%.

Tabla 1 Variables sociodemográficas de la muestra (N = 74)

VARIABLES	CATEGORÍAS	N	%
Total		74	100
Género			
	Masculino	9	12,2
	Femenino	65	87,8
Edad (años)			
	12	3	4,0
	13	9	12,2
	14	5	6,8
	15	23	31,0
	16	19	25,7
	≥ 17	15	20,3
Método			
	Ahorcamiento	1	1,4
	Autointoxicación Medicamentosa	49	66,2
	Autointoxicación Química	4	5,4
	Arma de fuego	1	1,4
	Venocllisis	2	2,7
	Precipitación	2	2,7
	Mixto	15	20,3
Abuso referido		6	8,1
Acoso referido		15	20,3

La **Tabla 1** muestra la distribución en términos de edad, género, método empleado en el intento y si sufrieron o no acoso escolar o ciberbullying y abuso sexual.

***Nota:** Dentro de la variable 'Método', la categoría 'Mixto' engloba a aquellos sujetos que realizaron venocllisis en combinación con autointoxicación medicamentosa. Quedan excluidos en el recuento de cada uno de los métodos de forma aislada.

3.2. Análisis de las variables. Diferencias entre el grupo pre y post pandemia.

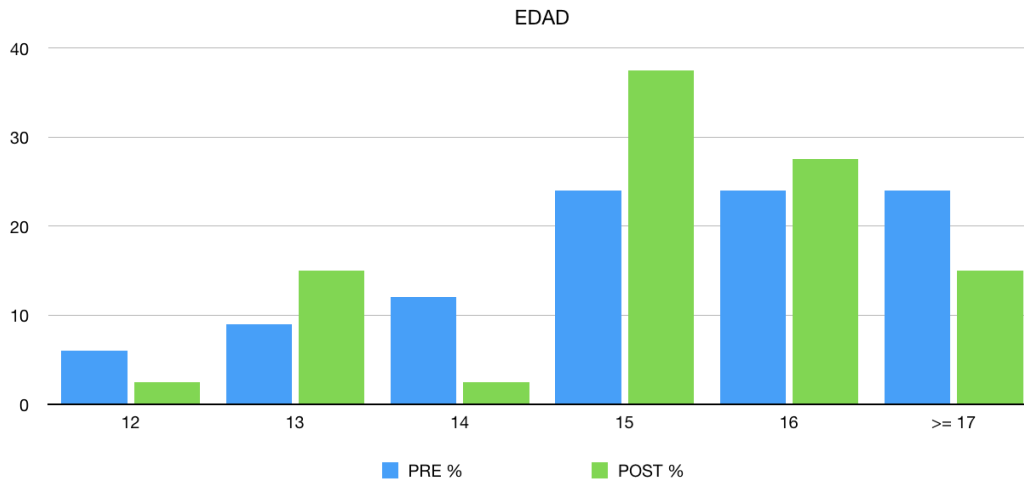
3.2.1. Edad a la que ejecutaron el intento autolítico.

La **Gráfica 1** muestra las diferencias en la edad a la que realizaron el intento de suicidio los individuos ingresados antes de la pandemia, con una media de edad de 15,32

años, (DS: $\pm 1,552$) respecto a aquellos que ingresaron después de la misma, con una media de 15,18 años (DS: $\pm 1,318$).

En el análisis comparativo de ambos subgrupos no se obtuvieron diferencias significativas respecto a la edad a la que realizaron el intento autolítico, con un p-valor de 0,657.

Gráfica 1. Distribución por edades de los subgrupos de la muestra.



Nota: *PRE* hace referencia al grupo de pacientes que realizaron el intento antes de la pandemia y *POST* a aquellos que ingresaron tras la misma. Los valores se encuentran expresados en porcentajes respecto al total de cada subgrupo.

3.2.2. Método empleado

En el análisis que valoraba la forma de la que habían realizado el intento autolítico en cada periodo de tiempo, se observó que el método predominante seguía siendo la autointoxicación medicamentosa. Además, hubo dos casos de venoclisis aislada tras la pandemia y ninguno antes. La asociación de autointoxicación medicamentosa sumada a venoclisis pasó de un 14,7% a un 25% de los sujetos tras la pandemia.

En relación con si los pacientes habían presentado intentos de suicidio previos, un 50% realizaron más de un intento con su consecuente ingreso en la unidad de Hospitalización breve antes de la pandemia, mientras solamente un 37% en el periodo postpandemia.

Tabla 3. Análisis comparativo del método y número de intentos autolíticos que realizaron los sujetos que ingresaron previamente la pandemia respecto a aquellos que ingresaron una vez pasado el confinamiento.

	Prepandemia		Postpandemia		P-valor
	N	%	N	%	
Método Empleado	34		40		0,050
Autointoxicación medicamentosa	23	67,6	26	65,0	
Ahorcamiento	0	0,0	1	2,5	
Arma de fuego	1	2,9	0	0,0	
Autointoxicación química	4	11,8	0	0,0	
Precipitación	1	2,9	1	2,5	
Venoclisis	0	0,0	2	5,0	
Mixto*	5	14,7	10	25,5	
Intentos autolíticos previos					0,279
No	17	50,0	25	62,5	
Sí	17	50,0	15	37,5	

**Nota:* Dentro de la variable 'Método', la categoría 'Mixto' engloba a aquellos sujetos que realizaron venoclisis en combinación con autointoxicación medicamentosa. Quedan excluidos en el recuento de cada uno de los métodos de forma aislada.

3.2.3. Acoso escolar o ciberbullying

No hubo diferencias significativas entre los grupos pre y post pandemia en el análisis de esta variable, pero un porcentaje no desdeñable de la muestra, el 20,3%, había sufrido algún tipo de acoso (**Tabla 1**).

3.2.4. Abuso sexual

No se encontraron diferencias significativas respecto a la prevalencia de abuso sexual en ambos subgrupos. En total, un 8,1% de los pacientes lo sufrieron.

Tabla 4. En la tabla se resumen los datos con relación al acoso y abuso sexual referidos de modo global para la muestra a estudio (N=74).

