

Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico

Non suicidal self injuries in clinical practice

Juana Villarroel G.¹, Sonia Jerez C.¹, M. Angélica Montenegro M.²,
Cristian Montes A.³, Mirko Igor M.⁴ y Hernán Silva I.¹

Self-injurious acts are understood as transnosologic behaviors, which by their vital risk and psychopathological complexity require a specific medical diagnosis and treatment. Their management should be known by psychiatrists and other medical specialties. There are varied reasons that can trigger these maladaptive behaviors which are coming from the specific difficulties arising from the patient's mental state. It is essential to identify the presence of triggering or concomitant psychiatric disorders for the appropriate guiding of clinical management.

Key words: Self-harm behaviors, suicidality, personality disorders, NSSI.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2013; 51 (1): 38-45

Introducción

La observación directa o indirecta de conductas autolesivas deliberadamente autoprovocadas por una persona con o sin patología mental diagnosticada, provoca gran impacto social, ya que la búsqueda de la sobrevivencia es un principio inherente tanto a los seres humanos como al resto de los animales. En la práctica médica, estas conductas constituyen un problema clínico cada vez más frecuente. No obstante, habitualmente son pobremente comprendidas generando sentimientos ambivalentes en los profesionales de la salud.

Esclarecer el concepto de conductas autolesivas, estableciendo sus límites y factores de riesgo, permite proponer un apropiado abordaje diagnóstico y terapéutico. De este modo es posible contribuir a ayudar más eficientemente a las personas que padecen este síndrome conductual.

Se realiza un trabajo de revisión bibliográfica, incluyendo la literatura publicada entre los años 1960 y 2010, en revistas indexadas ISI, revistas no indexadas nacionales y capítulos de libros. Debe explicitarse que este artículo no tiene el objetivo de ser una revisión bibliográfica sistemática, sino más bien una lectura comprensiva de la literatura

Recibido: 16/08/2012

Aceptado: 05/03/2013

No existe conflicto de intereses. No se recibió financiamiento alguno.

Unidad de Trastornos de la Personalidad. Clínica Psiquiátrica Universitaria, Hospital Clínico de la Universidad de Chile:

¹ Médico Psiquiatra.

² Terapeuta Ocupacional.

³ Psicólogo Clínico.

⁴ Médico en Programa de Formación de Especialidad en Psiquiatría adultos. Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

relevante respecto del tema, dirigida a lograr aclaraciones conceptuales que permitan delinear orientaciones tanto diagnósticas como terapéuticas.

En esta primera parte se analizará aspectos conceptuales, epidemiológicos, clínicos y diagnósticos. En una próxima segunda parte se revisará aspectos biológicos y terapéuticos.

Definición

La literatura anglosajona se refiere a las conductas no suicidas deliberadamente provocadas en el propio cuerpo como “deliberate self harm”, “self destructive behaviors” y “autoinjurious behaviors”. La denominación propuesta para el manual DSM-V es “non suicidal self injurious” (NSSI).

Para conceptualizar las conductas autolesivas deliberadas es necesario precisar que éstas no constituyen una patología en sí mismas, sino son un síndrome posible de ser encontrado en diversas patologías psiquiátricas.

Una conducta autolesiva se define como toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte^{1,2}.

La ideación y los actos que tienen intención suicida están excluidos de esta definición³.

Que este acto sea deliberado hace referencia a que no se trata de algo accidental, sino que es intencional y directo, es decir, que busca tener un impacto inmediato sobre el cuerpo. En general no existe intención de morir; sin embargo, en la práctica clínica se encuentra que puede haber cierta ambivalencia al respecto.

El concepto excluye los rituales y prácticas culturales. Las autolesiones culturalmente determinadas son repetidas por muchas generaciones de una cultura particular; en general son de la misma naturaleza, enmarcadas en un contexto de creencias y tradiciones compartidas por todos sus miembros y muchas veces con un claro significado simbólico. En consecuencia constituyen un acto de pureza, valentía y/o de pertenencia a una subcultura o estamento.

