

Función de las autolesiones y su relación con la disociación y la organización de la personalidad

Brenda Tarragona Medina

<http://hdl.handle.net/10803/670259>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

Título **Función de las autolesiones y su relación con la disociación y la organización de la personalidad**

Realizada por **Brenda Tarragona Medina**

en el Centro **Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna**

y en el Departamento **de Psicología**

Dirigida por **Dr. Carles Pérez-Testor y Dra. Nuria Ribas-Fitó**

AGRAÏMENTS

Aquesta tesis és l'esforç de molt de temps i dedicació. Tot es va iniciar amb el recolzament de l'equip Directiu de la Fundació Orienta. Agraeixo a la Teresa, l'Alfons i l'Andreu per haver-me animat a tirar endavant aquesta tesis.

Agraeixo també a la Lina Normandin el haver-me facilitat la col·laboració en els seus projectes de recerca com a part de la col·laboració entre les nostres institucions. Això m'ha permès no sols desenvolupar els estudis que componen la meva tesis sinó formar-me i aprendre d'ella el tractament d'adolescents amb TLP.

A continuació als meus directors de tesis, Carles i Núria. Gràcies pels vostres consells i les vostres revisions, que m'ha ajudat a ordenar les idees i clarificar conceptes. Núria, a més d'haver estat la meva directora i companya de feina, puc dir que ets una gran amiga.

Gràcies als companys de feina, amics i família, que m'han animat sempre a tirar endavant, tot i la feina laboral i les obligacions familiars, encoratjant-me a seguir i acabar.

També vull agrair als participants dels estudis, anònims per mi, per l'esforç en respondre els qüestionaris i per col·laborar en el major coneixement de les autolesions.

Però sobretot, aquest treball no hagués estat possible sense l'ajut incondicional de dues persones. Primer de tot, al meu marit (ara ja si) Axel per acompanyar-me en aquest llarg viatge, no sols el de la tesis sinó en el viatge de la vida. En el temps que ha durat aquesta feina, les nostres vides s'han unit més que mai, amb el naixement de dos fills i recentment en matrimoni. Gràcies per el teu recolzament i paciència, per totes les hores que no hem pogut estar junts, per emportar-te els nens a passejar perquè jo pogués treballar i per animar-me, escoltar-me i contagiar-me el teu bon humor i optimisme. I a la meva mare, de la que he heretat la capacitat d'esforç per seguir endavant i no abandonar, el desig de formar-me i les ganes de millorar dia a dia. Gràcies al teu recolzament i als teus ànims he pogut mantenir aquest projecte i portar-lo a terme. Gràcies per totes les tardes que has estat amb la petita, per totes les nits que ha dormit a casa teva. Gràcies per escoltar-me quan semblava que no acabava. No ha estat fàcil compaginar la vida familiar, la feina i la tesis però gràcies a vosaltres ha estat possible.

Moltes gràcies

Brenda

TÍTULO: Función de las autolesiones y su relación con la disociación y la organización de la personalidad

RESUMEN

Las Autolesiones No Suicidas (ANS) son un fenómeno creciente entre los adolescentes de la población general. Son conductas con gran variabilidad en cuanto a definición y comprensión de sus mecanismos psicopatológicos subyacentes. Representan un problema de salud pública, porque motivan un gran número de consultas a urgencias. La adolescencia es una etapa evolutiva en la que el joven tiene que hacer frente a muchos cambios que pueden aumentar los niveles de estrés y afectar al desarrollo de la personalidad y la presencia de autolesiones es un indicador de sufrimiento psíquico.

El objetivo de la tesis es el estudio y la comprensión de las ANS en su sentido más amplio, identificando aspectos de prevalencia, comorbilidades, factores de riesgo, funciones y mecanismos psicopatológicos y estructurales de la personalidad de los adolescentes que presentan estas conductas.

Se han llevado cabo tres estudios conceptualizados en tres artículos. El primero es una revisión sistemática entorno a conceptos fundamentales de las ANS. Los estudios II y III son con una muestra de adolescentes de institutos de la población general de entre 14 y 18 años. En el estudio II se relacionan las ANS con experiencias adversas en las relaciones familiares y con experiencias disociativas y en el estudio III se analiza la relación entre las ANS y la estructura de personalidad según el modelo de Kernberg.

Los resultados muestran que las ANS son un fenómeno tan común entre los adolescentes que se han propuesto como potencial trastorno independiente. Además, los adolescentes que informaron de experiencias traumáticas en la infancia y de experiencias disociativas tenían más probabilidades de comprometerse en ANS. Por último, se identificó una relación positiva entre las ANS y la estructura de personalidad.

Palabras clave: autolesiones no suicidas, adolescentes, dsm5, suicidio, experiencias infantiles adversas, disociación, organización de la personalidad.

TÍTOL: Funció de les autolesions i la seva relació amb la dissociació i l'organització de la personalitat

RESUM

Les Autolesions No Suïcides (ANS) són un fenomen creixent entre els adolescents de la població general. Són conductes amb gran variabilitat pel que fa a definició i comprensió dels seus mecanismes psicopatològics subjacents. Representen un problema de salut pública, perquè motiven un gran nombre de consultes a urgències. L'adolescència és una etapa evolutiva en què el jove ha de fer front a molts canvis que poden augmentar els nivells d'estrès i afectar el desenvolupament de la personalitat i la presència d'autolesions és un indicador de patiment psíquic.

L'objectiu de la tesi és l'estudi i la comprensió de les ANS en el seu sentit més ampli, identificant aspectes de prevalença, comorbiditats, factors de risc, funcions i mecanismes psicopatològics i estructurals de la personalitat dels adolescents que presenten aquestes conductes.

S'han dut terme tres estudis conceptualitzats en tres articles. El primer és una revisió sistemàtica entorn a conceptes fonamentals de les ANS. Els estudis II i III són amb una mostra d'adolescents d'instituts de la població general d'entre 14 i 18 anys. En l'estudi II es relacionen les ANS amb experiències adverses en les relacions familiars i amb experiències dissociatives i en l'estudi III s'analitza la relació entre les ANS i l'estructura de personalitat segons el model de Kernberg.

Els resultats mostren que les ANS són un fenomen tan comú entre els adolescents que s'han proposat com un potencial trastorn independent. A més, els adolescents que van informar d'experiències traumàtiques en la infància i d'experiències dissociatives tenien més probabilitats de comprometre's en ANS. Finalment, es va identificar una relació positiva entre les ANS i l'estructura de personalitat.

Paraules clau: autolesions no suïcides, adolescents, dsm5, suïcidi, experiències infantils adverses, dissociació, organització de la personalitat.

TITLE: Functions of non-suicidal self-injury and its relation to dissociation and personality organization

ABSTRACT

Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) is a growing phenomenon among adolescents in the general population. They are behaviors with great variability in terms of definition and understanding of their underlying psychopathological mechanisms. They represent a public health problem because they motivate a large number of emergency consultations. Adolescence is an evolutionary stage in which the young person has to face many changes that can increase stress levels and affect personality development, and the presence of self-harm is an indicator of psychic suffering.

The objective of the thesis is the study and understanding of NSSI in its broadest sense, identifying aspects of prevalence, comorbidities, risk factors, functions, and psychopathological and structural mechanisms of the adolescents' personality that present these behaviors.

We carried out three studies conceptualized in three articles. The first is a systematic review of fundamental NSSI concepts. Studies II and III are with a sample of high school adolescents of the general population between 14 and 18 years old. In study II, NSSI is related to adverse experiences in family relationships and dissociative experiences, and study III analyzes the relationship between NSSI and personality structure according to the Kernberg model.

The results show that NSSI is such a common phenomenon among adolescents that it has been proposed as a potential independent disorder. Additionally, adolescents who reported traumatic childhood experiences and dissociative experiences were more likely to engage in NSSI. Finally, a positive relationship was identified between the NSSI and the personality structure.

Keywords: non-suicidal self-harm, adolescents, dsm5, suicide, adverse childhood experiences, dissociation, personality organization.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	13
<i>ORGANIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA TESIS</i>	15
<i>DEFINICIÓN DEL TEMA</i>	16
<i>CARACTERÍSTICAS DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS</i>	19
<i>FUNCIONES DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS</i>	22
<i>PSICOPATOLOGÍA DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS</i>	26
<i>ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD</i>	35
II. JUSTIFICACIÓN DE LA UNIDAD TEMÁTICA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS	39
<i>JUSTIFICACIÓN DE LA UNIDAD TEMÁTICA</i>	41
<i>OBJETIVO GENERAL</i>	43
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	43
<i>HIPÓTESIS DE TRABAJO</i>	44
III. MÉTODO	45
<i>POBLACIÓN DEL ESTUDIO Y RECOGIDA DE DATOS</i>	47
<i>ASPECTOS ÉTICOS</i>	50
<i>INSTRUMENTOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO</i>	51
IV. RESULTADOS	53
<i>PRIMER ARTÍCULO</i>	57
<i>SEGUNDO ARTÍCULO</i>	83
<i>TERCER ARTÍCULO</i>	101
V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	119
VI. LIMITACIONES	129

VII. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN -----	133
VIII. CONCLUSIONES-----	137
IX. REFERENCIAS-----	141
X. ANEXOS-----	159

I. INTRODUCCIÓN

ORGANIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA TESIS

Presento esta tesis en forma de compendio de estudios de investigación en proceso de revisión para su publicación. Está compuesta por tres trabajos que describen las autolesiones sin finalidad autolítica y relacionan distintas variables con su ocurrencia en adolescentes de la población general. El objetivo de la tesis es la obtención del grado de Doctor en Psicología por la *Universitat Ramon Llull*. Es el resultado de un trabajo colaborativo con la Dra. Lina Normandin de la Universidad Laval de Quebec en el marco de mi actividad laboral como psicóloga en la Fundación Orienta, en la unidad para el estudio y el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad.

Todos los apartados están escritos en castellano a excepción de dos de los escritos que están redactados en inglés. Los artículos se presentan en el apartado resultados, cada uno introducido por un resumen en castellano.

En el apartado introducción se define el tema de la tesis así como los principales conceptos y el marco teórico sobre el que se basa la investigación. En el apartado justificación de la unidad temática se relacionan los tres escritos haciendo énfasis en su coherencia teórica. En este apartado también se incluyen los objetivos y las hipótesis de los tres estudios. En el método se resumen los aspectos metodológicos de los artículos y estos se presentan en el apartado resultados. En el apartado final de discusión de los resultados y conclusiones se presentan las principales aportaciones del trabajo de investigación así como las limitaciones y algunas posibles vías futuras de investigación.

Listado de artículos que componen la tesis. El primero ya publicado y los otros dos pendientes de publicación:

Tarragona-Medina, B., Pérez-Testor, C., & Ribas-Fitó, N. (2018). **Autolesiones sin finalidad autolítica: una revisión sistemática en adolescentes de la comunidad.** *Psicopatol. salud ment.* 2018, 31, 67-90.

Tarragona, B. Ribas-Fitó, N., Pérez-Testor, C., Ensink, K. & Normandin, L. (sent for review). **Dissociation and its role between adverse childhood experiences and non-suicidal self-injury.**

Tarragona, B. Ribas-Fitó, N., Normandin, L., Ensink, K. & Pérez-Testor, C. (sent for review). **Non-suicidal self-injury and its relation with personality organization.**

DEFINICIÓN DEL TEMA

Las conductas autolesivas se han denominado clásicamente conductas parasuicidas y constituyen un grupo muy heterogéneo de comportamientos, con diferente severidad y que pueden tener consecuencias clínicas y sociales muy diversas. Las conductas autolesivas incluyen las autolesiones propiamente dichas pero también otras conductas como la automutilación con presencia de ideas suicidas, las conductas autodestructivas de tipo alimentario, las sobredosis de drogas o alcohol así como las tentativas de suicidio e incluso los suicidios consumados (Nock & Prinstein, 2004; Skegg, 2005).

El concepto de autolesiones no es un constructo psicopatológico homogéneo y recibe diferentes definiciones y nombres. Una diferencia principal se da entre las perspectivas europea y norteamericana. Desde la perspectiva europea, se utiliza el término Autolesión Deliberada (AD) (*Deliberate self harm*; DSM en sus siglas en inglés) para referirse a “cualquier acto no fatal que, siendo sancionable culturalmente, un individuo realiza de manera deliberada contra sí mismo para hacerse daño”. La AD no refiere aspectos relacionados con el suicidio por lo que incluiría cualquier conducta de daño autoinfligido, con y sin intención suicida. En este caso, es una definición estrictamente conductual sin tener en cuenta la motivación subyacente, e incluye actos como cortes, sobreingestas, y sobredosis o saltar desde lo alto de un lugar (Hawton, Rodham, Evans, & Weatherall, 2002). Los grupos estadounidenses por su parte, proponen una definición más restringida que solo tenga en cuenta “aquellos actos que impliquen un mal directo y deliberado contra uno mismo (el cuerpo), en ausencia de intencionalidad suicida” (Nock et al., 2006) y las llaman Autolesión No Suicida (ANS) (*Non-suicidal self-injury*; NSSI en sus siglas en inglés). En este caso, se descarta todo acto que tenga alguna intencionalidad suicida. Esta definición abre la puerta a otras motivaciones para hacerse daño más allá de la de acabar con la propia vida y enmarca más el concepto, abriendo líneas de investigación en torno a los motivos para autolesionarse. Esta última será la nomenclatura usada en la presente tesis.

Favazza (1987) fue quien introdujo la idea de que las ANS representan comportamientos distintos de los intentos de suicidio o suicidios consumados. Su idea es que así como los comportamientos suicidas tienen por objetivo acabar con todos los sentimientos y con la vida, las ANS tendrían por objetivo acabar con algunos sentimientos y por tanto sentirse mejor (Favazza, 1987). Aunque hace esta diferenciación, reconoce que las personas con ANS pueden tener ideas suicidas y pensamientos pasivos de muerte y que pueden acabar cometiendo un intento de suicidio consumado debido a su impulsividad (Favazza, 2012). También debemos distinguir las ANS de los comportamientos autolesivos que están vinculados a la cultura o la religión y se

refieren a procesos psicológicos específicos y diferentes (Favazza, 2012). Además encontramos otras conductas no patológicas que consisten en modificaciones del cuerpo como tatuajes o piercings. Estas conductas podrían considerarse sublimaciones de autolesiones patológicas (Favazza, 2012) y están socialmente aceptadas. Uno de los problemas mayores que implican estas diferencias en las definiciones es que impiden el contraste de datos epidemiológicos entre los diferentes estudios y muestras analizadas, lo que dificulta la comprensión de esta conducta.

Hay cierto consenso en que las ANS incluyen multitud de conductas entre las que se encuentran cortarse, quemarse, morderse, golpearse o ponerse objetos bajo la piel o las uñas (Albores-Gallo et al., 2014; Barrocas, Hankin, Young, & Abela, 2012; Brausch & Gutierrez, 2010; Cerutti, Manca, Presaghi, & Gratz, 2011; Kadziela-Olech et al., 2015; You, Leung, Fu, & Lai, 2011). Los casos más leves no requieren intervención médica, pero los más graves se pueden llegar a hacer heridas profundas en los brazos o en la cara, el vientre o los genitales.

Debido a estas grandes diferencias, algunos autores han intentado clasificarlas, según el tipo de conducta autolesiva, es decir, en función de la severidad de la conducta (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007), mientras que otros consideran que el peso debería estar en la frecuencia, esto es, en distinguir aquellos adolescentes que presentan ANS de forma esporádica (unos pocos episodios, quizás de tipo exploratorio) de aquellos que lo hacen de forma crónica y recurrente (Manca, Presaghi, & Cerutti, 2014; Whitlock, Muehlenkamp, & Eckenrode, 2008). Esta diferente clasificación, de nuevo arroja datos de prevalencia muy distintos según los estudios consultados.

La dificultad para establecer la prevalencia no solo se relaciona con las diferentes conceptualizaciones del término, sino que las formas de detección son muy diversas de un estudio a otro lo que contribuye de nuevo a estimaciones muy distintas. En muestras comunitarias, existen diferencias importantes en los datos, especialmente en lo que se refiere a los estudios que utilizan un solo ítem para evaluar las autolesiones de los que utilizan múltiples ítems o cuestionarios de conductas, obteniendo rangos de prevalencia a lo largo de la vida de entre el 5,5 y el 30,7 por ciento. (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012).

La conducta autolesiva está tan íntimamente relacionada con el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) (Zanarini et al., 2006) que este es el único diagnóstico clínico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) para el que la conducta autolesiva es un criterio diagnóstico. Sin embargo, no queda clara la prevalencia de conductas autolesivas entre adolescentes con rasgos de personalidad límite

(Nock et al., 2006) y cada vez más, se relacionan las autolesiones, con la presencia de otros trastornos psiquiátricos (Haavisto et al., 2005) y de variables caracteriales como la impulsividad (Renaud, Berlim, McGirr, Tousignant, & Turecki, 2008) y la desregulación emocional (Chapman, Gratz, & Brown, 2006).

Verdaderamente, las ANS no siempre van de la mano con el diagnóstico de TLP, y su aumento en los últimos años ha llevado a varios autores a sugerir que las personas con ANS pueden pertenecer a una categoría diagnóstica diferenciada (Muehlenkamp, 2005; Selby, Bender, Gordon, Nock, & Joiner, 2012).