Variables	Categorías	Prepandemia		Postpandemia		P-valor
		N	%	N	%	
Acoso						
	No	24	70,6	35	87,5	0,071
	Sí	10	29,4	5	12,5	
Abuso sexual						
	No	31	91,2	37	92,5	1
	Sí	3	8,8	3	7,5	

3.2. Resultados obtenidos de la encuesta.

La muestra de pacientes que accedieron telefónicamente a completar la encuesta que se les envió por correo electrónico se encontraba conformada por 22 individuos, 10 individuos del grupo 'prepandemia' y 12 del grupo 'postpandemia' obtenidos de entre aquellos individuos que habían ingresado en el área de hospitalización breve de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. De esta muestra inicial, la muestra que completa y remite la encuesta de forma anónima finalmente se compone de 12 individuos, de los cuales 7 pertenecen al grupo 'prepandemia' y 5 al grupo 'postpandemia'. Los resultados de la encuesta se desarrollan a continuación.

3.3.1. Frecuencia de conexión a redes sociales.

La primera cuestión de la encuesta (**Anexo 1**) hacía referencia al número de veces que el sujeto se conectaba a las redes sociales durante los 3 meses previos al ingreso. Como se puede observar en la **Tabla 5**, no ha habido variación significativa entre ambos subgrupos (p-valor= 0,535). De manera global, un 42% de los 12 sujetos que contestaron a la encuesta se encontraban conectados a las redes sociales constantemente, durante todo el día. Un 33% se conectaba entre 7 y 12 veces al día y el 25% restante entre 3 y 6 veces al día.

Tabla 5. Análisis comparativo de la frecuencia de conexión a las redes sociales en cada subgrupo.

		Tiempo				p-valor
		PRE		POST		
		n	%	n	%	
¿Con qué frecuencia se conectaba a las redes sociales durante los 3 meses previos a ingresar en el hospital en la Unidad de Psiquiatría?	1 vez por semana	0	0,0%	0	0,0%	0,535
	2 o 3 veces por semana	0	0,0%	0	0,0%	
	1 o 2 veces al día	0	0,0%	0	0,0%	
	Entre 3 y 6 veces al día	1	14,3%	2	40,0%	
	Entre 7 y 12 veces al día	3	42,9%	1	20,0%	
	Estaba conectado/a todo el tiempo	3	42,9%	2	40,0%	

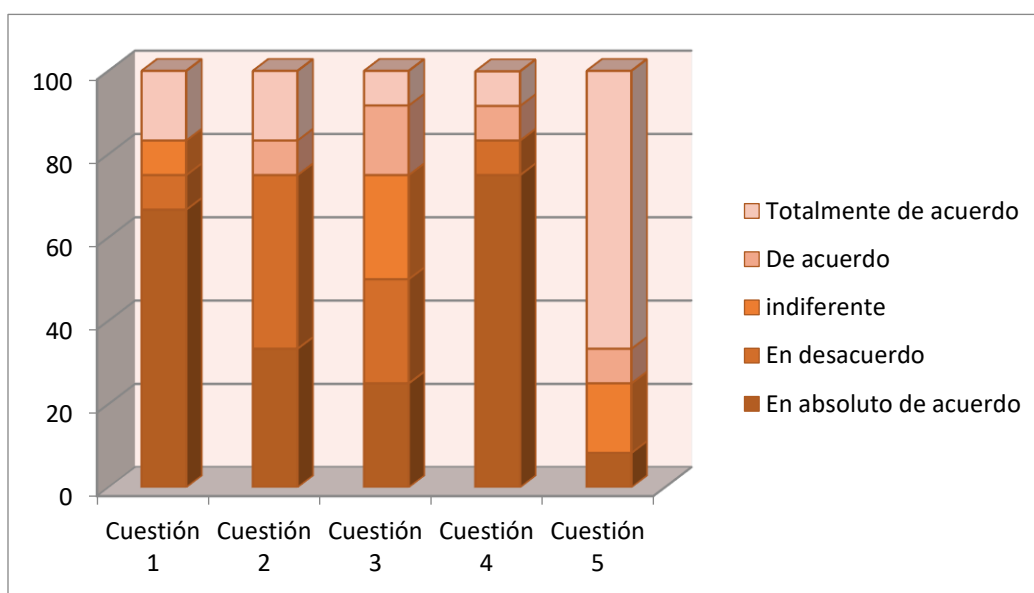
3.3.2. Motivaciones subyacentes al intento autolítico.

Respecto a la segunda pregunta, pese a que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el análisis comparativo de ambos subgrupos, cuando se

analizan de forma conjunta permiten dilucidar las tendencias dentro de cada ítem. Los ítems representan posibles motivaciones para el intento autolítico.

El 16,7% de la muestra que contestó y remitió la encuesta fue víctima de acoso o cyberbullying, El 25% se mostró “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con la cuestión 2: “En alguna medida la idea de hacerme daño la obtuve de las redes sociales” y la cuestión 3: “En alguna medida en las redes obtuve información acerca de cómo llevar a cabo el intento autolesivo”. El 83,3 % se posicionó en desacuerdo con la cuestión 4: “Obtuve apoyo en las redes por parte de otras personas para llevar a cabo el intento autolesivo”. El 75% se mostró “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con la cuestión 5 “Me comparaba con otras personas de las redes y esto me causaba gran malestar por sentir que yo “no era suficiente”

Gráfica 2. Respuestas a la pregunta nº2 de la encuesta



Nota: Las respuestas se encuentran expresadas en porcentajes respecto al total de la muestra (n=12).

- Cuestión 1: Fui víctima de acoso por internet o cyberbullying
- Cuestión 2: En alguna medida la idea de hacerme daño la obtuve de las redes sociales
- Cuestión 3: En alguna medida en las redes obtuve información acerca de cómo llevar a cabo el intento autolesivo
- Cuestión 4: Obtuve apoyo en las redes por parte de otras personas para llevar a cabo el intento autolesivo.