El concepto también excluye el beber, fumar y comer en exceso pues si bien generan un daño, la

principal motivación de estas conductas es la búsqueda de placer; por lo que no son consideradas autoinjurias, aunque indudablemente provocan daño indirecto a largo plazo⁴.

Epidemiología

Resulta complejo establecer prevalencias poblacionales basadas en la literatura científica disponible por distintas razones, primero porque la mayoría de los estudios clínicos describen las características de los sujetos que solicitan ayuda psiquiátrica, quienes constituyen sólo una proporción de la población que incurre en estas conductas; segundo, por razones de variabilidad conceptual del término, mientras algunos autores consideran una definición amplia de las conductas autolesivas (incluyendo desde la ideación de muerte hasta los intentos con fines suicidas), otros restringen el concepto excluyendo todas las conductas cuyo objetivo principal es lograr la muerte. En adelante se discutirá sólo las estadísticas que se restringen al concepto restringido de conducta autolesiva sin fines suicidas.

Estimaciones de prevalencia en poblaciones clínicas encuentran que el 21% de los adultos⁵ y el 30 a 40% de los adolescentes⁶ que requieren hospitalización psiquiátrica es porque se han provocado alguna conducta autolesiva.

En estudios comunitarios aplicados en población general, se describe que el 13 a 29% de los adolescentes^{7,8} y el 4 a 6% de los adultos^{5,9} ha presentado esta conducta al menos una vez en la vida. El mayor estudio poblacional publicado reporta conductas autolesivas repetidas (4 o más veces al año) en el 4% de la población adolescente¹⁰.

Estudios clínicos y poblacionales ubican la edad de comienzo entre los 10 y 15 años^{11,12}, encontrándose que el inicio de estas conductas después de los 30 años es muy infrecuente¹³.

Tradicionalmente se ha descrito que las conductas autolesivas son más frecuentes en las mujeres, existiendo suficiente evidencia de esto en la población adolescente^{7,14,15}. No obstante, en adultos los datos son contradictorios, tanto en poblaciones generales como clínicas, lo que no permite asegurar

que las mujeres adultas muestren mayor prevalencia que los varones en el mismo rango etario^{16,17}.

Características clínicas

Las autoagresiones más comúnmente observadas son los cortes y magulladuras en las extremidades y abdomen, producidos con objetos corto punzantes, también escoriarse la piel hasta sangrar, quemarse o introducirse objetos subdérmicos. Debe destacarse que lo más frecuente es el uso de múltiples y distintos métodos en cada ocasión. Se describe que las mujeres muestran preferencia por cortarse superficialmente los antebrazos, mientras que los hombres optan por golpearse o quemarse las extremidades^{17,18}.

Son factores de riesgo pertenecer al género femenino, ser adolescente, de bajo nivel socioeconómico, con orientación homosexual o bisexual y presentar el antecedente de haberse criado en un ambiente familiar adverso (violencia intrafamiliar, abuso, separaciones, madre muy joven, escaso nivel educacional).

Clasificación de las formas de presentación clínica

Una de las clasificaciones más útiles en la práctica clínica es la propuesta por Simeon y Favazza en 1995:

1. Conductas autolesivas mayores:

Son actos infrecuentes que producen grave daño tisular, tales como castración, enucleación ocular y amputación de extremidades. Su aparición es repentina, impulsiva y cruenta. Alrededor del 75% ocurre durante episodios psicóticos, generalmente en esquizofrenia, de los cuales la mitad se presenta durante el primer episodio psicótico¹⁹. También pueden aparecer en trastornos anímicos graves, intoxicaciones, encefalitis, transexualismo y trastornos de personalidad severos^{20,21}.

2. Conductas autolesivas estereotipadas:

Este tipo de conductas se observan con mayor frecuencia en trastornos del espectro autista, retardo mental severo y patologías neurológicas como

síndrome de Lesch Nyhan, Cornelia de Lange y Prader Willi. Los pacientes se golpean la cabeza repetitivamente, se muerden labios, lengua, mejillas y manos, se rasguñan la piel, se abofetean la cara y se tiran el cabello. En general, la severidad del daño es moderado y poseen una frecuencia altamente repetitiva y un patrón de presentación rígido e inflexible.