Otras aproximaciones teóricas se han focalizado en la descripción de los factores psicosociales asociados a estas conductas. Esto ha dado como resultado, una lista de indicadores y factores de riesgo que tienen que ver con variables sociodemográficas (edad y sexo) caracteriales (rasgos de personalidad o autoestima), psicopatológicas (trastorno por uso de sustancias, sintomatología depresiva, trastorno de la conducta alimentaria o sintomatología disociativa) y psicosociales (conflictos interpersonales, modelado o abuso sexual).

Por lo tanto, situaciones muy diversas están relacionadas con la presencia de ANS lo que sugiere que las conductas autolesivas podrían tener procesos psicopatológicos específicos pero que actualmente son poco conocidos y que las personas que inician estos comportamientos pueden tener rasgos de personalidad específicos que deben estudiarse.

CARACTERÍSTICAS DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS

Cada vez hay más interés en el estudio de las ANS por ser un fenómeno creciente en los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil, pero sobre todo en adolescentes en la población general. Durante el desarrollo de esta tesis, entre el estudio de revisión sistemática y la redacción de los otros artículos, las publicaciones han aumentado exponencialmente e incluso ha habido publicaciones escritas y audiovisuales dedicados al público adolescente en el que se aborda este tema¹.

Como se ha comentado anteriormente, es un fenómeno con gran variabilidad entre estudios, según su definición, qué conducta se incluya e incluso su gravedad y frecuencia. Con el objetivo de clasificar las ANS, Favazza (2012) propone cuatro categorías: mayores, estereotípicas, compulsivas e impulsivas. Las ANS mayores son poco frecuentes y se refieren a conductas como la amputación de miembros o la castración. Son actos repentinos, desordenados y en el 75 por ciento de los casos se dan en un estado psicótico. También pueden tener vinculaciones religiosas o sexuales. Las ANS estereotípicas son actos comunes repetitivos y rítmicos. Incluyen conductas como la de golpearse o golpear la cabeza, la cara o los brazos, dislocarse las articulaciones o morderse la lengua o los dedos. Son actos que asociados a individuos con discapacidad intelectual grave o con diagnóstico de trastorno del espectro autista, entre otros. Las ANS compulsivas son conductas repetitivas como rascarse la piel y morderse las uñas de forma severa, tirarse o arrancarse el pelo (tricotilomanía) o escarbarse la piel. Estos casos suelen asociarse a trastornos de ansiedad, obsesivos o somatomorfos, trastornos de personalidad, e incluso pueden responder a delirios o alucinaciones cenestésicas, como sería el caso de escarbarse la piel (parasitosis delirante). Finalmente, las ANS impulsivas son actos como cortarse, quemarse y tallarse la piel, pegarse alfileres u otros objetos debajo de la piel o en el pecho o el abdomen, interferir con la cicatrización de heridas, y romperse huesos de manos o pies. Favazza incluye la variable frecuencia en su clasificación y refiere que uno o dos casos aislados de ANS a lo largo de la vida no suelen tener importancia pronóstica a no ser que requieran intervención médica. Para él, el peligro es cuando la conducta se vuelve repetitiva e incluso "adictiva", hecho que puede darse cuando se pasa de 5 a 10 episodios. Es en este momento cuando se puede desarrollar una identidad propia como "autolesionador", preocupándose constantemente por las

¹ David Auge, D. (Productor). (2018). *Heridas abiertas* [Serie de televisión]. Hollywood, EU.: Crazyrose, Fourth Born, Blumhouse Television, Tiny Pyro, Entertainment One.

Rhodes, J. (2015). *Instrumental. Memorias de música, medicina y locura*. Barcelona: Blackie Books. ISBN: 978-84-16290-43-7

ANS, grabándose palabras o mensajes en la piel y compartiendo con otros las conductas ya sea a través de las redes sociales o como experiencia compartida con otros “autolesionadores”.

Otra clasificación en relación con la severidad, que ha encontrado consenso y que se ha usado en múltiples investigaciones es la de Lloyd-Richardson et al., (2007) que identifica autolesiones menores, como pegarse, tirarse del pelo, morderse, insertar objetos debajo de las uñas o la piel, pellizcarse una herida y rascarse para sangrar, y autolesiones severas como cortarse, quemarse, auto-tatuarse, rasparse y borrarse, es decir, frotar la piel con un borrador hasta que comience a sangrar (Lloyd-Richardson et al., 2007).

Con relación a la frecuencia de episodios autolesivos, otros autores han encontrado diferencias empíricas entre las ANS ocasionales y las repetitivas en poblaciones no clínicas. Las ANS ocasionales podrían incluir conductas severas que ocurren un número limitado de veces en la vida y sin intención letal mientras que las ANS repetitivas incluyen conductas crónicas que duran años, con múltiples métodos y con lesiones que pueden requerir atención médica. Aunque podemos encontrar adolescentes que inicien ANS de forma puntual, a modo exploratorio, estudios en muestras comunitarias informan que entre el 50 y el 70 por cien de los casos, los adolescentes tienden a repetir la conducta una vez iniciada (Hankin & Abela, 2011; Wan, Hu, Hao, Sun, & Tao, 2011) y que este es un factor de riesgo en sí mismo para la repetición de la conducta (Sourander et al., 2006). Podemos pensar entonces en distintos subgrupos de adolescentes con ANS, aquellos que se autolesionan de forma leve versus los que lo hacen de forma severa y aquellos que usan las ANS de forma esporádica frente a los que lo hacen de forma crónica y recurrente y que según los estudios suelen entrar en una espiral de aumento de la gravedad de las autolesiones.

En lo que se refiere a las formas de detección, también difieren de un estudio a otro, sobre todo en cuanto al uso de cuestionarios específicos o en una única pregunta que forma parte de cuestionarios más amplios. Muchos de los estudios de prevalencia usan una única pregunta genérica, del tipo, “he intentado suicidarme o hacerme daño deliberadamente” (Youth Self Report; Achenbach, 1991). Estos estudios informan de prevalencias en torno al 12,5 por ciento. Los estudios que utilizan múltiples ítems o cuestionarios de autolesiones específicos, informan de prevalencias más altas, entre el 23,6 al 31,4 por ciento (Muehlenkamp et al., 2012). Aunque con algunas variaciones, la comparativa en los datos de prevalencia entre países es igualmente alta en diferentes poblaciones. Los datos en norte américa describen rangos de prevalencia entre el 21 y el 46% (Lloyd-Richardson et al., 2007; Ross & Heath, 2002), siendo del 21,4 por ciento en Turquía (Zoroglu et al., 2003), del 25,6 por ciento en una muestra alemana (Plener, Libal, Keller, Fegert, & Muehlenkamp, 2009), del 41,6 por ciento en Suecia (Lundh,

Wångby-Lundh, & Bjärehed, 2011) y llegando hasta el 41,9 por ciento en adolescentes italianos (Cerutti et al., 2011). Un estudio realizado en nuestro país, en Cataluña, evalúa las conductas autolesivas en una muestra comunitaria, a través de una única pregunta obteniendo una prevalencia del 11,4 por ciento de autolesiones informadas en los últimos 12 meses (Kirchner, Ferrer, Forns, & Zanini, 2011).

En el ámbito clínico el rango es aún mayor, encontrándose entre el 22 y el 45 por ciento (Peebles, Wilson, & Lock, 2011), aunque algunos autores afirman que las tasas de autolesiones podrían llegar a rangos entre el 61 y el 80 por ciento (Nock & Prinstein, 2004). Conocer la prevalencia así como las características asociadas es fundamental para prevenir y tratar estas conductas. Aunque estos datos deben tomarse con reservas debido a la alta variabilidad en la recogida de datos, podemos afirmar que este es un fenómeno que se presenta de forma habitual en la comunidad y que se encuentra en constante aumento.

Respecto a la edad, se detectan conductas autolesivas desde el inicio de la adolescencia y aumentan a medida que esta avanza (Nock, 2010). Aunque hay estudios que informan de autolesiones desde los 8 años, hay cierto consenso en que la edad de inicio más habitual de las ANS se sitúa entre los 12 y los 15 años (Cerutti et al., 2011; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Nixon, Cloutier, & Jansson, 2008), siendo raro su inicio en la adolescencia tardía (Hamza & Willoughby, 2014; Martin & Swannell, 2016; Riley, Combs, Jordan, & Smith, 2015).

La mayoría de los estudios detectan mayor prevalencia de ANS en chicas en comparación con los chicos, hasta de 4:1. Estos resultados se dan tanto en población comunitaria (Giletta, Scholte, Engels, Ciairano, & Prinstein, 2012; Tang et al., 2013; You et al., 2011) como en población clínica (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004) aunque cuando se usa una definición más estricta de ANS, las diferencias de género no resultan significativas (Cerutti et al., 2011; Yates, Tracy, & Luthar, 2008). Estas diferencias podrían ser debidas a las diferencias en la expresión de los afectos entre chicos y chicas. Mientras que ellas suelen ser más internalizantes, ellos suelen presentar más problemas externalizadores o de conducta (Crick & Zahn-Waxler, 2003). Otra explicación plausible podría ser que las chicas tienen mayor tendencia a buscar ayuda médica para las lesiones que los chicos, con lo que estos podrían obtener un diagnóstico infraestimado o erróneo de lesión accidental (Taylor, 2003).

FUNCIONES DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS

Las investigaciones en torno a los motivos que llevan a los individuos a autolesionarse se inician en pacientes con TLP. Los primeros estudios (Shearer, 1994) se basaron en la literatura y la experiencia clínica para extraer 17 posibles razones para autolesionarse. Al contrastarlas en pacientes adultos borderlines ingresados, estos refirieron como razones más comunes: “para castigarme por haber sido malo de alguna forma”, “para disminuir la ansiedad y la desesperación” y “para sentir dolor específico”. Estudios más recientes (Brown, Comtois, & Linehan, 2002) encuentran razones similares que permiten clasificar a los pacientes en tres categorías: los que se autolesionan buscando “alivio emocional”, debido a “influencias interpersonales” y por la “generación de sentimientos”. Otros estudios han encontrado también como razón más frecuente para las conductas autolesivas el alivio emocional (Hulbert & Thomas, 2010). Dado que el diagnóstico de TLP es un diagnóstico principalmente de la edad adulta, la mayoría de estudios evalúan las motivaciones subyacentes en este tramo de edad.

En adolescentes, los estudios que exploran la presencia de estas conductas identifican motivaciones internas (reducir el malestar) o externas (evitar situaciones doloras y proponen modelos basados en la funcionalidad de las ANS).

Algunos de estos modelos consideran una teoría unifactorial de la conducta autolesiva, basada en el refuerzo negativo como principal mecanismo psicopatológico implicado. Entre los modelos que apoyan esta idea está la teoría de la “evitación experiencial” (Chapman et al., 2006) que vincula la conducta autolesiva con la reducción de la disforia interpersonal. El modelo se basa en que un estímulo desencadena una respuesta emocional intolerable que el sujeto desea evitar a toda costa a través de las ANS. Esta conducta provoca un alivio temporal y las ANS se ven negativamente reforzadas por la reducción de la intensidad del malestar emocional. Se entra en un círculo vicioso de episodios repetidos de refuerzo negativo que fortalecen la asociación entre el malestar emocional desagradable y las ANS de forma que esta se vuelve una respuesta evitativa automática. El modelo contempla algunas variables interpersonales que llevan a la respuesta de ANS como son la alta intensidad emocional, las dificultades de regulación, el déficit en las habilidades de regulación emocional y la pobre tolerancia al estrés o malestar. Coincidiendo con estos, otros autores refieren que los adolescentes con ANS informan de razones de autocastigo, culpa, parar pensamientos negativos o la distracción de problemas como razones para autolesionarse (Baetens, Claes, Willem, Muehlenkamp, & Bijttebier, 2011; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005).

Las ANS producen un dolor físico instantáneo que se considera más fácil de manejar que el dolor emocional. El dolor físico es claro y visible y es una razón clara y evidente que puede servir como distracción al dolor emocional, cuyas razones son menos concretas y quizás demasiado angustiantes como para afrontarlas. Incluso los que refieren no sentir dolor declaran que la visión de la herida libera la tensión que pueden sentir en esos momentos y que la visión de la sangre alivia la tensión emocional y la ira, quizás como una identificación entre las lágrimas y la sangre (Van der Kolk, Perry, & Herman, 1991). Un estudio encontró que la visión de la sangre era un elemento necesario para casi la mitad de los individuos y que una vez conseguido, se producía un alivio de la tensión (Glenn & Klonsky, 2010).

Otros autores consideran que la conducta autolesiva cumple más funciones que la de la autorregulación de emociones negativas. En esta línea, Lloyd-Richardson, Kelley, & Hope (1997) desarrollaron un instrumento que evalúa las razones por las que los sujetos participan en estas conductas, el *Functional Assessment of Self-Mutilation* (FASM; por sus siglas en inglés). El instrumento propone 22 razones por las que los adolescentes se autolesionan. Estas razones se desarrollaron a través de una extensa revisión de la literatura y fueron completadas por adolescentes con historia de conductas autolesivas. Para categorizar las diferentes razones, se ha propuesto un modelo de cuatro factores (Nock & Prinstein, 2004). Las declaraciones se distribuyen según dos dimensiones: a) si el comportamiento se ve reforzado por aspectos internos (función automática) o por aspectos interpersonales o externos (función social); y b) la valencia del refuerzo (positivo o negativo). Estas dos dimensiones dan lugar a 4 funciones: refuerzo automático-positivo (“sentir algo, incluso dolor”), refuerzo automático-negativo (“para evitar sentimientos negativos”), refuerzo social-positivo (“para obtener una reacción del otro”) y refuerzo social negativo (“para evitar el castigo de los demás”).

Con respecto a las funciones de refuerzo positivo automático (RP-A), los individuos con ANS buscan crear un estado psicológico considerado agradable o deseable, como “castigarse” o “sentirse relajado”. En una línea similar, la función de refuerzo negativo automático (RN-A) se refiere al deseo de disminuir un sentimiento negativo con el uso de las ANS, como “terminar con los sentimientos dolorosos” o para “aliviar un sentimiento de aburrimiento o vacío”. Estas funciones automáticas son las más informadas en la literatura y las que han obtenido mayor interés investigador para explicar la conducta autolesiva.

Las funciones sociales se refieren al impacto de las ANS en el entorno y al deseo de modificarlo o regularlo de forma más o menos inmediata. La función de refuerzo negativo social (RN-S) sería con el objetivo de evitar hacer algo que se solicita, como “evitar el castigo” o “evitar hacer algo desagradable”. La función de refuerzo positivo social (RP-S) se referiría a deseo de

recibir atención positiva del entorno, es decir, para “mostrarle a otros que no estoy satisfecho” o para “llamar la atención de alguien, incluso si es negativa” (Brown et al., 2002; Nock & Prinstein, 2004). Coincidiendo con la función social, un grupo de adolescentes con ANS informaron de una mejora significativa en la calidad de sus relaciones familiares después de un episodio de autolesión (Hilt, Nock, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2008). De hecho, esto podría servir como una motivación social para mantener este tipo de comportamiento a lo largo del tiempo.

Más recientemente Nock (2009) propone otras teorías para explicar las ANS. Algunas de ellas obtienen consenso con otras investigaciones. La hipótesis del autocastigo sugiere que los adolescentes con ANS pueden haber aprendido a criticarse a sí mismos y las ANS serían una muestra visible de esa autocrítica y autocastigo. Estas explicaciones podrían darse cuando hay antecedentes de abusos o relaciones familiares patológicas. La hipótesis de la señalización social interpreta las ANS como un método efectivo de comunicación social cuando otras formas menos dramáticas de comunicación se han ignorado o invalidado. Otras descripciones de casos clínicos informan de ANS usadas para la gestión de la angustia cuando otros métodos de comunicación han demostrado ser ineficaces (Favazza, 1987; Walsh & Rosen, 1988). La hipótesis pragmática valora las ANS como un método de fácil acceso cuando no se tienen drogas o alcohol, con objetivo calmante. Muchas personas refieren no sentir dolor durante las ANS y se ha observado que las ANS repetitivas pueden provocar la liberación de opiáceos endógenos (Van Ree et al., 2000). Estos resultados están en relación con un modelo adictivo de las ANS (Mary K. Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002). Estos autores encontraron que todos los adolescentes psiquiátricos de su muestra reconocieron la necesidad de autolesionarse después de un evento estresante. Además, el 79 por ciento informó de deseos diarios y en cuanto a criterios adictivos, el 98 por ciento obtuvo 3 criterios de un total de 7 y el 81 por ciento más de cinco criterios de un total de 7. La hipótesis de la identificación implícita sugiere que la conducta se perpetúa cuando se da una identificación como “autolesionador” (Favazza, 2012). Finalmente, la hipótesis del aprendizaje social entiende que las ANS aumentan a través de la observación de los iguales o de los medios de comunicación. Eso podría explicar en parte el gran aumento de ANS en las últimas décadas. En relación con el modelado, otros autores coinciden con el aspecto imitativo de las ANS, de tal forma que muchos adolescentes refieren haberse iniciado en estas conductas después de saber de alguien con ANS. Aunque han sido poco estudiados los reconocidos contagios e imitación entre los adolescentes, entre el 57 y el 80 por ciento de los adolescentes con ANS informaron que tenían al menos un amigo que también lo había hecho, lo que sugiere una clara influencia entre los iguales (Hargus, Hawton, & Rodham, 2009; Nock & Prinstein, 2005).

El aspecto del aprendizaje social ha sido menos estudiado, pero otros autores sugieren un aspecto de socialización en las ANS (Favazza, 2012; Prinstein et al., 2010). Explorando las motivaciones para autolesionarse de forma retrospectiva en un grupo de universitarios, más del 60 por ciento reconoció las ANS como una forma de experiencia compartida con otros (Heath, Ross, Toste, Charlebois, & Nedecheva, 2009).