- *Cuestión 5: Me comparaba con otras personas de las redes y esto me causaba gran malestar por sentir que yo “no era suficiente”*

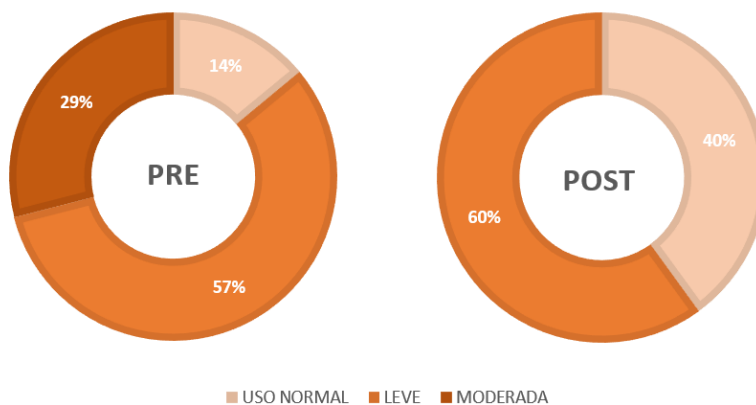
3.3.3. Análisis comparativo del cuestionario.

En el análisis comparativo de las respuestas al cuestionario de Adicción a las Redes Sociales que se obtuvieron en cada subgrupo, solamente se obtuvo una diferencia significativa en las respuestas relativas al ítem nº10 “*Descuido a mis amigos o familiares por estar conectado a las redes sociales*”, con un p-valor de 0,014. El 14% de los sujetos del subgrupo ‘prepandemia’ contestaron ‘siempre’ y el 71,4% ‘a veces’, mientras que en el subgrupo ‘postpandemia’ el 20% contestó ‘casi siempre’ y el 80% restante de respuestas se englobaban entre ‘nunca’ y ‘rara vez’ (**Anexo 4**).

3.3.4. Puntuación global.

Como se mencionó en el apartado 2.3.1.1, la suma de la puntuación de cada uno de los 11 ítems de la encuesta genera una puntuación global que indica si existe adicción a las redes sociales y en qué grado. Un 14% de los sujetos que ingresaron previamente al inicio de la pandemia hacía un uso normal de las redes sociales, cifra que ascendió al 40% en aquellos que ingresaron una vez superado el confinamiento (**Gráfica 3**).

Gráfica 3. Puntuación global de las respuestas a la encuesta de Adicción a las Redes Sociales.



Nota: ‘PRE’ hace referencia a aquellos sujetos que ingresaron previamente a la pandemia, ‘POST’ a aquellos que ingresaron una vez pasado el confinamiento domiciliario. ‘Leve’ y ‘moderada’ hacen alusión al grado de adicción a las redes.

Sumando ambos subgrupos, el 75% de total los sujetos que contestaron a la encuesta mostraban algún grado de adicción a las redes sociales, considerándose de intensidad leve en el 58% y moderada en el 17% restante.

No hubo ningún sujeto valorado como “elevada adicción a las redes sociales”.

4. DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos, podemos discutir la respuesta cada una de las tres cuestiones sobre las que se sustenta este estudio.

4.1. ¿Se ha incrementado el número de ingresos por intento autolítico en relación la pandemia SARS-COV-2?

Se objetivó un incremento del 17,6% en los ingresos por intento autolítico en la Unidad de Hospitalización breve de Psiquiatría Infanto-Juvenil, resultados acordes con la evidencia científica: el Programa Código Riesgo Suicidio de Cataluña observó un incremento del 25% en los intentos de suicidio en adolescentes catalanes durante los 12 primeros meses de pandemia COVID-19 respecto a los 12 meses previos [13]. En Estados Unidos se observó un incremento de los ingresos por intentos autolíticos del 15%, siendo la población con mayor representación (21% de los ingresos) aquella cuya edad se encuentra delimitada entre los 15 y 20 años [14].

A nivel nacional, según el INE, en España hubo un incremento respecto a 2019 del 7,4% en los suicidios consumados [9].

4.2. ¿Existen diferencias respecto al perfil del paciente ingresado y la metodología empleada en el intento antes y después de la pandemia?

Únicamente se obtuvieron resultados significativos en el análisis comparativo del método empleado en el intento autolítico, incrementándose los casos en los que se empleó una asociación entre venoclisis e intoxicación medicamentosa, apareciendo dos casos aislados de venoclisis y desapareciendo como métodos la intoxicación con productos químicos y arma de fuego (p -valor=0,05). No se observaron diferencias en otros parámetros como la edad de ingreso, sexo, situación de abuso sexual o número de intentos previos realizados. Por lo tanto, el perfil del suicida no varió de forma relevante con relación al existente previamente a la pandemia.

Se observó una prevalencia del 20,3% de acoso y del 8,1% de abuso sexual en la muestra.

Respecto al acoso (ya sea físico o ciberbullying), las cifras concuerdan con la prevalencia de la población adolescente general estimada en el metaanálisis de Kathryn et al [15], en el cual se estimaba que la prevalencia del bullying digital se encontraba en torno al 15% mientras que la del acoso físico en torno al 36%.

En cuanto al abuso sexual, nuestra prevalencia entra dentro de los valores estimados en metaanálisis [16,17].

4.3. ¿Los pacientes adolescentes que ingresan por este motivo, presentan un uso inadecuado de las redes sociales? ¿Hay diferencias en el uso inadecuado de las redes sociales en esta población antes y después del confinamiento?

Según los datos obtenidos de la Encuesta de Adicción a Redes Sociales, no existen diferencias significativas en el uso inadecuado de las redes sociales antes y después de la pandemia. Globalmente, en la muestra a estudio, la prevalencia de adicción en cualquier grado a las redes era del 75%, valor que supera con creces el de otros estudios [18–20].

Lu L *et al.* [18], en concordancia con nuestros resultados, aporta evidencia acerca de la existencia de una acción directa de la adicción al internet en la ideación suicida. Wang *et al.* [21] demuestran en un meta-análisis la presencia de una correlación positiva entre el Trastorno de Adicción a Internet y el incremento del riesgo de comportamientos suicidas (OR = 1,95; 95%IC 1,65-2,30). Ganser *et al.* [22] y Berardelli *et al.* [23] objetivaron que el grado de adicción a las redes sociales se encontraba directamente relacionado con el riesgo de intento autolítico. Kaess *et al.*[24], de forma inversa, demostraron que los comportamientos suicidas suponen un predictor relevante del uso patológico de internet.