3. Conductas autolesivas compulsivas:

Abarcan conductas repetitivas como rascarse reiteradamente la piel produciéndose excoりaciones, morderse las uñas o tirarse el cabello. La intensidad del daño es leve a moderada, con una frecuencia repetitiva y un patrón compulsivo, a veces experimentada como actos automáticos. Ocasionalmente puede observarse en sujetos con delirio de parasitosis.

4. Conductas autolesivas impulsivas:

Las más frecuentes son cortarse o quemarse la piel, introducirse objetos punzantes en espacio subdérmico, creando incluso cavidades en los tejidos. La severidad del daño fluctúa de leve a moderado, se presenta ocasionalmente y puede ser ritualizado, y/o simbólico. Se observa con mayor frecuencia en mujeres con trastornos de personalidad, especialmente en trastorno límite, trastorno por estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos anímicos y particularmente en individuos con antecedentes de abuso sexual en la infancia. Esta categoría se puede subdividir además en autoagresiones impulsivas episódicas y autoagresiones repetitivas. En las autoagresiones impulsivas episódicas existe un temor constante por dañarse a sí mismo, es decir, la conducta se vive con egodistonía, el sujeto intenta resistirse a los impulsos autolesivos pero fracasa en forma recurrente. En general, en este tipo de conductas se observa un aumento de la tensión previa a autoinferirse el daño físico, con gratificación o alivio posterior a la ejecución de la lesión.

En las autoagresiones impulsivas repetitivas se especula la existencia de cierta predisposición obsesivo-compulsiva. La conducta puede darse con una frecuencia casi diaria, sin un claro evento

precipitante externo o interno, y se presenta con un patrón compulsivo-adictivo. Es más común en mujeres, comienza en la preadolescencia, pero también puede observarse en el período de latencia y en preescolares. Persiste por décadas e incluso durante toda la vida. Este tipo de autoagresiones se asocia a trastornos de personalidad del Cluster B, a trastorno por estrés postraumático, a trastornos disociativos y a trastornos de la conducta alimentaria²².

Aproximación comprensiva de las motivaciones para desarrollar conductas autolesivas

Klonsky resume los principales modelos biopsicosociales propuestos por otros autores²³:

1. Modelo de la regulación de los afectos:

Sugiere que la autoinjuria es una estrategia para aliviar afectos negativos agudos e intensos²⁴⁻²⁶. Desde las perspectivas sistémica y cognitiva, se postula que ambientes tempranos invalidantes dificultan el desarrollo de apropiadas estrategias de afrontamiento del estrés emocional. Sujetos que se han desarrollado en estos ambientes y son vulnerables biológicamente hacia la inestabilidad emocional, pueden encontrar en las conductas autolesivas medios útiles para regular afectos negativos intolerables.

2. Modelo de la disociación:

Comprende la autoinjuria como una respuesta a la aparición de estados de disociación, de despersonalización y/o desrealización. Gunderson plantea que algunos sujetos temperamentales vulnerables pueden precipitarse en estados de disociación cuando se alejan de un objeto amado; este estado displacentero puede gatillar una conducta lesiva con el objetivo de recontactarse con el sentido de mismidad y propiedad corporal a través del dolor, permitiéndoles sentirse reales y revitalizados.

3. Modelo de conducta suicida alternativa:

La conducta autolesiva aparecería como un mecanismo adaptativo de resistirse al deseo genuino de quitarse la vida. Producirse una lesión cutánea

sería una forma alternativa de expresar pensamientos y sentimientos autodestructivos, sin el riesgo directo de morir²⁷.

4. Modelo de influencia interpersonal:

La conducta autolesiva sería usada para influir sobre las conductas, afectos y decisiones de otras personas significativas. Autolesionarse debería ser comprendido como una voz de alarma, un medio para evitar el abandono o un intento por ser valorado²⁷.