Entender la funcionalidad de las ANS nos puede permitir categorizarlas y guiarnos hacia los tratamientos más adecuados (Favazza, 2012). Aunque estos datos son útiles para identificar a los sujetos con más alto riesgo de mostrar ANS hace falta más conocimiento sobre la comprensión de las motivaciones subyacentes que llevan a los adolescentes a iniciar estas conductas.

PSICOPATOLOGÍA DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS

Comorbilidades de las ANS

Las ANS se han asociado con múltiples variables, siendo las más destacadas las relacionadas con características psicopatológicas de los individuos. Se encuentran junto a distintas comorbilidades y a una variedad de diagnósticos y dificultades psiquiátricas y psicológicas. Los diagnósticos más habituales con que se relacionan las ANS son trastornos severos, como los trastornos del desarrollo, los trastornos de la alimentación y el TLP (Nock et al., 2006) así como trastornos psicóticos, dificultades de retraso mental y múltiples trastornos del Eje I como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos por estrés postraumático y trastornos disociativos (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, & Onghena, 2012; Zetterqvist, Lundh, Dahlström, & Svedin, 2013)

El vínculo más habitual entre las ANS y la psicopatología es en relación con el TLP (Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003), no en vano, el criterio cinco se refiere a la presencia de un “comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación” (American Psychiatric Association, 2013). La prevalencia en los adolescentes con ANS que además han sido diagnosticados de TLP varía entre un 37 y un 52 por ciento (Jacobson, Muehlenkamp, Miller, & Turner, 2008; Nock et al., 2006). En efecto, las ANS no son específicas del TLP sino que también se han encontrado en otros trastornos de la personalidad (TP), como el TP paranoide, el TP esquizotípico, el TP antisocial, el TP evitativo, el TP dependiente y el TP obsesivo-compulsivo (Chiesa, Sharp, & Fonagy, 2011). Por lo tanto, parece que el vínculo de las ANS y los TP es más amplio que para el TLP. Estos datos implican que los adolescentes con ANS que no reciben el diagnóstico de TLP, esto es, la mitad de los que se autolesionan, suelen ser diagnosticados con otros trastornos, habitualmente trastornos depresivos o ansiosos. Por lo tanto, aunque esta conducta pueda constituir el problema principal del adolescente, no se vería reflejada fácilmente en su historial diagnóstico y podría no recibir el tratamiento específico. Estas consideraciones llevaron a algunos autores a proponer las ANS como un trastorno psiquiátrico específico (Albores-Gallo et al., 2014; Barrocas et al., 2012; Manca et al., 2014; Selby et al., 2012; Zetterqvist, 2015) para el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Esta propuesta diagnóstica como categoría específica ya fue propuesta en los años 80 con la denominación de *Síndrome de autolesión deliberada* (Pattison y Kahan, 1983) definido por “automutilación crónica, de baja letalidad, abuso episódico de anorexia-bulimia-alcohol, antecedentes de abuso sexual y físico en la infancia y alcoholismo familiar” (Favazza y Conterio,

1988; Pattison Y Kahan, 1983, p. 29). La propuesta no se aceptó para el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) y las conductas autolíticas quedaron como un criterio del TLP.

Durante el desarrollo del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), el Grupo de Trabajo sobre los Trastornos de la Infancia y Trastornos del Estado de ánimo argumentaron que incluir las autolesiones exclusivamente como un criterio del TLP o clasificarlas como un intento de suicidio fallido no era apropiado dado que muchas de las personas que se autolesionan no cumplen criterios para el TLP (Muehlenkamp, Ertelt, Miller, & Claes, 2011), ni refieren deseos de suicidarse y usan métodos que difícilmente pueden causar la muerte.

Shaffer & Jacobson (2009) sugieren entre otros criterios, el punto de corte de cinco o más episodios de ANS como criterio de inclusión para el trastorno de ANS. Los otros criterios tienen que ver con la motivación y algunas comorbilidades (ver anexo 1). Aunque basados en la propuesta de Shaffer y Jacobson (2009), finalmente el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) añadió algún criterio más (ver anexo 2). Tomando la versión final de los criterios diagnósticos del ANS, la prevalencia de adolescentes con ANS bajaría hasta rangos de entre el 1,5 y el 6,7 por ciento (Albores-Gallo et al., 2014; Zetterqvist, Lundh, Dahlström, et al., 2013).

Aunque las ventajas serían diversas –una mejor comunicación entre profesionales, una definición más precisa, implicaciones más claras de pronóstico y tratamiento y probablemente mayor interés de los investigadores– un diagnóstico específico también podría aumentar el riesgo de estigmatización e incluiría otra categoría diagnóstica que haría más complejo el sistema de clasificación diagnóstica.

Además de formar parte del TLP, otros estudios identifican la presencia de ANS en una extensa variedad de trastornos internalizadores, trastornos externalizadores y trastornos por abuso de sustancias (Brunner et al., 2014; Cerutti et al., 2011; Evren, Evren, Bozkurt, & Can, 2014; Zetterqvist, Lundh, & Svedin, 2013).

De hecho, la prevalencia de trastornos externalizadores entre las personas con ANS varía entre un 14 y un 63 por ciento (Jacobson et al., 2008; Nock et al., 2006). Los trastornos externalizantes más habituales son los trastornos de conducta y las conductas delictivas (Baetens et al., 2012). Las conductas de riesgo como el consumo de drogas o alcohol (Bjarehed et al., 2008; Brunner et al., 2007; Hilt, Cha, & Nolen-Hoeksema, 2008; Lundh et al., 2011), los trastornos alimentarios (Chiesa et al., 2011; Evren et al., 2014; Giletta et al., 2012; Hilt et al., 2008; Hintikka et al., 2009) y los trastornos del sueño (Liu, Chen, Bo, Fan, & Jia, 2017) también se registran en mayor medida en adolescentes con ANS. Efectivamente, el abuso de sustancias y las ANS son ambas conductas que dañan al cuerpo físicamente y pueden compartir procesos psicológicos similares. Respecto a los trastornos alimentarios, como la bulimia y la anorexia, los datos son

contradictorios. Mientras algunos autores afirman que las conductas de atracones o purgas tienen una base emocional negativa similar a la que precede a las ANS y por tanto sugieren una correlación en los síntomas del trastorno alimentario y las ANS (Jeppson, Richards, Hardman, & Granley, 2003; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006), otros observan que la mayoría de individuos que se autolesionan no presentan trastornos alimentarios (Zlotnick et al., 1996).

En cuanto a los trastornos internalizantes, las personas con ANS presentan mayores niveles de ansiedad y depresión. Una explicación podría ser que al igual que en las personas con diagnóstico de TLP, son personas que se caracterizan por una emocionalidad negativa y una desregulación emocional (Cerutti et al., 2011; Evren et al., 2014; Hintikka et al., 2009; Ross & Heath, 2002; Swannell et al., 2012). Pero, al contrario de lo que se pensaría, la ansiedad está más vinculada con las ANS que la depresión (Klonsky et al., 2003) debido a que la ansiedad es similar a la presión emocional que desencadenan las ANS (Klonsky & Glenn, 2009).

Los individuos que refieren ANS también informan de mayores síntomas de trastorno por estrés postraumático y disociación. Esta última, entendida como mecanismo de defensa ante situaciones traumáticas y abrumadoras, se ha investigado como predictora o facilitadora de las ANS en varios estudios (Ford & Gómez, 2015; Kisiel & Lyons, 2001; Zoroglu et al., 2003).

En cuanto a factores de riesgo psicosociales, se han descrito factores internos o individuales así como factores de riesgo ambiental (Andrews, Martin, Hasking, & Page, 2014; Baetens et al., 2011; Hankin & Abela, 2011). Los adolescentes con mecanismos de evitación importantes y capacidades deficientes en la resolución de problemas son menos capaces de afrontar situaciones de tensión y tienen más tendencia al uso de ANS (Williams & Hasking, 2010). Así mismo, como hemos visto, las dificultades en la regulación de emociones, se han identificado como factores internos centrales en los adolescentes con ANS (Gratz, 2003).

Otras evidencias sugieren que la falta de apoyo social conllevaría un aumento de la angustia psicológica interna lo que limitaría la búsqueda de apoyos externos y promovería las ANS como una forma de afrontar las situaciones (Wichstrøm, 2009). Los adolescentes con baja autoestima también pueden ser más vulnerables a presentar ANS como un método para escapar de puntos de vista negativos persistentes sobre sí mismos (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Suicidio y ANS

Cuando hablamos de suicidio, debemos diferenciar por un lado, los pensamientos suicidas, que hacen referencia a pensar o planificar conductas para terminar con la vida propia y

las conductas suicidas que ya incluyen conductas directamente autolesivas, es decir, acciones con la intención de terminar con la propia vida (Nock, 2010). Además, diferenciamos las ideas autolíticas pasivas, como fantasear con lo que ocurriría si uno muriera o el deseo de tener una enfermedad, de las ideas autolíticas activas, que es el pensamiento propiamente dicho de cometer el acto de acabar con la propia vida.

A pesar de que la conducta suicida y las ANS son ambas formas de comportamiento autolesivo, son varios los autores que las consideran diferentes en cuanto a su intención, severidad y frecuencia (Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito, Donaldson, & Boergers, 2001; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007). Tanto las personas con ANS como las que intentan suicidarse pueden compartir el deseo de sentir alivio a las emociones angustiantes que sienten, pero lo que diferencia las personas con ANS de las que participan en conductas suicidas es que las primeras no refieren intención de finalizar con la vida con lo que suelen tener actitudes más positivas hacia la vida y mejor pronóstico (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004). Además, las personas con ANS no perciben que los métodos que usan puedan llevarlas a la muerte. La severidad de los métodos utilizados entre los que se autolesionan y los que intentan suicidarse también es muy distinta. Mientras que las ANS suelen ser cortes, quemaduras o golpes, los individuos que intentan suicidarse suelen usar métodos más severos como cortarse las muñecas, autoingestas medicamentosas o incluso colgarse (Andover & Gibb, 2010). En cuanto a la frecuencia, también difiere pues las ANS suele ser una conducta repetitiva ante múltiples situaciones mientras que los intentos de suicidio suelen ser menos habituales y repetitivos (Nock et al., 2006).

No obstante, también son múltiples las investigaciones que identifican las ANS como precursores de los intentos de suicidio (IS) tanto en muestras clínicas como comunitarias (Guertin et al., 2001; Nock et al., 2006). Ambas conductas coexisten en muchas ocasiones lo que lleva a sugerir que aunque existan diferencias entre ambas también son conductas relacionadas. Alrededor del 70% de los adolescentes con ANS repetitivas han hecho al menos un intento de suicidio y el 55% varios intentos (Hargus et al., 2009; Nock et al., 2006). Mientras que algunos autores consideran que las ANS son un factor precipitante de la aparición de pensamientos e intentos de suicidio (Hawton et al., 2012; Hawton & Harriss, 2008), otros las conciben como un medio para mantenerse en vida ya que las entienden como métodos reguladores de las emociones negativas (Klonsky, 2007; Whitlock, 2010). Tres teorías explicativas se han propuesto para explicar esta relación (Hamza, Stewart, & Willoughby, 2012).

Una de las teorías que ha encontrado mayor consenso es la teoría psicológica interpersonal del suicidio de Joiner (Joiner, 2005) que sugiere que para llevar a cabo un intento de suicidio, las personas deben tener dos condiciones: el deseo de suicidio y la capacidad de actuar ese deseo. Estas dos condiciones suponen por un lado un menor temor a la muerte y por

otro un umbral del dolor más alto, lo que coincide con lo que afirman los individuos con ANS repetitivas, que conllevan una menor sensibilidad al dolor (Nock et al., 2006).

La teoría de la puerta de enlace sugiere que las ANS serían una forma de autolesión que conduciría a formas más extremas de autolesión como el suicidio, de forma similar a como la marihuana se considera la puerta de entrada al consumo de drogas más extremas. Esto supone entender que las ANS y los intentos de suicidio comparten ciertas cualidades pero se diferencian en gravedad y se sitúan por tanto en un continuum de comportamientos autodestructivos (Brausch & Gutierrez, 2010).

Tomando en cuenta los factores de riesgo y los mecanismos psicopatológicos subyacentes a ambas conductas, la teoría de la tercera variable sugiere que las ANS y los intentos de suicidio tienen mecanismos subyacentes comunes. Los resultados muestran que tanto las ANS como los intentos de suicidio se dan más en individuos con TLP (Nock et al., 2006) así como en los que presentan síntomas de depresión, baja autoestima y menor apoyo de los padres (Brausch & Muehlenkamp, 2007; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007).

En un intento de integrar las tres teorías Hamza et al. (2012) propone un nuevo modelo explicativo para concebir las ANS. Describe la conducta de las ANS como una vía directa al intento de suicidio debido a tres factores: 1) el nivel de angustia intrapersonal de cada individuo (teoría de la puerta de enlace); 2) la existencia de factores de riesgo compartidos (teoría de la tercera variable); y 3) con una capacidad adquirida para el suicidio (teoría de Joiner, 2005).

Trauma y mecanismos de defensa disociativos

Existe consenso en determinar que existe un vínculo claro entre las experiencias traumáticas y las ANS (Auerbach et al., 2014; Baetens et al., 2014; Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock, 2007; Kaess et al., 2013; Tatnell, Kelada, Hasking, & Martin, 2014; Weismore & Esposito-Smythers, 2010) aunque esta relación es compleja.

La mayoría de los estudios se han centrado en el papel del abuso sexual y son muchos los estudios que encuentran vínculos claros entre las ANS y el abuso sexual. En el caso de adultos, el 25% de los que refirieron autolesionarse, informaron haber sufrido abusos sexuales en la infancia (Gatz, Conrad, & Roemer, 2002) y este se considera uno de los predictores más claros para participar en ANS repetitivas (Yates, Carlson, & Egeland, 2008). El vínculo de las ANS con el abuso sexual en la infancia, también se ha encontrado en el caso de muestras infantiles y adolescentes (Auerbach et al., 2014; Cerutti et al., 2011; Kaess et al., 2013; Taliaferro, Muehlenkamp,

Borowsky, McMorris, & Kugler, 2012; Yates, Tracy, et al., 2008). Aún con toda esta evidencia, otros estudios encontraron una relación más débil en cuanto al vínculo de las ANS y el abuso sexual específicamente (Whitlock et al., 2006; Zoroglu et al., 2003). También los autores de un metanálisis concluyeron que la relación entre el abuso sexual y las ANS era débil y se debía principalmente a los efectos de los trastornos psiquiátricos asociados con el abuso sexual más que por el abuso propiamente dicho (Klonsky & Moyer, 2008). En lo que se refiere al abuso físico, los resultados también indican una importante relación con la ANS. Los individuos que informan haber sufrido abusos físicos, presentan mayor tasa de ANS (Glassman et al., 2007; Yates et al., 2008), especialmente en el caso de las ANS ocasionales (Yates et al., 2008).

Estos resultados contradictorios pueden deberse a que existen aspectos mediadores o variables explicativas entre las experiencias de abuso sexual y físico en la infancia y las ANS. Una hipótesis podría ser que las ANS sean una forma de modelo de abuso anterior por parte de otros y que personas que han recibido críticas o abusos verbales o emocionales aprendan esta conducta como una forma de autorregulación. Esto podría conducir a un estilo cognitivo autocrítico y por lo tanto manifestarse en forma de ANS como una forma de autocastigo extremo ante conductas propias que desaprobaban. Un estudio apoya estos resultados según los cuales la crítica parental no tiene una relación directa con las ANS sino que está indirectamente relacionada a través de las autocríticas (Baetens et al., 2015). Esta perspectiva coincide con algunas de las motivaciones que esgrimen los adolescentes para autolesionarse (Nock, 2009).

Estudios más recientes se han centrado en otras distorsiones en las relaciones y el apego entre padres e hijos y las ANS, identificando como factores de riesgo para el desarrollo de las ANS, las percepciones negativas de los padres, la falta de apoyo emocional y las experiencias traumáticas con figuras de apego (Baetens et al., 2015; Brunner et al., 2014; Taliaferro et al., 2012). Específicamente, Baetens et al. (2015) muestran como las ANS se asocian directamente con la percepción de falta de apoyo por parte de los padres. En esta línea, un sistema familiar sin apoyo aumenta el riesgo de ANS entre los adolescentes mientras que la percepción de apoyo de los padres podría ser un factor de protección para la reducción del riesgo de ANS. Otros hallazgos muestran como la poca participación y el poco interés de los padres en las relaciones con sus hijos se asociaron con la presencia de ANS, confirmando que la calidad de las relaciones intrafamiliares es un importante determinante de las ANS (Brunner et al., 2014; Kaess et al., 2013; Yates, Tracy, et al., 2008; Zoroglu et al., 2003). Podemos pensar entonces que la negligencia parental, definida como el desinterés por las cosas de los hijos, ya sean en lo que respecta a ropa o comida, salud, amistades o tareas escolares, aumentaría el riesgo de ANS. Resultados similares obtienen Taliaferro et al. (2012) en su estudio, que apoya la conexión entre

los padres y las relaciones familiares como fuente de protección de las ANS, más que la conexión o las relaciones con los iguales. Los adolescentes que informaron de fugas del domicilio eran más propensos a mostrar ANS. Las relaciones de calidad y el apoyo de los padres y otros adultos permiten a los adolescentes superar acontecimientos perjudiciales y estresores de la vida y constituyen recursos importantes para su buen desarrollo. Por lo tanto, prevenir las autolesiones no es solo disminuir el riesgo, sino promover activos y recursos para mejorar la resiliencia ante situaciones complejas de la adolescencia.