Asimismo, las redes sociales parecen tener un papel facilitador a la hora llevar a cabo el acto suicida. Las respuestas a la pregunta número 2 de nuestro cuestionario pusieron en evidencia esta realidad, ya que el 25% de los sujetos aceptaron que obtuvieron la idea de hacerse daño y / o información acerca de cómo llevar a cabo el intento autolesivo de las redes. El 75% de los encuestados expresaron estar total o parcialmente de acuerdo con que las redes les causaban gran malestar al sentir que “no eran suficiente”, al proporcionarles el medio ideal para compararse continuamente con

otros. Incluso, un 17% refirió que obtuvo apoyo en las redes para llevar a cabo el intento autolesivo. Se podría hipotetizar que los sujetos exhiben síntomas o comportamientos suicidas como resultado de sus experiencias en línea. Sin embargo, se requiere investigación adicional para profundizar en los mecanismos subyacentes a esta posible relación causal.

4.4. Limitaciones.

Existen una serie de limitaciones que deben ser tenidas en consideración al interpretar los resultados de este estudio. Primero, la posible infraestimación del número de ingresos por intento de suicidio en la población infanto-juvenil de Castilla y León. Pese a que la unidad de Hospitalización breve de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid es la única disponible en la comunidad autónoma, las plazas son limitadas. Un número no desdeñable de pacientes que ingresan por un intento de suicidio lo hacen en las plantas de pediatría de sus hospitales de referencia, los casos de mayor riesgo en espera al traslado a la unidad en cuanto exista una plaza vacante. Algunos individuos que tienen entre 14 y 18 años ingresan en la planta psiquiatría de adultos pese a que les correspondería aún la Unidad infanto-juvenil. Además, aquellos intentos en los que se considera que el riesgo de recidiva es ínfimo son dados de alta tras su correcta evaluación y tratamiento en urgencias.

En relación al análisis de aquellos sujetos que han realizado más de un intento autolítico, los datos posiblemente se encuentran sesgados, pues aquellos que ingresaron antes de marzo de 2020 han sido seguidos durante dos años más que los del grupo posterior al confinamiento.

La investigación acerca del abuso sexual infantil se encuentra dificultada por diversas barreras metodológicas como es la inconsistencia en la definición del término “acoso sexual” [25]. Además, solo en el 50% de los casos los niños revelan el abuso y únicamente el 15% se denuncia a las autoridades al contar con muchas limitaciones para denunciar y no presentar habitualmente manifestaciones físicas inequívocas (debido al tipo de conductas sexuales realizadas: caricias, masturbaciones, etc.) [26].

En cuanto a la muestra para el análisis de la adicción a las redes sociales, se contactó telefónicamente con 69 de los 74 pacientes de la muestra inicial del estudio y no con la totalidad por carecer de sus números telefónicos. Aceptaron 12 individuos del grupo con un ingreso previo a la pandemia y 10 de aquellos que ingresaron

posteriormente a abril de 2020. Cabe recalcar lo sensible del tema a estudio reflejado en la pobre participación en la encuesta, los principales motivos de rechazo fueron la persistencia de un mal estado psicológico de los pacientes y el miedo a revivir experiencias desagradables ya pasadas. Incluso de los 22 que aceptaron realizarla, finalmente sólo 12 realmente la completaron.

5. CONCLUSIONES

Las restricciones de contacto social impuestas durante la pandemia del SARS-COV-2 tuvieron un claro y relevante impacto sobre el estado de ánimo y de salud mental de la población. Un efecto secundario del confinamiento fue el incremento de las conductas suicidas en la población infanto-juvenil como hemos podido objetivar en este estudio.

Los suicidios no siempre son secundarios a un trastorno mental. Existen una serie de factores no psiquiátricos que pueden incrementar el riesgo de suicidio, entre los que se encuentra el uso abusivo de internet y, en concreto, de las redes sociales. Internet es actualmente aceptado como parte de la sociedad moderna, constituyendo un medio esencial de comunicación. Las cifras correspondientes al uso de internet se incrementan de manera incesable, globalmente. Pese a que esta tendencia es observable en todas las edades, se da de manera más pronunciada en la población joven [24]. El presente estudio ha descrito, en una muestra población infanto-juvenil que ingresó por tentativa de suicidio, la existencia de un uso inadecuado de las redes sociales evidenciado mediante la presencia de una prevalencia elevada de adicción a las redes sociales o una elevada frecuencia de uso de estas.

No todo suicida acaba con su vida. Aquellos intentos de suicidio no perpetuados e individuos con ideación suicida son población a tiempo de intervención.

Incluso definiendo el suicidio como un hecho prevenible, no existe un plan nacional para su prevención en España. Es imperativo que se implemente de manera urgente, puesto que supone un problema de salud pública emergente y de gran magnitud. Como se ha puesto en evidencia en este y muchos otros trabajos de investigación, este plan de prevención no debería estar limitado al ámbito Sanitario, sino enfocarse en un abordaje integral del entorno laboral, educativo, familiar y sanitario. En marzo de 2023, ante el

aumento de casos relacionados con la salud mental, la Junta de Castilla y León anunció la creación de una Red de Detección y Alerta ante problemas de salud mental cuyo principal objetivo es reforzar la prevención y detección precoz de casos de manera coordinada entre educación, salud mental y servicios sociales.

ANEXOS.

Anexo 1. Encuesta de Adicción a las redes sociales.

1. ¿Con qué frecuencia se conectaba a las redes sociales durante los 3 meses previos a ingresar en el hospital en la Unidad de Psiquiatría?

- Estaba conectado/a todo el tiempo
- Entre 7 y 12 veces al día
- Entre 3 y 6 veces al día
- 1 o 2 veces al día
- 2 o 3 veces por semana
- 1 vez por semana

2. Indique en qué medida le sucedieron alguna de las siguientes situaciones durante los tres meses previos a su ingreso hospitalario. Siendo 0 equivalente a 'en absoluto' y 5 equivalente a 'totalmente de acuerdo'

- Fui víctima de acoso por internet o ciberbullying
- En alguna medida la idea de hacerme daño la obtuve de las redes sociales
- En alguna medida en las redes obtuve información acerca de como llevar a cabo el intento autolesivo
- Obtuve apoyo en las redes por parte de otras personas para llevar a cabo el intento autolesivo
- Me comparaba con otras personas de las redes y esto me causaba gran malestar por sentir que yo "no era suficiente"

A continuación se presentan 11 ítems referidos al uso de redes sociales, le rogamos que conteste con sinceridad, no existen respuestas adecuadas, buenas o malas. Marque con una X la casilla que corresponda a lo que usted recuerde que sentía, pensaba o hacía en LOS TRES MESES PREVIOS a que ingresara en el hospital en la Unidad de Psiquiatría.