5. Modelo de los límites interpersonales:

Sostiene que el sujeto que no ha desarrollado un sentido de identidad integrado vivencia una dolorosa dificultad para individuarse y separarse de objetos significativos. Dañarse la piel como órgano que separa físicamente al individuo de su entorno y los otros, le permitiría distinguir concretamente su identidad física para afirmar su autonomía^{28,29}.

6. Modelo del castigo:

Marsha Linehan plantea que los sujetos que han crecido en ambientes tempranos desfavorables aprenden que el castigo y la invalidación son aceptables e incluso necesarios para moldear comportamientos. La autolesión es vivida egosintónicamente, constituyéndose en una conducta de autocontrol dirigida a incentivar y mantener comportamientos deseables colectivamente³⁰.

7.- Modelo de búsqueda de sensaciones:

Comprende la autolesión como una forma de generar excitación o regocijo en un sujeto necesitado de emociones intensas para sentirse contactado con la vida. Se plantea que biológicamente tendrían un estado hipohedónico basal que los impulsaría a la búsqueda activa de sensaciones límites placenteras y a la vez dolorosas. Estas conductas se caracterizan por ser repetidas adictivamente, privilegiando la obtención de novedad por sobre la evitación de daño a sí mismo^{31,32}.

Conductas autolesivas versus intentos suicidas

Las conductas autolesivas sin fines suicidas pueden parecer similares clínicamente a los in-

tentos genuinos por morir, en la medida que implican agresión directa al sí mismo y en que están presentes en una amplia gama de diagnósticos psiquiátricos. Sin embargo, a diferencia de los intentos suicidas, el impacto de estas conductas es inmediato y de corta duración, y la conducta puede ser repetida muchas veces hasta obtener el efecto deseado. La conducta no es vislumbrada como una forma de terminar con la vida, ni de “realizar una pausa y desaparecer”, sino como una forma de mantener controladas las emociones negativas, detener el displacer y afrontar contingencias, para luego continuar con los objetivos trazados para la propia biografía.

Teóricamente, las conductas autolesivas pueden diferenciarse de los intentos suicidas en tres aspectos básicos: intención, repetición y letalidad³³⁻³⁶. El intento suicida tiene como intención terminar con la vida, a diferencia de las conductas autolesivas que pueden tener motivaciones como las anteriormente descritas. Las conductas autolesivas tienden a presentarse repetitivamente, a diferencia de los intentos suicidas que son ocasionales. Las conductas autolesivas tienden a usar métodos de daño de baja letalidad, en comparación con la mayor letalidad del intento por morir.

Pese a las claras diferencias teóricas descritas, en la práctica clínica se observa que estas conductas pueden presentarse conjuntamente en sujetos vulnerables. En personas con historia de conductas autolesivas, se encuentra que el 33 a 37% de los adolescentes también reporta al menos un intento suicida durante el último año^{6,37}. En adultos, entre 16 y 25% presentan antecedentes de ambas conductas^{38,39}.

Existe suficiente evidencia para afirmar que el antecedente de conductas autolesivas es uno de los más potentes predictores de suicidio consumado⁴⁰⁻⁴². Estudios de seguimiento señalan que, alrededor de 9 años después de haber cometido un acto de autoinjuria, el 5% de los autoagresores habrá consumado suicidio⁴³. El mayor riesgo de muerte se presenta dentro de los primeros 6 meses luego de una autoagresión⁴⁴.

Hawton calcula que, durante un año después de autolesionarse, el riesgo de suicidio es 60 veces

mayor que en la población general⁴⁵. Aunque las autolesiones predicen intentos suicidas futuros, los intentos suicidas no predicen futuras autolesiones^{37,46}.

Trastorno de personalidad límite y conductas autolesivas

En el manual diagnóstico DSM-IV, las conductas autolesivas sin fines suicidas no están tipificadas como una entidad clínica específica, apareciendo únicamente como parte de los criterios diagnósticos para el trastorno límite de personalidad; esta asociación se basa en que estudios en población clínica muestran que más del 70% de los sujetos con diagnóstico de trastorno límite de personalidad realizan conductas autolesivas repetitivas con distintas motivaciones, sin embargo, no existen suficientes estudios realizados en población general que permitan evaluar la asociación (o ausencia de asociación) entre estas conductas y otros diagnósticos psiquiátricos.