Por lo tanto, múltiples situaciones y estresores en la infancia pueden influir en el inicio de las ANS, no solo los más graves como el abuso sexual. Centrarse en otros tipos de distorsiones más sutiles puede permitir reforzar y fomentar una mejor comunicación familiar entre padres e hijos como forma de desarrollar factores de protección para las ANS.

En lo que se refiere a las respuestas traumáticas desarrolladas por los individuos, como hemos visto, la autocrítica y las opiniones negativas de un lado (Glassman et al., 2007; Weismore & Esposito-Smythers, 2010), y las dificultades de regulación de las emociones de otro lado (Muehlenkamp, Kerr, Bradley, & Adams Larsen, 2010) han sido identificados como mediadores entre las adversidades infantiles y las ANS. Esto significa que las estrategias para hacer frente a las experiencias adversas de la infancia pueden asociarse con el refuerzo automático (Nock & Prinstein, 2004). En esta línea del refuerzo automático, los estudios en adolescentes muestran cada vez más que la disociación, entendida como una falla en la integración, puede ser un mediador entre las experiencias traumáticas en la infancia, especialmente el abuso sexual, y la psicopatología, especialmente en torno al comportamiento autodestructivo (Kisiel & Lyons, 2001), y en relación a las ANS específicamente (Chaplo, Kerig, Bennett, & Modrowski, 2015).

El DSM-5 define la disociación como la “interrupción y / o discontinuidad en la integración normal de conciencia, memoria, identidad, emoción, percepción, representación corporal, control motor y comportamiento” (American Psychiatric Association, 2013, p.291). En relación a la identidad, la alteración predominante consiste en uno o más episodios en que no se es capaz de recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante. Esta dificultad en el recuerdo es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario. La disociación puede incluir diferentes experiencias que pueden variar desde un ligero distanciamiento del entorno circundante hasta distancias más serias de la experiencia física y emocional. Se ha conceptualizado como un continuo que va desde experiencias disociativas normales, como soñar despierto, hasta niveles patológicos, como el

trastorno disociativo (Putnam, 1993). En la literatura se considera como un mecanismo de defensa y puede entenderse como una respuesta ante situaciones traumáticas y abrumadoras que inicialmente es adaptativa pero que luego puede generalizarse a otros sucesos estresantes.

Muchas de las personas que participan en ANS informan que se sienten irreales, entumecidas o vacías antes de hacerse daño. También refieren intensas emociones ante situaciones de la vida y los episodios de disociación o despersonalización podrían ocurrir como resultado a esa intensa emocionalidad. El causarse daño, podría interrumpir el episodio disociativo, ya sea por el sentir un dolor físico o por la visión de la sangre y ayudar a que pudieran recuperar el sentido de sí mismos. La autolesión podría permitir sentir algo después de los episodios disociativos de no sentir nada. Esto coincide con quienes refieren que usan las ANS para generar sensaciones físicas y emocionales y para sentirse arraigados a la realidad, sentirse vivos nuevamente y terminar con los síntomas de disociación, despersonalización o desrealización (Klonsky, 2007). También las afirmaciones que se enmarcan en las funciones automáticas del modelo funcional de cuatro factores (Nock & Prinstein, 2004), coinciden con este mensaje pues se refieren a que las ANS se usan para “sentir algo incluso si es dolor” o “aliviar un sentimiento de aburrimiento o vacío”. Por lo tanto, las ANS puede entenderse como lo que se han llamado estrategias antidisociativas (Klonsky, 2009; Nock y Prinstein, 2004).

Aunque algunos autores se refieren a episodios de despersonalización, como parte de la disociación, la mayoría se refiere a episodios disociativos como un todo y menos se han estudiado los subtipos específicos de disociación (Ford & Gómez, 2015).

Putnam (1993) define 4 dominios que reflejan aspectos básicos de la disociación: *Amnesia disociativa* definida como fallas en la memoria para experiencias que reflejan infracciones disociativas en el procesamiento de información; *Absorción y participación imaginativa* definida como la capacidad de involucrarse tanto en actividades de fantasía que la realidad se desvanece; *Influencia pasiva* definida como experiencias de no tener control voluntario sobre el cuerpo y las sensaciones; y *Despersonalización y desrealización* definidas como experiencias de estar desconectado del propio cuerpo y del mundo. Dentro del dominio de despersonalización y desrealización distingue entre *identidad disociada* definida como experiencias de estar desconectado de diferentes partes del yo, como sentir que las emociones o comportamientos de uno no son propios; y *relación disociada* definida como el sentido que las relaciones interpersonales son inexplicablemente cambiantes e irreales.

Los distintos dominios han recibido un interés desigual probablemente porque algunos se relacionan de forma más plausible con las ANS. El dominio que más se ha investigado es el de la despersonalización que se ha relacionado de forma consistente desde la comprensión de los

modelos funcionales de las ANS (Klonsky, 2007; Nock & Prinstein, 2004) basados en las afirmaciones de los individuos que se autolesionan y que describen sensaciones de desconexión entre el propio cuerpo y el mundo. Esta afirmación coincide con la definición propia de la despersonalización con lo que las ANS cumplirían la función de reconexión entre el cuerpo y la realidad. Los hallazgos confirman el papel de la despersonalización en la explicación de la relación entre las situaciones traumáticas y las ANS (Ford & Gómez, 2015; Gómez, 2019). La amnesia disociativa también se ha relacionado con la disminución de la activación de áreas cerebrales implicadas en vías hacia las ANS (Ford & Gómez, 2015). Así mismo, aunque los autores reconocen que hace falta mayor investigación, mayores experiencias de absorción se han relacionado con mayor riesgo de ANS (Karpel & Jerram, 2015).

ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) tiene limitaciones, especialmente con respecto a los trastornos de personalidad (TP). Clasifica los trastornos desde un punto de vista categórico, a pesar de que algunas investigaciones sugieren que los modelos dimensionales podrían ser una alternativa (Spitzer et al., 2006). El Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Personalidad y Personalidad del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) propuso un enfoque diferente en la clasificación y el diagnóstico de los TP. Este grupo planteó que el funcionamiento de la personalidad dependía de las representaciones mentales del yo y del funcionamiento interpersonal. Las dificultades en las representaciones mentales comprometerían el sentido de identidad y autodirección mientras que las dificultades en el funcionamiento interpersonal comprometerían la empatía y la intimidad (Skodol & Bender, 2009). Algunos de estos conceptos son centrales en el modelo de Kernberg de Organización de la Personalidad (OP). Por lo tanto, podría ser útil entender las ANS con un enfoque dimensional y psicodinámico de la patología de la personalidad, como el del Kernberg.

La teoría de Kernberg (1976) integra las teorías de las relaciones de objeto y de los afectos, combinando un enfoque categorial (incluye diferentes TP) y dimensional (establece un continuo de extraversión e introversión) (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006). Entiende la patología de la personalidad como un continuo de gravedad y propone clasificarla de acuerdo con 3 niveles o estructuras: el nivel neurótico, el nivel límite y el nivel psicótico. Entiende que el desarrollo de la personalidad está determinado por factores neurobiológicos (como el temperamento) y las influencias ambientales (como las experiencias interpersonales). Para Kernberg, las características patológicas de las estructuras psicológicas de la personalidad vienen determinadas por las conductas observables y las alteraciones que se observan en los individuos.

Debe aclararse que el concepto de Organización de Personalidad Límite (OPL) no se refiere a un diagnóstico específico sino a una estructura de personalidad y, por lo tanto, representa una categoría más amplia que el TLP. Este nivel de organización cubre la mayoría de los diagnósticos de TP incluidos en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

A nivel patológico, Kernberg distingue tres niveles de OP que dependen de dos aspectos: a) la capacidad de diferenciar entre el yo y el objeto; y b) la capacidad de integrar aspectos positivos y negativos de las representaciones de uno mismo y del objeto. Las personas que fracasan en la tarea de diferenciación se enmarcarían en la patología psicótica; los que fracasan

en la integración de los aspectos positivos y negativos pero logran diferenciarse del objeto se enmarcarían en la patología borderline, y los que logran ambas tareas estarían en la patología neurótica.

La evaluación de estas tareas se lleva a cabo mediante tres elementos: 1) el grado de integración de la identidad, 2) los mecanismos de defensa y 3) la prueba de realidad. Según el continuo de patología, las mayores dificultades en una o más de estas áreas están relacionadas con niveles más severos de OP y, por lo tanto, mayores dificultades personales.

La personalidad normal se caracteriza principalmente por una integración adecuada de la identidad, es decir, la capacidad de tener representaciones mentales de uno mismo y de otros que son consistentes y estables en el tiempo (Clarkin et al., 2006; Kernberg & Caligor, 2005). Esta integración de la identidad permite tener una imagen integrada y estable de uno mismo así como tener una buena autoestima, reconocer, tolerar y satisfacer los deseos y experimentar placer al hacerlo. La representación integrada de uno mismo y de los demás también permite el desarrollo de la empatía hacia el otro. La integración de la identidad es por tanto necesaria para un funcionamiento interpersonal satisfactorio. Permite la creación de representaciones mentales de uno mismo y de otros, complejas, realistas y estables en el tiempo, independientemente de si una persona es a veces amable y otras frustrante. Permite experimentar distintas versiones de una persona como un todo y sería la base para las relaciones interpersonales maduras y satisfactorias (Clarkin et al., 2006). La integración de la identidad permite el desarrollo de la interdependencia, al tiempo que permite al individuo mantener un sentido de autonomía adecuada y satisfactoria y el manejo de un vasto repertorio de afectos (Clarkin et al., 2006; Kernberg, 2004).

La personalidad normal se caracteriza por el uso de mecanismos de defensa maduros que facilitan el manejo de situaciones difíciles para un individuo y permiten una mejor adaptación que el uso de defensas primitivas. Además, mantienen un buen contacto con la realidad, con límites claros entre el yo y el no-yo.

Como se ha comentado, Kernberg distingue entre 3 niveles de OP según la gravedad de sus dificultades: la OP Neurótica (OPN), la OP Límite (OPL) y la OP Psicótica (OPP). El nivel más sano es el que Kernberg denomina OPN. Los individuos con este tipo de estructura tienen una identidad bien integrada. Esto les permite mantener representaciones de sí mismos y de los demás de forma consistente y estable en el tiempo y a través de diferentes situaciones. Las defensas que utilizan se enmarcan en niveles maduros, siendo la más usada la represión. Mediante su uso, rechazan representaciones, ideas, pensamientos, recuerdos o deseos los mantienen en el inconsciente, lo que les impide integrar todos los aspectos de su propia

personalidad (Clarkin et al., 2006; Kernberg & Caligor, 2005). Kernberg incluye en la estructura neurótica la personalidad histérica, la obsesiva-compulsiva y la depresiva-masoquista.

En nivel medio en cuanto a severidad, Kernberg sitúa la OPL que se caracteriza por la difusión de la identidad, definida como la “ausencia o pérdida de la capacidad normal para autodefinirse, reflejada en el desajuste emocional en los momentos de intimidad física, decisiones laborales y competencias, y de un aumento de la necesidad de autodefinición psicosocial” (Kernberg, 1976). Los individuos en este nivel, se conciben a sí mismos y al otro de forma parcial, con aspectos solo positivos o solo negativos en un mismo espacio de tiempo. Son capaces de percibir aspectos positivos y negativos pero no en el mismo momento o en la misma situación, sino que se alternan de forma parcial en situaciones y tiempos. Entre las manifestaciones de la difusión de identidad tenemos las dificultades en definirse a sí mismos o al otro así como el sentimiento de vacío que se relaciona con la falta de objetivos e intereses constantes y de compromiso estable en actividades de estudio o laborales. Además, las dificultades en mantener representaciones positivas y negativas de sí mismo y del otro de forma simultánea impiden unas relaciones interpersonales estables y satisfactorias. Ligada con la difusión de identidad está el uso de mecanismos de defensa primitivos como la escisión, que permite a los individuos con OPL separar las representaciones positivas y negativas de uno mismo y de los demás para mantener una buena imagen de uno mismo y del objeto. Además de la escisión, el uso de la negación, la idealización primitiva (devaluación) y la identificación proyectiva se usa con el objetivo de proteger las representaciones positivas de uno mismo y del objeto (Clarkin et al., 2006; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg, 1984). El contacto con la realidad se encuentra preservado aunque en momentos de estrés, puede verse deteriorado temporalmente. Kernberg separa dos niveles en esta OP según su capacidad de adaptación. Por un lado, el nivel de funcionamiento alto que incluye los trastornos ciclotímicos, la personalidad sadomasoquista, evitativa, dependiente, histriónica y narcisista y por otro el nivel de funcionamiento bajo que incluye los trastornos hipomaníacos, hipocondríacos, la personalidad límite, narcisista maligna, antisocial, paranoide, esquizoide y esquizotípica (Clarkin et al., 2006; Kernberg, 1984).

En el nivel más patológico Kernberg describe la OPP que se caracteriza por una difusión de identidad grave, con un uso masivo de mecanismos de defensa primitivos como la escisión. Además, el contacto con la realidad está comprometido, y ausente en algunos momentos, con dificultades en mantener clara la frontera entre el sí mismo y la realidad externa (Kernberg, 1984). Suelen ser individuos extravagantes, poco convencionales y que no siempre respetan las normas sociales. Tienen graves dificultades en captar su pensamiento y emociones así como las

de los otros, lo que dificulta sus relaciones sociales. Sus relaciones de objeto están escindidas y son pobres lo que afecta gravemente su funcionamiento general (Caligor & Clarkin, 2010).

Kernberg y sus colegas desarrollaron el Inventario de la Organización de la Personalidad (IPO; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001) basado en las características que definen los niveles de OP de Kernberg, es decir, la difusión de identidad, los mecanismos de defensa y la prueba de realidad. Algunos autores han investigado la relación entre la estructura de personalidad, utilizando el IPO, y el funcionamiento clínico.

Lenzenweger et al., (2001) relacionaron positivamente los niveles más bajos de funcionamiento de la personalidad de dos muestras no clínicas, con la gravedad de los síntomas de depresión, de ansiedad, de irritabilidad y el afecto negativo. Encontraron además una asociación negativa con el afecto positivo. Los resultados de Berghuis, Kamphuis, Boedijn, & Verheul, (2009) mostraron asociaciones positivas entre las subescalas del IPO y una amplia gama de características psicopatológicas. Además, Lowyck, Luyten, Verhaest, Vandeneede, & Vermote, (2013) encontraron una asociación positiva entre la patología de la personalidad y la severidad de la depresión, la angustia sintomática, la autolesión y los problemas interpersonales.

Estas consideraciones sugieren por tanto, una asociación entre las ANS y ciertas características de la personalidad que vale la pena estudiar.

**II. JUSTIFICACIÓN DE LA
UNIDAD TEMÁTICA,
OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

JUSTIFICACIÓN DE LA UNIDAD TEMÁTICA

Las autolesiones son conductas cada vez más presentes en las consultas de salud mental de los centros infantiles y juveniles. Lejos de ser un fenómeno únicamente clínico, también en la población general adolescente ha aumentado de forma significativa y su forma y frecuencia varía ampliamente. Representan un problema de salud pública, porque motivan un gran número de consultas a urgencias. Además, el estudio de los suicidios consumados, encuentra antecedentes de ANS en un gran número de ellos (Hawton, Zahl, & Weatherall, 2003).

La adolescencia es una etapa evolutiva en la que el joven tiene que hacer frente a muchos cambios que pueden aumentar los niveles de estrés y afectar al desarrollo de la personalidad y la presencia de autolesiones es un indicador de sufrimiento psíquico. Estas conductas suelen enmarcarse en un trastorno de personalidad pero no siempre son indicadoras de la presencia de un trastorno severo (Nock et al., 2006). Aunque la investigación identifica comorbilidades con otros trastornos diferentes del TLP, cada vez más, las ANS se dan en presencia de otras dificultades, tanto internalizantes como externalizantes (Baetens et al., 2012; Brunner et al., 2014; Giletta et al., 2012) así como con múltiples circunstancias vitales, internas (Andrews et al., 2014; Hankin & Abela, 2011; Hilt, Cha, et al., 2008) y externas (Cerutti et al., 2011; Y. Wan, Chen, Sun, & Tao, 2015; Zetterqvist, Lundh, & Svedin, 2014).

Desde la experiencia diaria se hace difícil comprender estas conductas, ya que las razones que esgrimen los adolescentes son de carácter diverso y la base motivacional para llevarlas a cabo es muy diferente. Algunos hablan de aspectos relacionales (necesidad del otro, deseo de mostrar el sufrimiento) mientras que otros tienen que ver con aspectos intrapersonales (evitar el dolor mental, regular emocionalmente). Todos coinciden en que es algo que necesitan hacer y que les ayuda.

Es por tanto importante analizar los factores y conocer los mecanismos implicados en el inicio y mantenimiento de las ANS, ya sea debido a factores del entorno, características psicopatológicas o bien estructuras de personalidad. Así mismo, entender las motivaciones subyacentes y la función que tienen estas conductas, nos puede permitir disminuir su incidencia y enfocar mejor las intervenciones para mejorar la prevención, detectando de forma precoz los sujetos más vulnerables que pueden iniciarse estas conductas.