S – siempre

CS – Casi siempre

AV – Algunas veces

RV – Rara vez

N – Nunca

Nº	DESCRIPCIÓN	S	CS	AV	RV	N
1	Siento gran necesidad de permanecer conectado/a a las redes sociales					
2	Necesito cada vez más tiempo para atender mis asuntos relacionados con las redes sociales					
3	El tiempo que antes destinaba a estar conectado/a a las redes sociales ya no me es suficiente, necesito más					
4	No sé qué hacer cuando no uso las redes sociales, me aburro					
5	Me pongo de malhumor cuando no puedo conectarme a las redes					
6	Me siento ansioso/a cuando no puedo conectarme a las redes sociales					
7	Entrar y usar las redes sociales me relaja, me alivia					
8	Invierto mucho tiempo del día en las redes sociales					
9	Estoy atento/a a las notificaciones que me envían de las redes sociales					
10	Descuido a mis amigos o familiares por estar conectado/a a las redes sociales (P.ej: no contesto cuando me están hablando por estar mirando el móvil)					
11	Aún cuando estoy en clase me conecto con disimulo a las redes sociales					

Anexo 2. Consentimiento informado para menores de edad.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</p> <p>Avda. Ramón y Cajal, 3 - 47003 Valladolid Tel.: 983 42 00 00 - Fax 983 25 75 11 gerente.hcuv@saludcastillaoleon.es</p>	<p>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS. MENORES DE 12 A 16 AÑOS HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</p>	 <p>Sacyl</p> <p>V.ABRIL-2020</p>
---	--	--

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS. MENORES DE 12 A 16 AÑOS HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

SERVICIO: Psiquiatría infanto-juvenil

INVESTIGADOR RESPONSABLE: María Parrilla Escobar

TELÉFONO DE CONTACTO: 9834200000

EMAIL:

NOMBRE DE LA LÍNEA DE TRABAJO: *'Uso de nuevas tecnologías en pacientes que ingresan en psiquiatría tras un intento de suicidio'*

VERSIÓN DE DOCUMENTO: (Número de versión, fecha): 2// 16/03/2023

I) Finalidad de la línea de trabajo propuesta:

El objetivo de este estudio es conocer si existe una asociación entre el uso abusivo de redes sociales y la patología autolesiva. Si acepta a participar simplemente deberá contestar un sencillo cuestionario, que será remitido vía email o carta postal según su preferencia.

Los resultados de estos estudios ayudarán probablemente a diagnosticar y/o tratar de manera más precisa a los enfermos con una enfermedad como la de su hijo/a.


II) Algunas consideraciones sobre su participación:

Es importante que Vds., como padre y madre o tutor legal del niño menor de 12 a 16 años, conozca varios aspectos importantes:

A) La participación es totalmente voluntaria. Dentro del proceso de asistencia hospitalaria por la enfermedad de su hijo/a, se realizará una encuesta clínica. Esta encuesta no interferirá con los procesos diagnósticos o terapéuticos que su hijo/a va a recibir por causa de su enfermedad

B) Puede plantear todas las dudas que considere sobre la participación de su hijo/a en este estudio.

C) No percibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por la participación en el estudio. No obstante, la información generada en el mismo podría ser fuente de beneficios comerciales. En tal caso, están previstos mecanismos para que estos beneficios reviertan en la salud de la población, aunque no de forma individual en el participante.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</p> <p>Avda. Ramón y Cajal, 3 - 47003 Valladolid Tel.: 983 42 00 00 - Fax 983 25 75 11 gerente.hcu@saludcastillayleon.es</p>	 <p>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS. MENORES DE 12 A 16 AÑOS HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</p>	 <p>V.ABRIL-2020</p>
--	--	---

D) Los datos personales serán tratados según lo dispuesto en la normativa que resulte de la aplicación, como es el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, General de Protección de Datos Personales, y su normativa de desarrollo tanto a nivel nacional como europeo.

E) La información obtenida se recogerá por el responsable del tratamiento en un registro de actividad, según la legislación vigente.

F) Los datos registrados serán tratados estadísticamente de forma codificada. En todo momento el participante tendrá derecho de acceso, modificación, oposición, rectificación o cancelación de los datos depositados en la base de datos siempre que expresamente lo solicite. Para ello deberá ponerse en contacto con el investigador principal. Los datos quedarán custodiados bajo la responsabilidad del Investigador Principal del Estudio, Dra. Parrilla Escobar. Para ejercer sus derechos puede ponerse en contacto con el delegado de protección de datos del Sacyl dpd@saludcastillayleon.es o dirigirse a la Agencia de Protección de Datos.

G) Los datos serán guardados de forma indefinida, lo que permitirá que puedan ser utilizados por el grupo del investigador principal en estudios futuros de investigación relacionados con la línea de trabajo arriba expuesta. Dichos datos podrán ser cedidos a otros investigadores designados por el Investigador Principal para trabajos relacionados con esta línea, siempre al servicio de proyectos que tengan alta calidad científica y respeto por los principios éticos. En estos dos últimos casos, se solicitará antes autorización al CEIm (Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos) Área de Salud Valladolid Éste.

H) La falta de consentimiento o la revocación de este consentimiento previamente otorgado no supondrá perjuicio alguno en la asistencia sanitaria que su hijo/a recibe/recibirá.

I) Es posible que los estudios realizados aporten información relevante para la salud de su hijo/a o la de sus familiares. Vds. tienen derecho a conocerla y transmitirla a sus familiares si así lo desea.

J) Sólo si Vds. lo desean, existe la posibilidad de que puedan ser contactados en el futuro para completar o actualizar la información asociada al estudio.