Se plantea que los factores que aumentan el riesgo de autolesiones en sujetos con trastorno límite de personalidad son la presencia de impulsividad, inestabilidad afectiva, apego inseguro y difusión de identidad. En estos sujetos, la presencia de comorbilidad con una o más patologías del eje I aumenta el riesgo de repetir autolesiones así como el riesgo de realizar intentos suicidas de alta letalidad⁴⁷⁻⁵¹.

Implicancias clínicas

El apropiado entrenamiento de un profesional de la salud mental en identificar las características y motivaciones de una conducta autolesiva específica, permite evaluar el riesgo vital de un paciente para planificar las intervenciones terapéuticas necesarias y suficientes en cada situación clínica. El tratamiento psiquiátrico integral de un sujeto que se autolesiona sin el objetivo de morir resulta diametralmente distinto del tratamiento de un sujeto que decide terminar con su vida, la sospe-

cha de intencionalidad suicida obliga a un manejo clínico altamente restrictivo, en el contexto de una intervención médica intensiva que se impone a la voluntad tanto del propio paciente como de su familia. Implementar un manejo psiquiátrico de esta complejidad no sólo resulta costoso, desgastador y excesivo si la motivación del paciente no es morir, sino que además interfiere con el vínculo terapéutico y la necesaria comprensión psicológica y relacional de la conducta, llegando incluso a empeorar la evolución del paciente.

En la contraparte, subvalorar la intencionalidad autolítica de un paciente, malinterpretando sus motivaciones puede conducir a la catástrofe de no identificar ni ofrecer ayuda a un potencial suicida.

Conclusiones

Las conductas autolesivas sin fines suicidas constituyen un comportamiento complejo, presente en un amplio rango de patologías psiquiátricas tanto de eje I como de eje II. Las formas de presentación de estas conductas, tanto en el curso longitudinal como transversal, son diversas y la presencia de comorbilidad aumenta significativamente su gravedad clínica. Estas características obligan al médico a evaluar acuciosamente los diagnósticos psiquiátricos presentes, los antecedentes epidemiológicos del caso y el contexto en el que aparece. El abordaje comprensivo e integrado del paciente, de su conducta y de su ambiente, permitirá planear un óptimo manejo terapéutico multidisciplinario.

Resumen

Las conductas autoagresivas pueden comprenderse como comportamientos transnosológicos que, por su riesgo vital y complejidad psicopatológica, requieren de un diagnóstico y manejo médico específicos. Este manejo debe ser conocido tanto por el médico psiquiatra como por facultativos de otras especialidades. Existen variadas motivaciones que pueden desencadenar conductas autolesivas, las que tienen su origen en dificultades específicas relacionadas con el estado mental del paciente. Resulta imperativo identificar la presencia de patologías psiquiátricas desencadenantes, o concomitantes, para orientar el apropiado manejo clínico.

Palabras clave: Conductas autolesivas, suicidalidad, trastornos de personalidad.

Referencias bibliográficas

1. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6: 339-63.
2. Favazza AR. Treatment of patients with self-injurious behavior. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 954-5.
3. Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 306-17.
4. Baumeister RF, Scher SJ. Self-defeating behavior patterns among normal individuals: review and analysis of common self-destructive tendencies. *Psychol Bull* 1988; 104: 3-22.
5. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68: 609-20.
6. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008; 37: 363-75.
7. Baetens I, Claes L, Muehlenkamp J, Grietens H, Onghena P. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Arch Suicide Res* 2011; 15: 56-67.
8. Brausch AM, Gutiérrez PM. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *J Youth Adolesc* 2010; 39: 233-42.

9. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med* 2011; 41: 1981-6.
10. Brunner R, Parzer P, Haffner J, *et al.* Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 641-9.
11. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 885-90.
12. Whitlock J, Knox KL. The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 634-40.
13. Herpertz S. Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91: 57-68.
14. Plener PL, Libal G, Keller F, Fegert JM, Muehlenkamp JJ. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med* 2009; 39: 1549-58.
15. Yates TM, Tracy AJ, Luthar SS. Nonsuicidal self-injury among "privileged" youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 52-62.
16. Bureau JE, Martin J, Freynet N, *et al.* Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *J Youth Adolesc* 2010; 39: 484-94.
17. Andover MS, Primack JM, Gibb BE, Pepper CM. An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Arch Suicide Res* 2010; 14: 79-88.
18. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J. Variation in nonsuicidal self-injury: identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008; 37: 725-35.
19. Large M, Babidge N, Andrews D, Storey P, Nielssen O. Major self-mutilation in the first episode of psychosis. *Schizophr Bull* 2009; 35: 1012-21.
20. Cleveland SE. Three cases of self-castration. *J Nerv Ment Dis* 1956; 123: 386-91.
21. Kushner AW. Two cases of auto-castration due to religious delusions. *Br J Med Psychol* 1967; 40: 293-8.
22. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 283-9.
23. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 226-39.
24. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44: 134-40.
25. Gratz KL. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *Am J Orthopsychiatry* 2006; 76: 238-50.
26. Haines J, Williams CL, Brain KL, Wilson GV. The psychophysiology of self-mutilation. *J Abnorm Psychol* 1995; 104: 471-89.
27. Chohanec GD, Josephson AM, Coleman C, Davis H. Self-harming behavior in incarcerated male delinquent adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 202-7.
28. Carroll J, Schaffer C, Spensley J, Abramowitz SI. Family experiences of self-mutilating patients. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 852-3.
29. Friedman M, Glasser M, Laufer E, Laufer M, Wohl M. Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from a psychoanalytic research project. *Int J Psychoanal* 1972; 53: 179-83.
30. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1501-8.
31. Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S. Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1333-41.
32. Osuch EA, Noll JG, Putnam FW. The motivations for self-injury in psychiatric inpatients. *Psychiatry* 1999; 62: 334-46.
33. Guertin T, Lloyd-Richardson E, Spirito A, Donaldson D, Boergers J. Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 1062-9.
34. Muehlenkamp JJ, Gutiérrez PM. An investigation

- of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 12-23.
35. Patton GC, Harris R, Carlin JB, *et al.* Adolescent suicidal behaviours: a population-based study of risk. *Psychol Med* 1997; 27: 715-24.
 36. Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 2002; 111: 198-202.
 37. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, *et al.* Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50: 772-81.
 38. Wilcox HC, Arria, AM, Caldeira KM, *et al.* Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychol Med* 2011; 42: 717-26.
 39. Bebbington PE, Minot S, Cooper C, *et al.* Suicidal ideation, self-harm and attempted suicide: results from the British psychiatric morbidity survey 2000. *Eur Psychiatry* 2010; 25: 427-31.
 40. Boxer P. Variations in risk and treatment factors among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm in an inpatient sample. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2010; 39: 470-80.
 41. Hawton K, Harriss L. How often does deliberate self-harm occur relative to each suicide? A study of variations by gender and age. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38: 650-60.
 42. Portzky G, van Heeringen K. Deliberate self-harm in adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 337-42.
 43. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 193-9.
 44. Cooper J, Kapur N, Webb R, *et al.* Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 297-303.
 45. Harriss L, Hawton K. Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide: the predictive power of the Suicide Intent Scale. *J Affect Disord* 2005; 86: 225-33.
 46. Prinstein MJ, Nock, MK, Simon V, *et al.* Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 92-103.
 47. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 259-68.
 48. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 386-405.
 49. Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res* 2006; 144: 65-72.
 50. Lynam DR, Miller JD, Miller DJ, Bornovalova MA, Lejuez CW. Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: a test of the incremental validity of the UPPS model. *Personal Disord* 2011; 2: 151-60.
 51. Muehlenkamp JJ, Kerr PL, Bradley AR, Adams Larsen M. Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 258-63.

Correspondencia:

Juana Villarroel Garrido
 Avenida la Paz 1003, Recoleta, Santiago de Chile.
 Fono: 02-9788601.
 Fax: 02-7776786.
 Celular: 08-8391827.
 E-mail: juanavillarroel@uchile.cl