Siguiendo esta línea, que considera tanto los factores ambientales, las disposiciones internas y las características de personalidad, la tesis se compone de tres estudios. La finalidad del primero es la de establecer un marco teórico de conocimiento de la situación actual revisando las investigaciones más significativas sobre las ANS en la población general

adolescente, en los aspectos principales del concepto. Los otros dos estudios tienen la finalidad de identificar procesos psicopatológicos subyacentes a las ANS e identificar patrones de personalidad específicos para el desarrollo de las ANS.

OBJETIVO GENERAL

La finalidad del trabajo es el estudio y la comprensión de las ANS en su sentido más amplio, identificando aspectos de prevalencia, comorbilidades, factores de riesgo, funciones y mecanismos psicopatológicos y caracteriales. En los estudios se analiza la relación entre las ANS y diversas situaciones traumáticas y el papel de la disociación en esta relación así como las características estructurales de la personalidad desde un modelo híbrido, categorial y dimensional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El objetivo general de este estudio se conceptualiza en los siguientes objetos concretos.

Objetivos en relación a la comprensión de la ANS y de las investigaciones llevadas a cabo desde el año 2000.

1. Estudiar las características sociodemográficas de las ANS y si las tasas de prevalencia diferirían teniendo en cuenta un diagnóstico específico de ANS.
2. Estudiar las comorbilidades y los factores de riesgo asociados a las ANS así como su relación con el suicidio.
3. Identificar las funciones más habituales que esgrimen los adolescentes para autolesionarse.

Objetivos en relación a la identificación de la relación entre la ANS y distintas situaciones traumáticas relacionales y al papel de los distintos subtipos de disociación así como de las características estructurales de la personalidad.

4. Estudiar la relación de la ANS con distintos subtipos de experiencias adversas en la infancia con las figuras primarias de apoyo más allá del abuso sexual
5. Estudiar la relación de las ANS con distintos subescalas de la disociación además de la disociación como constructo
6. Estudiar las características de personalidad que se relacionen con la presencia de ANS
7. Estudiar las subescalas de las estructuras de personalidad y su peso explicativo en la presencia de ANS

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Estudio I:

En el estudio I no se plantean hipótesis propiamente dichas sino que se basa en una revisión sistemática para establecer el marco de conocimiento actual de las ANS. La revisión se centra en muestras no clínicas y en la etapa adolescente y de juventud (12-22 años) para revisar datos en torno a 6 criterios:

1. Criterios del diagnóstico propuestos para el DSM-5
2. Características sociodemográficas
3. Comorbilidad
4. Factores de riesgo
5. Funciones
6. La relación con el suicidio.

Estudio II:

En el estudio II, se plantean dos hipótesis, basadas en resultados de estudios previos:

1. Los adolescentes que informan de diferentes experiencias relacionales traumáticas en la infancia, presentan puntuaciones más elevadas de ANS
2. Los adolescentes que presentan mayores puntuaciones de disociación, presentan más ANS.

Estudio III:

En el estudio III, se plantean dos hipótesis, basadas en resultados de estudios previos:

1. Las características, frecuencia, gravedad y funciones de las ANS de nuestra población son similares a las presentadas en estudios anteriores.
2. Las ANS se relacionan con las distintas subescalas del *Inventory of Personality Organization* (IPO en sus siglas en inglés) y que mayores frecuencias de ANS se relacionarán con una organización de la personalidad más severa.

III. MÉTODO

POBLACIÓN DEL ESTUDIO Y RECOGIDA DE DATOS

Estudio I:

En el primer estudio no había población como tal, ya que se trata de una revisión sistemática y teórica basada en la revisión de 13276 artículos.

Se utilizó la metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses en inglés) (Urrútia & Bonfill, 2010) para realizar búsquedas electrónicas. Las combinaciones de términos de búsqueda utilizadas fueron las siguientes: 1) self-injury OR nonsuicidal self-injury OR NSSI OR deliberate self-harm OR DSH OR self-harm OR self-mutilation OR parasuicide, 2) adolescent OR adolescence OR teen OR teenager, 3) epidemiology OR prevalence OR rates, 4) comorbidity, 5) function, 6) DSM and 7) suicide OR suicide risk OR suicide ideation OR suicide attempt OR suicidal OR suicidal ideation OR suicidal behavior. Examinamos además, las referencias de los artículos identificados para la revisión así como las revisiones recientes sobre autolesiones para identificar artículos que no surgieron en la búsqueda inicial. Se obtuvieron 15831 registros iniciales que, después de eliminar los duplicados, quedaron en 13276 artículos. Se hizo un cribado revisando el título, el resumen y la disponibilidad del texto completo. Para ser incluidos en la revisión, los estudios debían: (a) publicarse entre 2000 y 2017, (b) informar de datos empíricos, (c) dar una definición clara de autolesión, diferenciando la no inclusión de la intención suicida y el método de evaluación de la conducta, (d) muestras categorizadas como universales y (e) publicaciones en inglés y en castellano. Se excluyeron aquellos estudios que: (a) incluían muestras clínicas, (b) no se podía determinar claramente la edad de los participantes o tenían una edad fuera de rango, (c) se centraban en el tratamiento o en validaciones de instrumentos, (d) incluían solo participantes con trastornos generalizados del desarrollo, (e) tenían los mismos resultados ya encontrados en otra publicación y (f) el texto completo no estaba disponible. Después de este cribado se obtuvieron 282 artículos a los que se añadieron 24 artículos identificados en las bibliografías de los artículos revisados. Después de analizarlos, 253 artículos fueron excluidos por las siguientes razones: la edad estaba fuera del rango, era con una muestra clínica, una muestra pequeña o la muestra era únicamente de militares, la definición de la autolesión era poco clara, incluían participantes con dificultades en el desarrollo, se centraban en fundamentos biológicos o examinaban los mismos datos que otros estudios. Finalmente 53 estudios fueron incluidos en la síntesis cualitativa de la revisión sistemática.

Estudios II y III:

La población de los estudios II y III forma parte de una recopilación de datos más amplia que evalúa la comprensión de la personalidad y de diferentes dificultades en adolescentes de la población general.

Los participantes fueron reclutados en escuelas de secundaria de las regiones de Chaudières-Appalaches y Bas-Saint-Laurent de Quebec. El proyecto se explicó a los directores de las escuelas que aceptaron participar y un equipo de estudiantes graduados de psicología se desplazó para explicar a los estudiantes que quisieron colaborar, los objetivos del proyecto de investigación junto con una explicación sobre los trastornos de la personalidad en la adolescencia. Se entregaron documentos informativos a los padres para solicitar la participación de sus hijos en el proyecto de investigación (anexo 3) con la misma información que se presentó oralmente a los estudiantes. Los datos se recogieron a través de la plataforma web segura PIANO de la Universidad de Laval. Los participantes tuvieron que crear una cuenta con un correo electrónico válido y elegir una contraseña. En cualquier momento, un participante podía abandonar la plataforma PIANO y reanudar los cuestionarios donde se detuvo iniciando sesión nuevamente con su dirección de correo electrónico y contraseña.

De todos los datos recogidos, para esta tesis, seleccionamos los participantes que respondieron el cuestionario de ANS. Fueron 161 los individuos que completaron todas las respuestas de este cuestionario y los que se utilizaron como base de datos en los estudios II y III.

Para el segundo estudio, de la muestra original de 161 individuos, 58 casos no se pudieron incluir en el análisis debido a que la información estaba incompleta en alguno de los otros dos instrumentos utilizados en el estudio, el *Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire* y/o la *Dissociative Experience Scale*. Por lo tanto, se incluyeron en la investigación un total de 103 estudiantes de instituto, de la población general, de los cuales se disponía de información de todos los cuestionarios. El grupo de estudio incluyó 76 mujeres (74%) y 27 hombres (26%), con edades comprendidas entre los 14 y 18 años y con una media de edad de 16,27 años. En cuanto a la composición racial / étnica, la gran mayoría de los participantes eran caucásicos (el 88%).

Para el tercer estudio, de la muestra de 161 individuos, 60 casos no completaron toda la información solicitada con lo que no se pudieron incluir. Por lo tanto, los datos de un total de 101 estudiantes de instituto, de la población general fueron incluidos en los análisis, con edades comprendidas entre los 14 y 18 años y con una media de edad de 16,46. El 84 por ciento de los participantes fueron mujeres (n = 85) y el 16 por ciento fueron hombres (n = 16). En relación a la

composición étnica, el 91,7 por ciento fueron de origen caucásico. En el artículo se proporciona mayor información sobre los datos sociodemográficos más relevantes de las participantes.

ASPECTOS ÉTICOS

La participación estudiantil fue voluntaria, y se proporcionó el carácter anónimo proporcionando un código para cada caso.

Todos los estudios que forman parte de esta tesis se llevaron a cabo de acuerdo con los estándares éticos del comité responsable de experimentación humana y con la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2000. Todos los procedimientos fueron aprobados por el Comité Ético de Investigación de la Universidad Laval de Quebec. Los participantes recibieron información sobre los objetivos de la investigación así como la contribución que podían aportar al estudio de las dificultades en los adolescentes. Se transmitió esta información mediante charlas a los estudiantes con lo que estos pudieron hacer preguntas y resolver dudas. Al ser menores de edad, se entregaron documentos informativos a los padres para solicitar la participación de sus hijos en el proyecto de investigación con la misma información que se presentó oralmente a los estudiantes. También los padres tuvieron la posibilidad de contactar con un referente del equipo para resolver dudas.

En el momento de iniciar los cuestionarios en la plataforma web, los formularios de consentimiento electrónico se presentaban primero con lo que los participantes debían dar su consentimiento antes de poder acceder al primer cuestionario (anexo 4). Se aseguró el anonimato en todo momento de los participantes proporcionando un código para cada caso. En ninguno de los cuestionarios se solicitaron datos que pudieran identificar a los participantes y al responderse mediante cuestionarios web, los datos se trataban directamente sin tener acceso directo a conocer los participantes. Además, se subrayó la voluntariedad de participación en el estudio y la posibilidad de abandonar en cualquier momento sin dar explicación alguna.

INSTRUMENTOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Instrumentos utilizados

En el estudio I, se realizaron búsquedas electrónicas en las bases de datos PubMed, PsycInfo, PsycArticles y Ebsco de artículos en inglés y castellano, publicados entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre 2017. Se usaron las combinaciones de términos descritas anteriormente para abarcar la mayor cantidad de registros posibles. Se examinaron además, las referencias de los artículos identificados para la revisión así como las revisiones recientes sobre autolesiones. Se exportaron los registros encontrados al programa Mendeley para poder tratar todos los estudios, mediante carpetas y subcarpetas.

En los estudios II y III, para medir las ANS, se utilizó el *Functional Assessment of Self-Mutilation* (FASM; Lloyd-Richardson, Kelley y Hope, 1997). Es un autoinforme que pregunta sobre 11 métodos diferentes de ANS, con respuestas de sí/no, así como el número de veces que ha cometido cada uno de los métodos y si requirió atención médica. El instrumento también evalúa las funciones de las ANS preguntando 22 razones diferentes, calificadas de 0 = “nunca” a 3 = “a menudo”, que pueden hacer que los adolescentes se involucren en tales comportamientos (más una categoría de “otro” para proporcionar cualquier otra razón). El instrumento FASM ha mostrado propiedades psicométricas suficientemente buenas, incluida una buena fiabilidad y validez con muestras de jóvenes (Hilt et al., 2008; Lloyd-Richardson et al., 2007).

En el estudio II, se utilizaron 2 instrumentos más, ambos cuestionarios autoadministrados. Para medir las experiencias adversas en las relaciones familiares en la infancia, el *Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire* (CECA-Q; Bifulco, Bernazzani, Moran, & Jacobs, 2005) que incluye elementos sobre la falta o el cuidado parental inapropiado calificado por separado para cada figura parental en una escala Likert, de 1 = “de ningún modo” a 5 = “definitivamente sí”. Distingue la antipatía (definida como hostilidad, frialdad o rechazo que los padres muestran al niño) y la negligencia (definida como el desinterés de los padres en el cuidado material, la salud, el trabajo escolar y las amistades). También evalúa el abuso físico y sexual. El instrumento ha mostrado una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.80 a 0.92) y una buena fiabilidad re-test (k de Cohen de 0.78 a 0.93), así como correlaciones significativas con la entrevista de CECA (de $r = 0.58$ a $r = 0.78$) (Kaess et al., 2011).

Para medir la gravedad de la disociación, la *Dissociative Experience Scale* (A-DES; Armstrong, Putnam, Carlson, Libero, & Smith, 1997), que mide distintos subtipos de experiencias disociativas. Es un instrumento de 30 ítems con respuestas en una escala Likert, de 0 = “nunca” a

10 = “siempre”. Se distribuye en 4 dominios que reflejan aspectos básicos de la disociación: “amnesia disociativa” (7 ítems) “absorción e interferencia imaginativa” (6 ítems), “influencia pasiva” (5 ítems) y “Despersonalización y desrealización” (12 ítems). Dentro del dominio de despersonalización y desrealización podemos distinguir entre “identidad disociada” (4 ítems) y “relación disociada” (3 ítems). El instrumento ha mostrado buenas cualidades psicométricas como la consistencia interna (α de Cronbach = .95) y la estabilidad temporal que varía entre .71 y .91 entre los diferentes estudios (Armstrong et al., 1997; Nilsson & Svedin, 2006).

En el estudio III, además del cuestionario de ANS, se utilizó el *Inventory of Personality Organization for Adolescents* (IPO-A; Biberdzic, Ensink, Normandin, & Clarkin, 2017), desarrollado a partir de la versión adulta del *Inventory of Personality Organization* (IPO; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001). Mide las dimensiones de la organización borderline de la personalidad según el modelo de Kernberg (Kernberg, 1984) y consta de cinco escalas, incluyendo difusión de identidad (29 ítems), defensas primitivas (16 ítems), prueba de realidad (20 ítems), agresión (18 ítems) y valores morales (8 ítems). Ha mostrado buena consistencia interna y fiabilidad test-retest en muestras comunitarias (Ellison & Levy, 2012).

Análisis estadístico

Todos los procedimientos estadísticos para realizar los análisis descriptivos, de comparación de medias y de regresiones logísticas se llevaron a cabo utilizando el software SPSS v. 15.0. En cada artículo se proporciona información detallada de los análisis concretos.

IV. RESULTADOS

En este apartado se presentarán los resultados del trabajo de investigación.

Para responder a los objetivos 1, 2 y 3 se presenta el trabajo “Autolesiones sin finalidad autolítica: una revisión sistemática en adolescentes de la comunidad”.

Para responder a los objetivos 4 y 5 se presenta el trabajo “Dissociation and its role between adverse childhood experiences and non-suicidal self-injury”.

Y para responder a los objetivos 6 y 7 se presenta el trabajo “Non-suicidal self-injury and its relation with personality organization”

PRIMER ARTÍCULO

Tarragona-Medina, B., Pérez-Téstor, C., & Ribas-Fitó, N. (2018). **Autolesiones sin finalidad autolítica: una revisión sistemática en adolescentes de la comunidad.** *Psicopatol. salud ment.* 2018, 31, 67-90.

Resumen

El objetivo de este artículo es presentar una revisión de la investigación existente sobre las autolesiones no suicidas (ANS) en población comunitaria adolescente. Las ANS son un fenómeno tan común entre los adolescentes que se han propuesto como potencial trastorno independiente. Los rangos prevalencia están entre el 4,8 y el 28 %, con una edad de inicio entre los 12 y los 15 años. Su presencia se acompaña de diversos trastornos además del Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Las experiencias adversas en la infancia así como factores internos son potentes factores de riesgo.

Palabras clave: autolesiones no suicidas, adolescentes, dsm5, suicidio

Autolesiones sin finalidad autolítica: una revisión sistemática en adolescentes de la comunidad

BRENDA TARRAGONA-MEDINA^{1A}, CARLES PEREZ-TESTOR^{2B} Y NÚRIA RIBAS-FITÓ^{2C}

RESUMEN

El objetivo de este artículo es presentar una revisión de la investigación existente sobre las autolesiones no suicidas (ANS) en población comunitaria adolescente. Las ANS son un fenómeno tan común entre los adolescentes que se han propuesto como potencial trastorno independiente. Los rangos prevalencia están entre el 4,8 y el 28 %, con una edad de inicio entre los 12 y los 15 años. Su presencia se acompaña de diversos trastornos además del Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Las experiencias adversas en la infancia así como factores internos son potentes factores de riesgo. *Palabras clave: autolesiones no suicidas, adolescentes, dsm5, suicidio.*

ABSTRACT

Non-suicidal self-injury: a systematic review. The aim of this article is to present a review of the existing research on Non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents. NSSI is such a common phenomenon among adolescents that it has been proposed to be treated as a potential independent disorder. The prevalence ranges are between 4.8 and 28%, with the age range between 12 and 15 years. It occurs together with Borderline Personality Disorder (BPD) and other types of disorders in addition to this. Both adverse experiences in childhood and internal factors are potent risk factors. *Key words: non-suicidal self-injury, adolescents, dsm5, suicide.*

RESUM

Autolesions sense finalitat autolítica: una revisió sistemàtica. L'objectiu d'aquest article és presentar una revisió de la investigació existent sobre les autolesions no suïcides (ANS) en població comunitària adolescent. Les ANS són un fenomen tan comú entre els adolescents que s'han proposat com a potencial trastorn independent. Els rangs de prevalença estan entre el 4,8 i el 28 %, amb una edat d'inici entre els 12 i els 15 anys. La seva presència s'acompanya de diversos trastorns, a banda del trastorn límit de la personalitat (TLP). Les experiències adverses en la infantesa, així com factors interns, són potents factors de risc. *Paraules clau: autolesions no suïcides, adolescents, dsm5, suïcidi.*

Introducción

Clásicamente llamadas conductas parasuicidas, las conductas autolesivas constituyen un grupo muy heterogéneo de comportamientos, con diferente letalidad y con repercusiones clínicas y sociales diversas. Los grupos de investigación europeos se centran en el aspecto conductual y acuñan el término *Deliberate self-harm* (DSH), Autolesión Deliberada (AD) (Madge et al., 2008), que hace referencia a conductas autodestructivas, con o sin intención suicida y que no tienen

consecuencias irreversibles. En contraste, los grupos de investigación norteamericanos utilizan el término *Non-suicidal self-injury* (NSSI), Autolesión No Suicida (ANS) (Nock, 2010), que es más restrictivo y excluye cualquier conducta con intención suicida. Éste se define como la destrucción deliberada autoinglindida de tejido corporal sin intención suicida y con propósitos no sancionados por la sociedad. Éste será el término usado a lo largo del artículo para referirnos a este tipo de conductas, por ser más restrictivo y diferenciarlas claramente de las realizadas con intención suicida.