Se entrega copia de este documento al paciente

2

 <p>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</p> <p>Avda. Ramón y Cajal, 3 - 47003 Valladolid Tel.: 983 42 00 00 - Fax 983 25 75 11 gerente.hcu@saludcastillayleon.es</p>	<p>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS. MENORES DE 12 A 16 AÑOS HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</p>	 <p>V.ABRIL-2020</p>
--	--	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

Estudio _____

Yo, _____
(Nombre y apellidos del paciente a partir de 12 a 16 años)

Yo, _____
(Nombre y apellidos del padre o representante legal)

Yo, _____
(Nombre y apellidos de la madre o representante legal)

He leído la información que me ha sido entregada.
He recibido la hoja de información que me ha sido entregada.
He podido hacer preguntas sobre el estudio.
He recibido suficiente información sobre el estudio.
He hablado del estudio con JULIA RODRÍGUEZ WHITE
(Nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que la participación de mi hijo/a es voluntaria.
Comprendo que mi hijo/a puede retirarse del estudio:

- 1.- Cuando quiera.
- 2.- Sin tener que dar explicaciones.
- 3.- Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para que mi hijo/a participe en esta investigación.
Accedemos a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten con nosotros en el futuro en caso de que se necesite obtener nuevos datos. SI NO (marcar con una X lo que proceda)

Accedemos a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten con nosotros en caso de que los estudios realizados sobre los datos de mi hijo/a aporten información relevante para su salud o la de mis familiares SI NO (marcar con una X lo que proceda).

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.


FIRMA DEL PACIENTE DE 12 A 16 AÑOS NOMBRE Y APELLIDOS FECHA

FIRMA DEL PADRE REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE Y APELLIDOS FECHA

FIRMA DEL MADRE REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE Y APELLIDOS FECHA

Se entrega copia de este documento al paciente




3

 <p> <small>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</small> <small>Avenida Ramón y Cajal, 3 - 47003 Valladolid Tel.: 983 42 00 00 - Fax: 983 25 75 11 gerente.hcuv@saludcastillayleon.es</small> </p>	<p>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS. MENORES DE 12 A 16 AÑOS HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</p>	 <p><small>V.ABRIL-2020</small></p>
--	--	--

Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio, sus riesgos y beneficios potenciales al padre/madre/representante legal del menor, que el menor ha sido informado de acuerdo a sus capacidades, ha comprendido esta explicación y no hay oposición por su parte. El padre/madre/representante legal otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento. (El menor firmará su asentimiento cuando por su edad y madurez sea posible).

FIRMA DEL INVESTIGADOR	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA
	JULIA RODRÍGUEZ WHITE	17/03/2023

Se entrega copia de este documento al paciente

 <p>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</p>  <p>Avda. Ramón y Cajal, 3 - 47003 Valladolid Tel.: 983 42 00 00 - Fax 983 25 75 11 gerente.hcuv@saludcastillayleon.es</p>	<p>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS. MENORES DE 12 A 16 AÑOS HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</p>	 <p>V.ABRIL-2020</p>
---	--	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (CONTACTAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL)

Yo _____ revoco mi consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado con fecha _____

Nombre y apellidos del paciente:

FIRMA DEL PACIENTE DE 12 A 16 AÑOS	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA
------------------------------------	--------------------	-------

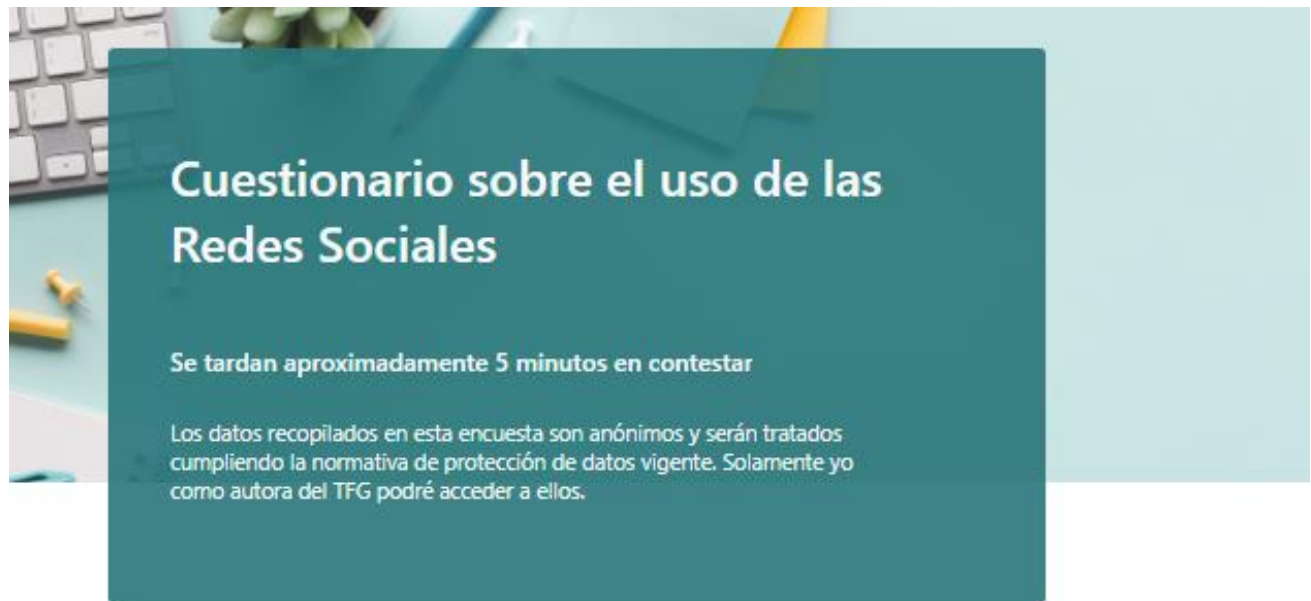
Yo _____ revoco el consentimiento de participación de mi hijo/a en el estudio, arriba firmado con fecha _____

FIRMA DEL PADRE REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA
--	-------

FIRMA DEL MADRE REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA
--	-------

Se entrega copia de este documento al paciente

Anexo 3. Formato Online de la Encuesta (creado con Microsoft Forms ®)



1. 1. ¿ Con qué frecuencia se conectaba a las redes sociales **durante los 3 meses previos a ingresar** en el hospital en la Unidad de Psiquiatría? *

- Estaba conectado/a todo el tiempo
- Entre 7 y 12 veces al día
- Entre 3 y 6 veces al día
- 1 o 2 veces al día
- 2 o 3 veces por semana
- 1 vez por semana

2. Indique en qué medida le sucedieron alguna de las siguientes situaciones **durante los tres meses previos a su ingreso hospitalario**. Siendo 0 equivalente a 'en absoluto' y 5 equivalente a 'totalmente de acuerdo' *