¹Psicóloga ²Psiquiatra ^AFundació Orienta, ^BFundació Vidal i Barraquer ^CCPB-SSM
Correspondencia: btarragona@fundacioorienta.com

Recibido: 8/2/18 - Aceptado: 19/3/18

Las ANS se inician habitualmente en la adolescencia (Kadziela-Olech et al., 2015). Se detectan al inicio de ésta y aumentan a medida que avanza (Tang et al., 2013). Incluyen multitud de conductas entre las que se encuentran cortarse, quemarse, morderse, golpearse o ponerse objetos bajo la piel o las uñas (Albores-Gallo et al., 2014). En los casos más graves pueden llegar a provocarse heridas en la cara o los genitales. Algunas conductas socialmente aceptadas consistentes en modificaciones del cuerpo, tales como tatuajes o piercings se han considerado sublimaciones de las autolesiones patológicas (Favazza, 2012).

La comparación de datos epidemiológicos entre poblaciones resulta difícil debido al hecho de que el mismo tipo de conducta recibe diferentes nombres y definiciones. Además, las formas de detección son muy diversas de un estudio a otro, lo que contribuye a estimaciones muy diferentes. En muestras comunitarias, existen diferencias importantes entre los estudios que utilizan un solo ítem para evaluar las autolesiones (prevalencia en torno al 12,5 %) (Muehlenkamp, Claes, Havertape y Plener, 2012), de los que utilizan múltiples ítems o cuestionarios de conductas (prevalencia del 23,6 % al 31,4%) (Muehlenkamp et al., 2012). En muestras clínicas la prevalencia llega hasta el 60 % de los participantes (Kaess et al., 2013). Las tasas más altas pueden relacionarse con el uso de evaluaciones generales, que no distinguen las ANS de conductas lesivas más comunes, como morderse los labios o rascarse superficialmente (Zetterqvist, Lundh, Dahlström et al., 2013).

Aunque las ANS se han asociado generalmente con categorías diagnósticas de trastornos severos, como los trastornos del desarrollo, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y el trastorno límite de la personalidad (TLP) (Glenn y Klonsky, 2013), siendo un criterio diagnóstico de éste último, otros estudios cuestionan esta presunción. Esto es debido a que las ANS están presentes en una extensa variedad de trastornos, ya sean internalizantes (como los comportamientos ansiosos, depresivos y problemas somáticos), externalizantes (como los comportamientos agresivos, de falta de atención, desobediencia y conducta delictiva), así como en las personas con trastorno por

abuso de sustancias (Evren, Evren, Bozkurt y Can, 2014; Liu, Chen, Bo, Fan y Jia, 2017; Xavier, Pinto-Gouveia, Cunha y Dinis, 2017; Zetterqvist, Lundh y Svedin, 2013). Su presencia es tan amplia que, durante la elaboración del DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), el grupo de trabajo sobre los trastornos de la infancia y del estado de ánimo propuso la inclusión de las ANS como un diagnóstico separado. La primera propuesta del trastorno de ANS (Shaffer y Jacobson, 2009) requiere de otros criterios, además de la presencia de ANS, para cumplir el diagnóstico (ver Tabla 1 del anexo). La versión que finalmente se incluyó en el DSM 5 (APA, 2013) es más restrictiva e incluye más criterios que la primera versión (ver Tabla 2 del anexo). Otros autores también proponen que las ANS podrían representar un trastorno psiquiátrico específico (Muehlenkamp, 2005; Selby, Bender, Gordon, Nock y Joiner, 2012). Este cambio de concepción llevaría implícito que las ANS tienen procesos psicopatológicos específicos pero que actualmente son poco conocidos. Esto mejoraría la comprensión y aumentaría la investigación sobre su etiología, su tratamiento y los resultados de éstos (Wilkinson y Goodyer, 2011).

Las aproximaciones teóricas iniciales se han focalizado en la descripción de los factores psicosociales asociados a estas conductas. Esto ha dado como resultado una lista de indicadores y factores de riesgo que están relacionados con variables sociodemográficas (edad y sexo), características (rasgos de personalidad y autoestima), psicopatológicas (uso de drogas, sintomatología depresiva y psicopatología alimentaria) y psicosociales (conflictos interpersonales, modelado y abuso sexual). Aunque estos datos son útiles para identificar a los sujetos con más alto riesgo de presentar conductas autolesivas, es necesaria la comprensión de las motivaciones subyacentes y la función de estas conductas.

Existe consenso en que el afecto negativo precede a las ANS y que después se da una sensación de alivio y de disminución del afecto negativo -una función de Refuerzo Automático (RA) Negativo (Klonsky, 2007). Esto coincide con dos de los modelos funcionales más citados, el modelo de cuatro factores (Nock y Prinstein, 2004) y el modelo de evitación experiencial

(Chapman, Gratz y Brown, 2006). Según el primero, la función de las ANS se categoriza según dos dimensiones: la primera describe la función automática, cuando la conducta se refuerza mediante aspectos internos, y la función social, cuando es mediante aspectos interpersonales o externos. La segunda dimensión describe la valencia del refuerzo, positivo o negativo. Estas dos dimensiones dan lugar a cuatro funciones: refuerzo automático positivo (“para sentir algo, aunque sea dolor”), refuerzo automático negativo (“para evitar sentimientos negativos”), refuerzo social positivo (“para conseguir alguna reacción del otro”) y refuerzo oscila negativo (“para evitar el castigo de otros”). En contraste, según el modelo de evitación de la experiencia, las ANS se mantienen a través de un único factor de refuerzo negativo, que implica la evitación o escape de estados internos no deseados o intolerables (emociones, pensamientos, sensaciones).

Una de las principales preocupaciones en torno a las ANS es la frecuencia con que coexisten con los intentos de suicidio (IS). Alrededor del 70 % de los adolescentes con ANS repetitivas han hecho al menos un intento de suicidio y el 55 %, varios (Hargus, Hawton y Rodham, 2009). Mientras que las ANS se consideran un factor precipitante de la aparición de pensamientos e intentos de suicidio (Hawton et al., 2012), también se entienden como métodos reguladores de las emociones negativas y, por tanto, como un medio para mantenerse en vida (Whitlock, 2010). En relación con el suicidio, se proponen tres teorías: a) la teoría psicológica interpersonal del suicidio de Joiner (2005) propone que las personas deben tener el deseo de suicidio así como la capacidad de actuarlo. Esto conlleva un menor temor a la muerte y un umbral elevado de dolor; b) la teoría de la puerta de enlace alude a la existencia de un continuum de comportamientos autodestructivos que comparten cualidades y se diferencian en la gravedad, siendo las ANS el extremo menos grave y el suicidio consumado, el más grave (Brausch y Gutierrez, 2010); y c) la teoría de la tercera variable considera los factores de riesgo y los mecanismos psicológicos subyacentes y sugiere que las ANS y los IS comparten variables comunes, como podría ser el TLP (Nock et al.,

2006) o los síntomas de depresión, baja autoestima y menor apoyo de los padres (Brausch y Muehlenkamp, 2007; Muehlenkamp y Gutierrez, 2007).

Con la integración de estas teorías, se propone un nuevo modelo de concepción: las ANS son una vía directa al IS moderada por a) el nivel de angustia intrapersonal de cada individuo (teoría de la puerta de enlace); b) por la existencia de factores de riesgo compartidos (teoría de la tercera variable) y c) con una capacidad adquirida para el suicidio (teoría de Joiner, 2005) (Hamza, Stewart y Willoughby, 2012).

A inicios del año 2000, la investigación se ha ampliado considerablemente debido a diversos avances: se publican instrumentos de evaluación de las ANS, lo que facilita la investigación (Gratz et al., 2012; Lloyd-Richardson, Kelley y Hope, 1997), las ANS se asocian a trastornos psiquiátricos incluso en poblaciones comunitarias (Klonsky, Oltmanns y Turkheimer, 2003), se determinan las razones por las que las personas se autolesionan (Nock y Prinstein, 2004), se diferencian las ANS de las conductas suicidas (Muehlenkamp y Gutierrez, 2004) y se considera la comprensión de las ANS como un síndrome clínico independiente (Muehlenkamp, 2005). A pesar de las limitaciones y contrastes de este amplio campo de investigación las revisiones existentes combinan muestras clínicas y comunitarias de amplios rangos de edades. Sin embargo, consideramos necesario centrarse en muestras comunitarias de adolescentes, debido a que éste es el rango de edad en que se inician las ANS y es un tipo de población de difícil detección. La finalidad de este artículo es abordar este aspecto, con una revisión de la literatura existente. Tuvimos en cuenta la terminología usada y las diferentes metodologías de evaluación, así como la comprensión de la motivación subyacente, ya sea vinculada con el suicidio o no, y la posible concepción como trastorno específico. Como hemos comentado, nos centraremos en muestras no clínicas y en la etapa adolescente y de juventud (12-22 años) para revisar datos de (1) criterios de diagnóstico propuestos para el DSM-5, (2) características sociodemográficas, (3) comorbilidad, (4) factores de riesgo, (5) funciones y (6) la relación con el suicidio.

Método

Según la metodología PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) (Urrútia y Bonfill, 2010), realizamos búsquedas electrónicas en las bases de datos PubMed, PsycInfo, PsycArticles y Ebsco de artículos en inglés y castellano, publicados entre el 1 de enero de 2000 i el 31 de diciembre 2017. Las combinaciones de términos de búsqueda utilizadas fueron las siguientes: 1) self-injury OR nonsuicidal self-injury OR NSSI OR deliberate self-harm OR DSH OR self-harm OR self-mutilation OR parasuicide, 2) adolescent OR adolescence OR teen OR teenager, 3) epidemiology OR prevalence OR rates, 4) comorbidity, 5) function, 6) DSM and 7) suicide OR suicide risk OR suicide ideation OR suicide attempt OR suicidal OR suicidal ideation OR suicidal behavior. Examinamos, además, las referencias de los artículos identificados para la revisión, así como las revisiones recientes sobre autolesiones (Brown y Plener, 2017; Klonsky, Victor, y Saffer, 2014; Whitlock, 2010; Wilkinson y Goodyer, 2011) para identificar artículos que no surgieron en la búsqueda inicial.

La figura 1 muestra el diagrama de la búsqueda bibliográfica. De los resultados que se produjeron inicialmente, una vez eliminados los duplicados, se revisaron los títulos y resúmenes de los artículos identificados. Posteriormente se obtuvo el texto completo para ser revisado según los criterios de inclusión y exclusión definidos. Para ser incluidos en la revisión, los estudios debían: (a) publicarse entre 2000 y 2017, (b) informar de datos empíricos, (c) dar una definición clara de autolesión, diferenciando la no inclusión de la intención suicida y el método de evaluación de la conducta, (d) muestras categorizadas como universales y (e) publicaciones en inglés y en castellano. Se excluyeron aquellos estudios que: (a) incluían muestras clínicas, (b) no se podía determinar claramente la edad de los participantes o tenían una edad fuera de rango, (c) se centraban en el tratamiento o en validaciones de instrumentos, (d) incluían solo participantes con trastornos generalizados del desarrollo, (e) tenían los mismos resultados ya encontrados en otra publicación y (f) el texto completo no estaba disponible. El análisis de los

textos se hizo revisando los artículos complementamente y clasificándolos según los diferentes focos de interés.

Resultados

Según nuestra búsqueda bibliográfica, seleccionamos 53 artículos que cumplían los criterios de inclusión para esta revisión. Los estudios clasificados según los diferentes focos de análisis quedan recogidos en la Tabla 3 del anexo.

Criterios diagnósticos

De los artículos seleccionados, encontramos cuatro estudios sobre el trastorno de ANS. En muestras comunitarias el porcentaje de adolescentes que cumplen los criterios definidos para el trastorno varía entre el 1,5 y el 6,7 % (Albores-Gallo et al., 2014; Zetterqvist, Lundh, Dahlström et al., 2013). En contraste, el 47 % de los adolescentes informan de autolesiones repetitivas (Manca, Presaghi y Cerutti, 2014), es decir, más cumplirían el criterio A (más de 5 episodios autolesivos en el último año) pero no necesariamente el resto de criterios, con lo que no se diagnosticarían de trastorno de ANS. La presencia del trastorno es mayor en chicas que en chicos (Albores-Gallo et al., 2014). Algunos estudios informan sobre la tolerancia al dolor y muestran patrones contradictorios. Un estudio informa de poco o incluso ausencia de dolor en los adolescentes con trastorno de ANS durante los episodios autolesivos (Zetterqvist, Lundh, Dahlström, et al., 2013), mientras que otro no encuentra diferencias (Manca et al., 2014).

Todos los estudios han podido abordar los criterios A, B y C (Shaffer y Jacobson, 2009) (ver tabla 1), aunque los resultados son muy distintos. Esto podría estar relacionado con el uso de diferentes instrumentos de detección de las autolesiones. En torno al criterio B, solo dos estudios informan datos de los subcriterios B1 a B4 (Albores-Gallo et al., 2014; Zetterqvist, Lundh, Dahlström et al., 2013). El criterio que obtiene más respaldo es el B4 (respuesta contingente de alivio del estado negativo), con puntuaciones de hasta 99,5 % (Zetterqvist, Lundh, Dahlström et al., 2013) y es el que más se relaciona con la función de las autolesiones (Gratz, Dixon-Gordon, Chapman y Tull, 2015). El subcriterio

B3 (tener la urgencia de autolesionarse) es el menos respaldado (Albores-Gallo et al., 2014; Zetterqvist, Lundh, Dahlström et al., 2013). La valoración de todos los criterios es posible con preguntas específicas o bien con la combinación de tres instrumentos, el *Deliberate Self-Harm Inventory* (DSHI) para determinar el criterio A, el *Repetitive Non-Suicidal Self-Injury Questionnaire* (R-NSSI-Q) para los criterios B (intención de las autolesiones) y C (deterioro funcional en las áreas interpersonal, académica u otras) y el ítem 2 del *Suicide Behaviors Questionnaire-Revised* (SBQ-R) para establecer la frecuencia de la ideación suicida (Manca et al., 2014). No hemos encontrado estudios en muestras comunitarias de adolescentes que hayan utilizado la última versión del trastorno de ANS, incluida en el DSM-5 (APA, 2013) (ver Tabla 2).

Frecuencia, características y aspectos asociados a las ANS

De los artículos revisados, en 21 de ellos encontramos datos sobre las características socio-demográficas. Entre los 12 y los 18 años, el porcentaje de adolescentes que participan en ANS se sitúa entre el 4,8 y el 28 % (Brausch y Gutierrez, 2010; Kadziela-Olech et al., 2015; Laukkanen et al., 2009; Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker y Kelley, 2007; Matsumoto y Imamura, 2008; Møhl y Skandsen, 2012; Muehlenkamp y Gutierrez, 2007; Plener, Libal, Keller, Fegert y Muehlenkamp, 2009; Zoroglu et al., 2003). A pesar de que los datos varían considerablemente entre las muestras, hay cierto consenso en que la edad de inicio se sitúa entre los 12 y los 15 años (Cerutti, Manca, Presaghi y Gratz, 2011; Muehlenkamp y Gutierrez, 2007; Nixon et al., 2008), aunque algunos autores informan de ANS antes de los 10 años (Albores-Gallo et al., 2014; Barrocas, Hankin, Young y Abela, 2012; Hilt, Cha y Nolen-Hoeksema, 2008; Ross y Heath, 2002; Tang et al., 2011; You, Leung, Fu y Lai, 2011), situándose un aumento alrededor de los 15 años (Kadziela-Olech et al., 2015). Algunos autores diferencian entre las ANS ocasionales y las ANS repetitivas, como una forma de determinar la gravedad de la conducta. De los adolescentes que se autolesionan, el 52 % informa hacerlo de forma ocasional, mientras entre el 14 y el 75 % lo hace de forma

repetitiva (Brunner et al., 2007; Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; You et al., 2011).

La mayoría de los estudios indican que las mujeres presentan más ANS que los hombres (Giletta, Scholte, Engels, Ciairano y Prinstein, 2012; Larsson y Sund, 2008; Laukkanen et al., 2009; Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Matsumoto et al., 2008; Muehlenkamp y Gutierrez, 2007; Nixon et al., 2008; Plener et al., 2009; Ross y Heath, 2002; Tang et al., 2013; You et al., 2011), aunque algunos autores informan de ratios más altas en chicos (Kadziela-Olech et al., 2015; Møhl y Skandsen, 2012) y otros no encuentran diferencias de género (Cerutti et al., 2011; Hilt et al., 2008).