	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4	Opción 5
Fui víctima de acoso por internet o ciberbullying	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En alguna medida la idea de hacerme daño la obtuve de las redes sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En alguna medida en las redes obtuve información acerca de como llevar a cabo el intento autolesivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obtuve apoyo en las redes por parte de otras personas para llevar a cabo el intento autolesivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me comparaba con otras personas de las redes y esto me causaba gran malestar por sentir que yo "no era suficiente"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. A continuación se presentan 11 ítems referidos al uso de redes sociales, le rogamos que conteste con sinceridad, no existen respuestas adecuadas, buenas o malas. Marque la casilla que corresponda a lo que usted recuerde que sentía, pensaba o hacía en los tres meses previos a que ingresara en el hospital en la Unidad de Psiquiatría. *

	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
Siento gran necesidad de permanecer conectado/a a las redes sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necesito cada vez más tiempo para atender mis asuntos relacionados con las redes sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El tiempo que antes destinaba a estar conectado/a a las redes sociales ya no me es suficiente, necesito más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No sé qué hacer cuando no uso las redes sociales, me aburro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me pongo de malhumor cuando no puedo conectarme a las redes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Me siento ansioso/a cuando no puedo conectarme a las redes sociales

Entrar y usar las redes sociales me relaja, me alivia

Invierto mucho tiempo del día en las redes sociales

Estoy atento/a a las notificaciones que me envían de las redes sociales

Descuido a mis amigos o familiares por estar conectado/a a las redes sociales (P.ej: no contesto cuando me están hablando por estar mirando el móvil)

Aún cuando estoy en clase me conecto con disimulo a las redes sociales

Anexo 4. Análisis comparativo de las respuestas al cuestionario de Adicción a las Redes Sociales.

		Tiempo				p-valor
		PRE		POST		
		n	%	n	%	
Siento gran necesidad de permanecer conectado/a a las redes sociales	Nunca	0	0,0%	1	20,0%	0,139
	Rara vez	0	0,0%	1	20,0%	
	A veces	3	42,9%	0	0,0%	
	Casi siempre	2	28,6%	2	40,0%	
	Siempre	2	28,6%	1	20,0%	
Necesito cada vez más tiempo para atender mis asuntos relacionados con las redes sociales	Nunca	0	0,0%	1	20,0%	0,244
	Rara vez	4	57,1%	2	40,0%	
	A veces	0	0,0%	0	0,0%	
	Casi siempre	3	42,9%	1	20,0%	
	Siempre	0	0,0%	1	20,0%	
El tiempo que antes destinaba a estar conectado/a a las redes sociales ya no me es suficiente, necesito más	Nunca	2	28,6%	3	60,0%	0,395
	Rara vez	2	28,6%	0	0,0%	
	A veces	1	14,3%	1	20,0%	
	Casi siempre	2	28,6%	1	20,0%	
	Siempre	0	0,0%	0	0,0%	
No sé qué hacer cuando no uso las redes sociales, me aburro	Nunca	1	14,3%	1	20,0%	0,723
	Rara vez	1	14,3%	2	40,0%	
	A veces	2	28,6%	1	20,0%	
	Casi siempre	2	28,6%	1	20,0%	
	Siempre	1	14,3%	0	0,0%	
Me pongo de malhumor cuando no puedo conectarme a las redes	Nunca	1	14,3%	2	40,0%	0,384
	Rara vez	1	14,3%	0	0,0%	
	A veces	2	28,6%	1	20,0%	
	Casi siempre	3	42,9%	1	20,0%	
	Siempre	0	0,0%	1	20,0%	
Me siento ansioso/a cuando no puedo conectarme a las redes sociales	Nunca	1	14,3%	2	40,0%	0,304
	Rara vez	2	28,6%	0	0,0%	
	A veces	1	14,3%	2	40,0%	
	Casi siempre	1	14,3%	0	0,0%	
	Siempre	2	28,6%	1	20,0%	
Entrar y usar las redes sociales me relaja, me alivia	Nunca	2	28,6%	1	20,0%	0,304
	Rara vez	0	0,0%	2	40,0%	
	A veces	2	28,6%	1	20,0%	
	Casi siempre	2	28,6%	1	20,0%	
	Siempre	1	14,3%	0	0,0%	
Invierto mucho tiempo del día en las redes sociales	Nunca	0	0,0%	1	20,0%	0,513
	Rara vez	0	0,0%	0	0,0%	
	A veces	1	14,3%	1	20,0%	
	Casi siempre	3	42,9%	2	40,0%	
	Siempre	3	42,9%	1	20,0%	
Estoy atento/a a las notificaciones que me envían de las redes sociales	Nunca	0	0,0%	2	40,0%	0,1
	Rara vez	0	0,0%	0	0,0%	
	A veces	2	28,6%	2	40,0%	
	Casi siempre	2	28,6%	0	0,0%	
	Siempre	3	42,9%	1	20,0%	
Descuido a mis amigos o familiares por estar conectado/a a las redes sociales (P.ej: no contesto cuando me están hablando por estar mirando el móvil)	Nunca	1	14,3%	2	40,0%	0,014
	Rara vez	0	0,0%	2	40,0%	
	A veces	5	71,4%	0	0,0%	
	Casi siempre	0	0,0%	1	20,0%	
	Siempre	1	14,3%	0	0,0%	
Aun cuando estoy en clase me conecto con disimulo a las redes sociales	Nunca	2	28,6%	3	60,0%	0,147
	Rara vez	1	14,3%	1	20,0%	
	A veces	2	28,6%	0	0,0%	
	Casi siempre	0	0,0%	1	20,0%	
	Siempre	2	28,6%	0	0,0%	