Los métodos más comunes de ANS son los cortes, hacerse símbolos o letras en la piel y pegarse a uno mismo (Albores-Gallo et al., 2014; Cerutti et al., 2011; Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Nixon et al., 2008; Plener et al., 2009; Ross y Heath, 2002; Zoroglu et al., 2003). Las chicas usan principalmente cortes y los chicos golpearse a sí mismos o quemarse con el cigarro (Barrocas et al., 2012; You et al., 2011). Además, entre el 21,6 y el 52 % de los adolescentes con ANS utilizan más de un método autolesivo (Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Lloyd-Richardson et al., 2007; Muehlenkamp y Gutierrez, 2007; You et al., 2011). Lloyd-Richardson et al. (2007) diferencian entre ANS menores (golpearse a sí mismo, tirarse del pelo, morderse, insertar objetos debajo de las uñas o la piel, hurgar en una herida y rascarse para sangrar) y ANS mayores (cortarse, quemarse, auto-tatuarse, raspase y borrarse, es decir, usar un borrador para frotar la piel hasta el punto de quemarse y sangrar). Las últimas son las más frecuentes en adolescentes con ANS repetitivas mientras que los adolescentes con ANS ocasionales son más propensos a utilizar métodos menores (Lloyd-Richardson et al., 2007; Tang et al., 2013; You et al., 2011). Esto indica un patrón de gravedad en cuanto a frecuencia y tipo de autolesión (menor vs severa). Las zonas más habituales, tanto para chicos como para chicas, son los antebrazos y los brazos (Albores-Gallo et al., 2014; Lloyd-Richardson et al., 2007).

En cuanto a aspectos psicológicos, los sentimientos o ideas negativas y el deseo de reducir estos estados emocionales negativos fueron los

precipitantes más comunes (Albores-Gallo et al., 2014; Kadziela-Olech et al., 2015; Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005). El 6,9 % de los adolescentes informó de un componente adictivo y hasta el 12,8 %, de la incapacidad para dejar de autolesionarse (Albores-Gallo et al., 2014). Conductas de riesgo como fumar, beber o el consumo de otras sustancias tóxicas (como esnifar pegamento o fumar cannabis) son más habituales en adolescentes con ANS (Larsson y Sund, 2008; Laukkanen et al., 2009; Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005). A medida que estas conductas son mayores, disminuyen las ANS. Eso podría indicar que los adolescentes con más alto consumo de drogas regulan las emociones y la tensión con el consumo más que con actos autolesivos (Brunner et al., 2014).

Aunque no hay diferencia de raza en la prevalencia de ANS (Cerutti et al., 2011; Hilt et al., 2008) la investigación en muestras no caucásicas es escasa. En la población asiática, la prevalencia oscila entre 9,6 y el 33 % (Matsumoto et al., 2008; Tang et al., 2013; You et al., 2011) y de 21,4 % entre los adolescentes turcos (Zoroglu et al., 2003).

Comorbilidad

De los artículos revisados, 14 de ellos encontraron otros trastornos en los adolescentes con ANS. A pesar de que hay adolescentes con ANS y sin patología mental, éstas están presentes junto a un amplio rango de diagnósticos psiquiátricos.

Según la literatura existente, las ANS se relacionan estrechamente con el TLP (Cerutti et al., 2011; You et al., 2011), aunque no siempre se cumplen todos los criterios para el diagnóstico. Junto con el TLP, los TCA aparecen con una relación clara con las ANS (Hilt et al., 2008; Hintikka et al., 2009).

Varios investigadores han informado de ANS en adolescentes con síntomas depresivos, de ansiedad, trastornos de conducta y trastornos de personalidad (Brunner et al., 2014; Cerutti et al., 2011; Evren, Evren, Bozkurt y Can, 2014; Hintikka et al., 2009; You et al., 2011; Zetterqvist, Lundh y Svedin, 2013). Mayor frecuencia de ANS se relaciona con mayores niveles de síntomas depresivos (Giletta et al., 2012), así como mayor ideación suicida y menos razones para

vivir (Evren et al., 2014; Muehlenkamp y Gutierrez, 2007; Plener et al., 2009; Ross y Heath, 2002). Los trastornos externalizantes, como el comportamiento agresivo y la impulsividad, también son más habituales en jóvenes con ANS (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens y Ongheena, 2012; Liu, Chen, Bo, Fan y Jia, 2017).

Además, otros autores informan de mayores niveles de síntomas disociativos y problemas de pensamiento entre los adolescentes con ANS (Baetens et al., 2012; Cerutti et al., 2011; You et al., 2011; Zetterqvist, Lundh y Svedin, 2013).

Las conductas de riesgo para la salud como el consumo de sustancias, sobretodo alcohol, y las conductas sexuales de riesgo, además de los trastornos del sueño, se registran más a menudo en muestras de adolescentes con ANS (Evren et al., 2014; Giletta et al., 2012; Hilt et al., 2008; Hintikka et al., 2009; Liu et al., 2017).

Factores de riesgo

De los artículos revisados, en 13 de ellos encontramos datos sobre los factores de riesgo vinculados a las ANS. Éstas pueden relacionarse con factores de riesgo de origen interno (como dificultades de regulación emocional) o externo (como maltrato en la infancia).

Varios autores han relacionado experiencias adversas de la infancia con las ANS en adolescentes hasta en un 94,6 % (Cerutti et al., 2011; Wan, Chen, Sun y Tao, 2015; Zetterqvist, Lundh y Svedin, 2014). El abuso sexual se muestra con una estrecha relación con las autolesiones (Cerutti et al., 2011; Tsai, Chen, Chen, Hsiao y Chien, 2011; Wan et al., 2015; Zetterqvist et al., 2014), aunque no todos los autores han encontrado una asociación tan fuerte con las ANS (Zoroglu et al., 2003). Respecto al rol de las relaciones familiares, diversos estudios relacionan las ANS con la negligencia de los padres, la falta de apoyo emocional, la poca conexión con los progenitores y ser testimonio de violencia familiar (Baetens et al., 2015; Brunner et al., 2014; Cerutti et al., 2011; Taliaferro, Muehlenkamp, Borowsky, McMorris y Kugler, 2012). Entre los factores del entorno, la victimización por parte de iguales y las interacciones relacionales negativas también resultan un indicador para el comportamiento autolesivo (Hankin y Abela, 2011; Hilt et al., 2008; Wan et al., 2015).

Los síntomas depresivos, la angustia, el estilo cognitivo negativo, la desconfianza y la desesperanza son factores internos que se encuentran en los adolescentes que se autolesionan (Andrews, Martin, Hasking y Page, 2014; Baetens et al., 2015; Hankin y Abela, 2011; Taliaferro et al., 2012; Zetterqvist et al., 2014). Las ANS se relacionan significativamente con niveles altos de agresión, incluida agresividad física, verbal, rabia, hostilidad y agresividad indirecta (Tang et al., 2013). La crítica parental percibida también se asoció con las ANS a través de la autocrítica (Baetens et al., 2015). En cuanto a la disociación, también se sugiere como un mediado importante de la conducta suicida y autolesiva (Zoroglu et al., 2003).

Funcionalidad

De los artículos seleccionados, nueve de ellos revisan las funciones de las ANS e informan de diversas motivaciones que no son excluyentes las unas de las otras. Como los factores de riesgo, podemos clasificarlas en las funciones referidas con aspectos internos o a aspectos del entorno.

Los adolescentes refieren más de un motivo para autolesionarse (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens y Onghena, 2011; Scoliers et al., 2009). Los más comunes son la reducción de la tensión y la regulación emocional, es decir los que se relacionan con el refuerzo automático (intrapersonal) (Baetens, Claes, Muehlenkamp et al., 2011; Hilt et al., 2008; Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Lloyd-Richardson et al., 2007).

Las funciones sociales resaltan la naturaleza comunicativa del comportamiento, el deseo de influir en los demás y revelan la forma en que funciona para exteriorizar la angustia interna (Hilt et al., 2008; Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Lloyd-Richardson et al., 2007). Aunque en ocasiones se considera que las ANS son para llamar la atención, un estudio encontró éste como uno de los motivos menos comunes (Scoliers et al., 2009).

Las diferencias de género indican que las chicas informan de más sentimientos de autculpa, aburrimiento, de pertenencia al grupo y de evitación de hacer algo en contraste con los chicos que refieren deseos de dañar a alguien, de pro-

vocar enfado y sentimientos de infelicidad y depresión (Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Lloyd-Richardson et al., 2007).

Muchos estudios tienen en cuenta el modelo de cuatro factores propuesto por Nock y Prinstein (2004) para explicar la función de las autolesiones (Calvete, Orue, Aizpuru, Brotherton y Brottierton, 2015; Hilt et al., 2008; Lloyd-Richardson et al., 2007; Zetterqvist, Lundh, Dahls-tröm et al., 2013). Con resultados similares, un estudio refiere funciones interpersonales –de refuerzo social– e intrapersonales –de refuerzo automáticas– (Somer et al., 2015). Un modelo de dos factores propone que las razones que dan los adolescentes se distribuyen en dos dimensiones, una más interpersonal y comunicativa, a la que llaman “grito de ayuda”, y otra que representa las razones dirigidas hacia el interior y a la que llaman “grito de dolor” (Scoliers et al., 2009).

Relación con el suicidio

De los artículos revisados, en 22 de ellos se comparan grupos de adolescentes con ANS con aquellos que, además, han hecho un intento de suicidio (IS). La mayoría de estudios muestran cómo las ANS son un predictor claro de los IS y que los adolescentes que presentan ANS tienen más probabilidad de informar de pensamientos suicidas y de hacer un IS (Brausch y Boone, 2015; Brunner et al., 2007; Guan, Fox y Prinstein, 2012; Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Muehlenkamp y Gutierrez, 2004, 2007; Tang et al., 2011; Tørmoen et al., 2013; Wilcox et al., 2012). No obstante, Hargus et al. (2009) no encuentran factores distintivos en relación a aspectos psicosociales, emocionales y conductuales entre los adolescentes con ANS y aquellos que han hecho un IS. Algunos estudios también predicen que la mayor frecuencia de ANS conduce a más IS (Brausch y Boone, 2015; Guan et al., 2012). Así mismo, en dos muestras diferentes, el 8 % había hecho repetidos IS (Brausch y Boone, 2015; Brunner et al., 2007). Lloyd-Richardson et al. (2007) encuentran que los adolescentes con IS participan más frecuentemente en ANS severas y refieren más tipos diferentes de ANS y más razones para autolesionarse, aunque otros autores no encuentran diferencias entre los grupos (Muehlenkamp y Gutierrez, 2007).

En relación al suicidio consumado, en un estudio longitudinal de 10 años de duración, el 49% de muertes informadas fueron por suicidio o por causas indeterminadas. Esto supone una tasa de suicidio del 1,8 % del total de individuos que se autolesionaban (Hawton et al. 2012).

En cuanto al método de suicidio, la mayoría informa de cortes en las venas, sobredosis, saltar al vacío o colgarse (Brausch y Boone, 2015; Zoroglu et al., 2003). La prevalencia entre los grupos con ANS + IS varía entre el 3 y el 45 %. De nuevo, esta variabilidad se relaciona con los diferentes métodos de evaluación.

Algunos autores encuentran que la proporción de chicas con antecedentes de ANS e IS es mayor que en los hombres (Larsson y Sund, 2008; Zoroglu et al., 2003), mientras que otros no encuentran diferencias de género entre los adolescentes con ANS respecto a la ideación, al plan y al intento de suicidio (Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005).

Los adolescentes que participan en ANS y que han intentado suicidarse informan de historias de vida más traumáticas, con presencia de abusos sexuales, físicos y emocionales (Baetens, Claes, Muehlenkamp et al., 2011; Zetterqvist, Lundh y Svedin, 2013). Los adolescentes con algún tipo de abuso tienen 7,6 veces más probabilidades de hacer un IS y 2,7 veces más probabilidades de realizar ANS (Zoroglu et al., 2003). La presencia de ANS y de IS aumenta la probabilidad de padecer diversos trastornos mentales, como depresión, trastorno oposicionista desafiante, ansiedad, consumo de sustancias y quejas somáticas (Brausch y Gutierrez, 2010; Guertin et al., 2001; Larsson y Sund, 2008; Muehlenkamp y Gutierrez, 2004, 2007; Plener et al., 2009; Taliaferro et al., 2012). Los adolescentes que han hecho un IS presentan puntuaciones más altas tanto en trastornos externalizantes como internalizantes (Larsson y Sund, 2008) y tienen mayor gravedad en los síntomas depresivos que los adolescentes con ANS y sin IS (Muehlenkamp y Gutierrez, 2007).

Discusión

Desde que las ANS se han convertido en un fenómeno social común en los adolescentes, las investigaciones y el cuerpo de conocimiento ha

aumentado notablemente. Es importante diferenciar las ANS esporádicas de aquellos adolescentes que se autolesionan de forma repetitiva. Con este objetivo, se ha propuesto la concepción del trastorno de ANS (Muehlenkamp, 2005; Selby et al., 2012). El diagnóstico implica la presencia de ANS durante al menos cinco días en el último año, además de valorar aspectos cognitivos, emocionales y de intencionalidad de la conducta, así como las consecuencias y el deterioro que conlleva. Otro criterio es que las ANS no deben darse durante estados psicóticos o de intoxicación, ni explicarse por otro trastorno mental más grave (como Trastorno Generalizado del Desarrollo o Retraso mental) ni enfermedad médica.

Pocos estudios en la actualidad han investigado sobre los criterios diagnósticos del Trastorno de ANS en muestras comunitarias de adolescentes y ninguno con la versión final del DSM 5 (APA, 2013). Los autores que lo han hecho utilizan formas diferentes en el cálculo de esta prevalencia y diferentes instrumentos, hecho que, de nuevo, informa de un rango de resultados muy amplio en la prevalencia del trastorno. Algunos estudios hacen el cálculo sobre la muestra total del estudio, lo que da valores de cumplimiento más bajos (Barrocas et al., 2012) y otros sobre la base del grupo con ANS, lo que da valores de cumplimiento más altos (Zetterqvist, Lundh, Dahlström et al., 2013). Estas diferencias también se ponen de manifiesto en el porcentaje de cumplimiento de los diferentes criterios debido a que no existe consenso sobre las escalas a utilizar ni un instrumento específico para valorar todos los criterios diagnósticos. Para el diagnóstico, no es suficiente la presencia de ANS, sino que algunos de los criterios, (como el criterio C, según la clasificación de Shaffer y Jacobson, 2009) requiere de instrumentos específicos (Manca et al., 2014). Estos últimos proponen la combinación de tres instrumentos para poder evaluar todos los criterios diagnósticos del trastorno. También hay quien cuestiona la necesidad de todos los criterios establecidos, ya que el criterio B establece que las ANS deben darse con al menos una función. Debido a que la mayoría de individuos que presentan ANS informan de al menos una función, otros autores se preguntan hasta qué

punto el criterio B proporciona utilidad diagnóstica en individuos que ya cumplen el criterio A (Brausch, Muehlenkamp y Washburn, 2016). Además, los cambios en las versiones, con cuatro criterios en la primera propuesta (Shaffer y Jacobson, 2009), hasta la versión final de seis criterios (APA, 2013), conlleva la necesidad de estudios actualizados. Todo ello dificulta valorar la prevalencia real de cumplimiento de los criterios diagnósticos del trastorno de ANS en adolescentes de población comunitaria.

Más allá de la prevalencia del trastorno, también en relación a la prevalencia de ocurrencia de ANS (únicamente el criterio A del trastorno) existen diferencias sustanciales. El rango de valores depende de la definición y del método de evaluación de las ANS, dándose porcentajes más altos cuando se usan cuestionarios que cuando se evalúa a través de preguntas únicas (Muehlenkamp et al., 2012). Para superar estas diferencias, las investigaciones futuras deberían valorar el método de evaluación con el objetivo de evitar que la comprensión y percepción de los participantes pueda influir en tan amplios resultados. Es crucial diagnosticar correctamente para recibir el tratamiento apropiado.

En términos generales hay cierto consenso en que las ANS se inician en la adolescencia (Nixon et al., 2008; Nock et al., 2006), aunque hay autores que las han investigado en poblaciones de niños más pequeños (Barrocas et al., 2012; Hilt et al., 2008; Tang et al., 2013). También hay consenso en que las ANS son más frecuentes en chicas que en chicos, ya sea en población caucásica como oriental (Giletta et al., 2012; Plener et al., 2009; Tang et al., 2013; You et al., 2011), aunque otros autores obtienen resultados diferentes (Cerutti et al., 2011; Kadziela-Olech et al., 2015).

La mayoría de autores coincide en que las ANS se dan junto con otros trastornos, principalmente el TLP pero también en depresiones y trastornos psicóticos (Cerutti et al., 2011; You et al., 2011). Otros autores, en cambio, defienden la entidad del diagnóstico como tal debido a que las ANS pueden estar presentes en un paciente que no cumple con los criterios diagnósticos de una enfermedad mental o trastorno de la personalidad y en ausencia de ningún trastorno, no hay posibilidad de registrar esta conducta (Wilkinson, 2013).

En cuanto a los factores de riesgo, la relación entre las autolesiones y los abusos sexuales se mantiene confusa. Las evidencias sugieren que factores de riesgo personales y del entorno median esta relación (Zoroglu et al., 2003). Se debe estudiar más a fondo esta interacción entre factores de riesgo internos y externos. Recientes investigaciones ponen énfasis en el rol de los padres en el inicio y mantenimientos de las ANS (Baetens et al., 2015; Brunner et al., 2014). Entre los factores externos, también se investiga la relación con los iguales (Hankin y Abela, 2011; Wan et al., 2015).