BIBLIOGRAFÍA

1. Una de cada 100 muertes es por suicidio [Internet]. [citado 2023 abr 17];Available from: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
2. Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS - Estadísticas, Informes y Recopilaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Mortalidad [Internet]. [citado 2023 abr 17];Available from: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/mortalidad.htm>
3. Informe: Crecer saludable(mente). Análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia. | Save the Children [Internet]. [citado 2023 abr 17];Available from: <https://www.savethechildren.es/actualidad/informe-crecer-saludablemente-analisis-sobre-la-salud-mental-y-el-suicidio-en-la>
4. Suicidio.pdf [Internet]. [citado 2023 abr 17];Available from: <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
5. Andrade Salazar J, Parra M, Torres LD. Tendencias psicopatológicas en personas desplazadas y re-asentadas en personas desplazadas en el departamento del Quindío entre 2005 y 2011. *Agora USB* 2011;11:279-96.
6. Neurodesarrollo cerebral: ¿Qué sucede durante la adolescencia? [Internet]. Faros HSJBCN2022 [citado 2023 abr 17];Available from: <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/neurodesarrollo-cerebral-sucede-durante-adolescencia>
7. Neurodesarrollo | UNICEF [Internet]. [citado 2023 abr 17];Available from: <https://www.unicef.org/uruguay/documents/adolescentes-neurodesarrollo>
8. Riesgos | UNICEF [Internet]. [citado 2023 abr 17];Available from: <https://www.unicef.org/uruguay/documents/adolescentes-riesgos>
9. Observatorio del Suicidio en España 2020 [Internet]. Prevención del suicidio. [citado 2023 abr 17];Available from: <http://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>
10. Ramírez M de la CG, Rodríguez RFP, Bécquer RM. Salud mental en la infancia y adolescencia durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Pediatría* 2021;92:e1342.
11. Grunewald K, Deng J, Wertz J, Schweizer S. The effect of online social evaluation on mood and cognition in young people. *Sci Rep* 2022;12:20999.
12. Ecurra Mayaute, Miguel SBlasE. Construcción y validación del cuestionario de Adicción a Redes Sociales (ARS). 20 Feb 2014 2014;20:73-91.

13. 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.
14. Xiao Y, Junus A, Li T, Yip P. Temporal and spatial trends in suicide-related visits before and during the COVID-19 pandemic in the US, 2018–2021. *J Affect Disord* 2023;324:24-35.
15. Modecki KL, Minchin J, Harbaugh AG, Guerra NG, Runions KC. Bullying Prevalence Across Contexts: A Meta-analysis Measuring Cyber and Traditional Bullying. *Journal of Adolescent Health* 2014;55:602-11.
16. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* 2013;58:469-83.
17. Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse & Neglect* 1997;21:391-8.
18. Lu L, Jian S, Dong M, Gao J, Zhang T, Chen X, et al. Childhood trauma and suicidal ideation among Chinese university students: the mediating effect of Internet addiction and school bullying victimisation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2020;29:e152.
19. Wan Ismail WS, Sim ST, Tan KA, Bahar N, Ibrahim N, Mahadevan R, et al. The relations of internet and smartphone addictions to depression, anxiety, stress, and suicidality among public university students in Klang Valley, Malaysia. *Perspectives in Psychiatric Care* 2020;56:949-55.
20. Fischer G, Brunner R, Parzer P, Klug K, Durkee T, Carli V, et al. [Depression, deliberate self-harm and suicidal behaviour in adolescents engaging in risky and pathological internet use]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2012;61:16-31.
21. Wang J, Hao QH, Tu Y, Peng W, Wang Y, Li H, et al. Assessing the Association Between Internet Addiction Disorder and Health Risk Behaviors Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Public Health* 2022;10:809232.
22. Gansner M, Belfort E, Cook B, Leahy C, Colon-Perez A, Mirda D, et al. Problematic Internet Use and Associated High-Risk Behavior in an Adolescent Clinical Sample: Results from a Survey of Psychiatrically Hospitalized Youth. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 2019;22:349-54.
23. Berardelli I, Corigliano V, Hawkins M, Comparelli A, Erbuto D, Pompili M. Lifestyle Interventions and Prevention of Suicide. *Frontiers in Psychiatry* 2018; 9: 567
24. Kaess M, Durkee T, Brunner R, Carli V, Parzer P, Wasserman C, et al. Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014;23:1093-102.

25. Goldman JDG, Padayachi UK. Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. *The Journal of Sex Research* 2000;37:305-14.
26. Echeburúa E, Corral P de. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense* 2006;75-82.

PÓSTER

USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ADOLESCENTES QUE INGRESAN EN PSIQUIATRÍA TRAS UN INTENTO DE SUICIDIO. DIFERENCIAS TRAS LA PANDEMIA.

Autor: **Rodríguez White, Julia** – Alumna de 6º de Medicina, Universidad de Valladolid
 Tutor: **Parrilla Escobar, M^a Avelina** – Profesora asociada, Médico Especialista en Psiquiatría infanto-Juvenil, Hospital Clínico Universitario de Valladolid



Antecedentes

En 2020, en la franja de edad de 15 a 29 años, el suicidio se convirtió en la primera causa de muerte externa y la segunda causa de fallecimiento general.

Hipótesis

1. ¿Se ha incrementado el número de ingresos por intento autolítico en adolescentes en relación con la pandemia Sars-Cov2?
2. ¿Existen diferencias respecto al perfil sociodemográfico del paciente ingresado y la metodología empleada en el intento antes y después de la pandemia?
3. ¿Los pacientes adolescentes que ingresan por este motivo, presentan un uso inadecuado de las redes sociales? ¿Existen diferencias en el uso inadecuado de las redes sociales en esta población antes y después del confinamiento?

Métodos

Tipo de estudio. Consta de dos partes:

1ª Parte) Estudio retrospectivo, observacional, de carácter descriptivo.

2ª Parte) Encuesta contestada de forma retrospectiva por el sujeto, destinado a determinar el grado de adicción a las redes sociales que presentaban el momento previo al ingreso.

Muestra: Pacientes con motivo de ingreso en la Unidad de Hospitalización breve de Psiquiatría infanto-juvenil del HCUV: 'Intento autolítico' y /o 'Intoxicación medicamentosa'. Dos periodos diferenciados: 'prepandemia' (marzo de 2018 - marzo de 2020) y 'postpandemia' (junio de 2020 - junio de 2022). N = 74 (34 prepandemia y 40 postpandemia).

Variables: Nº de intentos autolíticos, método empleado, edad, sexo, antecedente de abuso sexual o acoso.

Resultados



Conclusiones

Un efecto secundario del confinamiento fue el incremento de las conductas suicidas en la población adolescente. Existen una serie de factores no psiquiátricos que pueden incrementar el riesgo de suicidio, como el uso abusivo de internet y, en concreto, de las redes sociales, actuando como factor facilitador.