La regulación emocional y, por tanto, la disminución de estados de malestar son las funciones que más informan los investigadores (Hilt et al., 2008; Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005). En general, los chicos suelen referir más motivaciones externas e interpersonales y las chicas suelen ser más propensas a reportar motivaciones internas y personales para autolesionarse. Esta diferencia de género puede estar relacionada con patrones diferenciales de socialización y está respaldada por la evidencia en la literatura que sugiere que las mujeres son más propensas a dirigir sus sentimientos hacia adentro, mientras que los hombres son más propensos a mirar hacia afuera (You, Lin y Leung, 2013). Las poblaciones orientales refieren dan mayor respaldo a las motivaciones que tienen que ver con la pertenencia al grupo mientras que estudios previos informan que esta es una de las razones que tiene menos peso en los adolescentes occidentales (Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005).

Investigaciones empíricas definen las conductas de ANS como antecedentes del suicidio, aunque este vínculo resulta inconsistente con otras investigaciones, que han encontrado que el riesgo de suicidio aumenta hasta cierto punto en las personas con ANS (p. ej, 50 episodios) pero disminuye a partir de entonces (Whitlock y Knox, 2007). En una línea similar, hasta el 84 % de individuos con ANS informó de no haber tenido ningún intento de suicidio, lo que coincide con la literatura de muestras comunitarias en adolescentes (Muehlenkamp y Gutierrez, 2004). Otros autores defienden que la división es irreal. Una explicación alternativa concibe las ANS y el suicidio como parte de un continuum de conductas autodestructivas. Debemos explorar

más a fondo las asociaciones entre la autolesión con y sin intento suicida. Son necesarios estudios longitudinales para determinar las relaciones temporales entre estos comportamientos, así como el papel de los factores de riesgo.

Como hemos visto, hay datos contradictorios en casi todos los focos estudiados, desde los de prevalencia hasta los factores de riesgo y comorbilidad. En relación a estos dos últimos aspectos, estudiar variables moderadoras de las ANS, como la disociación o la estructura de personalidad llevaría a mayor conocimiento del inicio del funcionamiento autolesivo y, por tanto, a identificar de forma precoz los adolescentes susceptibles de comprometerse en esta conducta y, posteriormente, diseñar tratamientos más específicos.

Conclusiones / limitaciones

En los últimos años, el interés por las ANS ha crecido considerablemente pero aún es un fenómeno en el que queda por clarificar aspectos. Se mantiene el debate sobre si debe considerarse como una entidad nosológica independiente. Los rangos de prevalencia son amplios y hay diversas teorías funcionales. Se requiere más investigación sobre estos temas así como qué relación existe con el suicidio.

El objetivo de la revisión era reunir los aspectos más significativos entorno al amplio campo de las ANS. El centrarnos en muestras comunitarias deja de lado aspectos importantes que tienen que ver con la gravedad y los factores de riesgo, entre otros. Nuestra intención era entender las autolesiones, desde su génesis hasta su posible relación con el suicidio. Pero hay muchos campos que no quedan claros y que sería necesario ordenar, como la etiología, los factores de protección y aspectos del tratamiento.

Bibliografía

Albores-Gallo, L., Méndez-Santos, J. L., Xóchitl-García Luna, A., Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C. I., Martínez, O. L., ... Martínez, O. L. (2014). Nonsuicidal self-injury in a community sample of older children and adolescents of Mexico City. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 159-168. Recuperado en

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25017493>
American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Andrews, T., Martin, G., Hasking, P. y Page, A. (2014). Predictors of onset for non-suicidal self-injury within a school-based sample of adolescents. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 15(6), 850-859.

<http://doi.org/10.1007/s1121-013-0412-8>

Baetens, I., Claes, L., Hasking, P., Smits, D., Grietens, H., Onghena, P. y Martin, G. (2015). The Relationship Between Parental Expressed Emotions and Non-suicidal Self-injury: The Mediating Roles of Self-criticism and Depression. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 491-498.

<http://doi.org/10.1007/s10826-013-9861-8>

Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., y Onghena, P. (2011). Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Archives Of Suicide Research: Official Journal Of The International Academy For Suicide Research*, 15(1), 56-67.

<http://doi.org/10.1080/13811118.2011.540467>

Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H. y Onghena, P. (2012). Differences in psychological symptoms and self-competencies in non-suicidal self-injurious Flemish adolescents, *Journal of Adolescence*, 35, 753-759.

<http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.11.001>

Baetens, I., Claes, L., Willem, L., Muehlenkamp, J. y Bijttebier, P. (2011). The relationship between non-suicidal self-injury and temperament in male and female adolescents based on child- and parent-report. *Personality and Individual Differences*, 50(4), 527-530.

<http://doi.org/10.1016/j.paid.2010.11.015>

Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F. y Abela, J. R. Z. (2012). Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, 130(1), 39-45.

<http://doi.org/10.1542/peds.2011-2094>

Brausch, A. M. y Boone, S. D. (2015). Frequency of nonsuicidal self injury in adolescents: Differences in suicide attempts, substance use, and disordered eating. *Suicide and Life-*

- Threatening Behavior*, 45.
<http://doi.org/10.1111/sltb.12155>
- Brausch, A. M. y Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 233-242.
<http://doi.org/10.1007/s10964-009-9482-0>
- Brausch, A. M. y Muehlenkamp, J. J. (2007). Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image*, 4(2).
<http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.02.001>
- Brausch, A. M., Muehlenkamp, J. J. y Washburn, J. J. (2016). Nonsuicidal self-injury disorder: Does Criterion B add diagnostic utility? *Psychiatry Research*, 244, 179-184.
<http://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.025>
- Brown, R. C. y Plener, P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 20.
<http://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W. C., ... Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines*, 55(4), 337-48. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12166>
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M. y Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of Pediatrics y Adolescent Medicine*, 161(7), 641-649.
<http://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.641>
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L., Brotherton, H. y Brottieron, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema* 27, 223-228.
<http://doi.org/10.7334/psicothema2014.262>
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F. y Gratz, K. K. L. (2011). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal Of Adolescence*, 34(2), 337-47.
<http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.04.004>
- Chapman, A. L., Gratz, K. L. y Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371-394.
<http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Evren, C., Evren, B., Bozkurt, M. y Can, Y. (2014). Non-suicidal self-harm behavior within the previous year among 10th-grade adolescents in Istanbul and related variables. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 68(7), 481-7.
<http://doi.org/10.3109/08039488.2013.872699>
- Favazza, A. (2012). Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*, 11(3), 21-26. Recuperado en http://imn.gcnpublishing.com/fileadmin/cp_archive/pdf/1103/1103CP_Favazza.pdf
- Giletta, M., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Ciairano, S. y Prinstein, M. J. Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Research*, 197 66-72 (2012).
<http://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.02.009>
- Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L. y Tull, M. T. (2015). Diagnosis and Characterization of DSM-5 Nonsuicidal Self-Injury Disorder Using the Clinician-Administered Nonsuicidal Self-Injury Disorder Index. *Assessment*, 22(5), 527-539.
<http://doi.org/10.1177/1073191114565878>
- Gratz, K. L., Latzman, R. D., Young, J., Heiden, L. J., Damon, J., Hight, T. y Tull, M. T. (2012). Deliberate self-harm among underserved adolescents: The moderating roles of gender, race, and school-level and association with borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 39-54. <http://doi.org/10.1037/a0022107>
- Guan, K., Fox, K. R. y Prinstein, M. J. (2012). Non-suicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 842-849. <http://doi.org/10.1037/a0029429>
- Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D. y Boergers, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1062-9. <http://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00015>
- Hamza, C. A., Stewart, S. L. y Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review

- of the literature and an integrated model, *Clinical Psychology Review* 32, 482–495.
<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- Hankin, B. L. y Abela, J. R. Z. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 year longitudinal study, *Psychiatry Research* 186, 65–70.
<http://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.056>
- Hargus, E., Hawton, K. y Rodham, K. (2009). Distinguishing between subgroups of adolescents who self-harm, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 518–537.
<http://doi.org/10.1521/suli.2009.39.5.518>
- Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S., Ness, J. y Waters, K. (2012). Repetition of self harm and suicide following self harm in children and adolescents: Findings from the Multicentre Study of Self Harm in England, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 1212–1219.
<http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x>
- Hawton, K. y Harriss, L. (2008). Deliberate self-harm by under-15-year-olds: Characteristics, trends and outcome, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 441–448.
<http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01852.x>
- Hilt, L. M., Cha, C. B. y Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: Moderators of the distress-function relationship, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 63–71.
<http://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.63>
- Hintikka, J., Tolmunen, T., Rissanen, M.-L., Honkalampi, K., Kylmä, J. y Laukkanen, E. (2009). Mental disorders in self-cutting adolescents, *Journal of Adolescent Health*, 44 464–467.
<http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.10.003>
- Jacobson, C. M. y Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 11(2), 129–47.
<http://doi.org/10.1080/13811110701247602>
- Joiner, T. E. (2005). *Why People Die By Suicide*. Cambridge (GB): Harvard University Press.
- Kadziela-Olech, H., Zak, G., Kalinowska, B., Wargrocka, A., Perestret, G., Bielawski, M. M., ... Bielawski, M. M. (2015). The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) among high school students in relation to age and sex. *Psychiatria Polska*, 49(4), 765–778.
<http://doi.org/10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/3>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–39.
<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Klonsky, E. D., May, A. M. y Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1).
<http://doi.org/10.1037/a0030278>
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F. y Turkheimer, E. (2003). Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501–1508.
<http://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>
- Klonsky, E. D., Victor, S. E. y Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *Canadian journal of psychiatry*, 59.
<http://doi.org/10.1177/070674371405901101>
- Larsson, B. y Sund, A. M. (2008). Prevalence, course, incidence, and 1-year prediction of deliberate self-harm and suicide attempts in early Norwegian school adolescents, *Suicide and Life-Threatening Behavior* 38, 152–165.
<http://doi.org/10.1521/suli.2008.38.2.152>
- Laukkanen, E., Rissanen, M.-L., Honkalampi, K., Kylmä, J., Tolmunen, T. y Hintikka, J. (2009). The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 23–28.
<http://doi.org/10.1007/s00127-008-0398-x>
- Laye-Gindhu, A. y Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447–457.
<http://doi.org/10.1007/s10964-005-7262-z>
- Liu, X., Chen, H., Bo, Q.-G., Fan, F. y Jia, C.-X. (2017). Poor sleep quality and nightmares are associated with non-suicidal self-injury in adolescents, *European Child y Adolescent Psychiatry*, 26, 271–279.
<http://doi.org/10.1007/s00787-016-0885-7>

- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L. y Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents, *Psychological Medicine*, 37, 1183–1192.
<http://doi.org/10.1017/S003329170700027X>
- Lloyd-Richardson, E., Kelley, M. L. y Hope, T. (1997). *Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates*. Poster presentado en la Reunión Anual de la Society for Behavioral Medicine, Abril.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. de, Corcoran, P., Fekete, S., ... Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child y Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667–677.
<http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>
- Manca, M., Presaghi, F. y Cerutti, R. (2014). Clinical specificity of acute versus chronic self-injury: Measurement and evaluation of repetitive non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 215(1), 111–119.
<http://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.010>
- Matsumoto, T. y Imamura, F. (2008). Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 123–125.
<http://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01783.x>
- Matsumoto, T., Imamura, F., Chiba, Y., Katsumata, Y., Kitani, M. y Takeshima, T. (2008). Prevalences of lifetime histories of self-cutting and suicidal ideation in Japanese adolescents: Differences by age. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(3).
<http://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01807.x>
- Møhl, B. y Skandsen, A. (2012). The prevalence and distribution of self harm among Danish high school students. *Personality and Mental Health*, 6(2), 147–155.
<http://doi.org/10.1002/pmh.191>
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-Injurious Behaviour as a Separate Clinical Syndrome, *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 324–333
<http://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L. y Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10.
<http://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Muehlenkamp, J. J. y Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(1), 12–23.
<http://doi.org/10.1521/suli.34.1.12.27769>
- Muehlenkamp, J. J. y Gutierrez, P. M. (2007). Risk for Suicide Attempts Among Adolescents Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 69–82.
<http://doi.org/10.1080/13811110600992902>
- Nixon, M. K., Cloutier, P. y Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 178(3), 306–12.
<http://doi.org/10.1503/cmaj.061693>
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363.
<http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., Prinstein, M. J., Joinerjr, T., ... Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65–72.
<http://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nock, M. K. y Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890.
<http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Peebles, R., Wilson, J. L. y Lock, J. D. (2011). Self-injury in adolescents with eating disorders: Correlates and provider bias. *Journal of Adolescent Health*, 48(3), 310–313.
<http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.06.017>
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M. y Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA, *Psychological Medicine*, 39, 1549–1558.
<http://doi.org/10.1017/S0033291708005114>
- Ross, S. y Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67–77.

- <http://doi.org/10.1023/A:1014089117419>
 Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., ... van Heeringen, K. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: A cry of pain and/or a cry for help?: Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 601–607.
<http://doi.org/10.1007/s00127-008-0469-z>
- Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K. y Joiner, T. E. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(2), 167–175.
<http://doi.org/10.1037/a0024405>
- Shaffer, D. y Jacobson, C. (2009). *Proposal to the DSM-V Childhood Disorder and Mood Disorder Work Groups to Include Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) as a DSM-V disorder*. New York: Columbia University, New York State Psychiatric Institute
- Somer, O., Bildik, T., Kabukçu-Ba ay, B., Güngör, D., Ba ay, Ö. y Farmer, R. F. (2015). Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50 1163–1171.
<http://doi.org/10.1007/s00127-015-1060-z>
- Taliaferro, L. A., Muehlenkamp, J. J., Borowsky, I. W., McMorris, B. J. y Kugler, K. C. (2012). Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: a population-based sample. *Academic Pediatrics*, 12(3), 205–213.
<http://doi.org/10.1016/j.acap.2012.01.008>
- Tang, J., Ma, Y., Guo, Y., Ahmed, N. I., Yu, Y. y Wang, J. (2013). Association of aggression and non-suicidal self injury: a school-based sample of adolescents. *PLoS ONE*, 8(10).
<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0078149>
- Tang, J., Yu, Y., Wu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhu, H., ... Liu, Z. (2011). Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: A cross-section study. *PLoS ONE*, 6(4).
<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0017977>
- Tørmoen, A. J., Rossow, I., Larsson, B., Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Rossow, I., ... Mehlum, L. (2013). Nonsuicidal self-harm and suicide attempts in adolescents: Differences in kind or in degree? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(9), 1447–1455.
<http://doi.org/10.1007/s00127-012-0646-y>
- Tsai, M. H., Chen, Y. H., Chen, C. D., Hsiao, C. Y. y Chien, C. H. (2011). Deliberate self-harm by Taiwanese adolescents. *Acta Paediatrica* 100(11).
<http://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02357.x>
- Urrútia, G. y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507–511.
<http://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Wan, Y., Chen, J., Sun, Y. y Tao, F. (2015). Impact of Childhood Abuse on the Risk of Non-Suicidal Self-Injury in Mainland Chinese Adolescents. *PloS One*, 10(6),
<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0131239>
- Whitlock, J. (2010). Self-injurious behavior in adolescents. *PLoS Medicine*, 7(5).
<http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000240>
- Whitlock, J. y Knox, K. L. (2007). The Relationship Between Self-injurious Behavior and Suicide in a Young Adult Population. *Archives of Pediatrics y Adolescent Medicine*, 161(7), 634.
<http://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.634>
- Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M. y O’Grady, K. E. (2012). Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychological Medicine*, 42(4), 717–726.
<http://doi.org/10.1017/S0033291711001814>
- Wilkinson, P. (2013). Non-suicidal self-injury. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 22 Suppl 1, S75–9.
<http://doi.org/10.1007/s00787-012-0365-7>
- Wilkinson, P. y Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 20(2), 103–108.
<http://doi.org/10.1007/s00787-010-0156-y>
- Xavier, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. y Dinis, A. (2017). Longitudinal pathways for the maintenance of non-suicidal self-injury in adolescence: The pernicious blend of depressive symptoms and self-criticism. *Child y Youth Care Forum*, 46(6), 841–856.
<http://doi.org/10.1007/s10566-017-9406-1>
- You, J., Leung, F., Fu, K. y Lai, C. M. (2011). The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents. *Archives of Suicide Research*, 15(1), 75–86.

<http://doi.org/10.1080/13811118.2011.540211>

You, J., Lin, M.-P. y Leung, F. (2013). Functions of nonsuicidal self-injury among Chinese community adolescents, *Journal of Adolescence*, 36, 737-745.

<http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.05.007>

Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., Dahlström, O., Svedin, C. G., Dahlström, Ö., Svedin, C. G., ... Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 759-73.

<http://doi.org/10.1007/s10802-013-9712-5>

Zetterqvist, M., Lundh, L.-G. L. y Svedin, C. G. (2013). A comparison of adolescents engaging in self-injurious behaviors with and without

suicidal intent: self-reported experiences of adverse life events and trauma symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1257-72.

<http://doi.org/10.1007/s10964-012-9872-6>

Zetterqvist, M., Lundh, L.-G. y Svedin, C. G. (2014). A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: Support for a specific distress-function relationship. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 23.

<http://doi.org/10.1186/1753-2000-8-23>

Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Sava, H. A., Ozturk, M., ... Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 119-126.

<http://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2003.01088>

Anexos

Figura 1: Diagrama PRISMA de la búsqueda bibliográfica

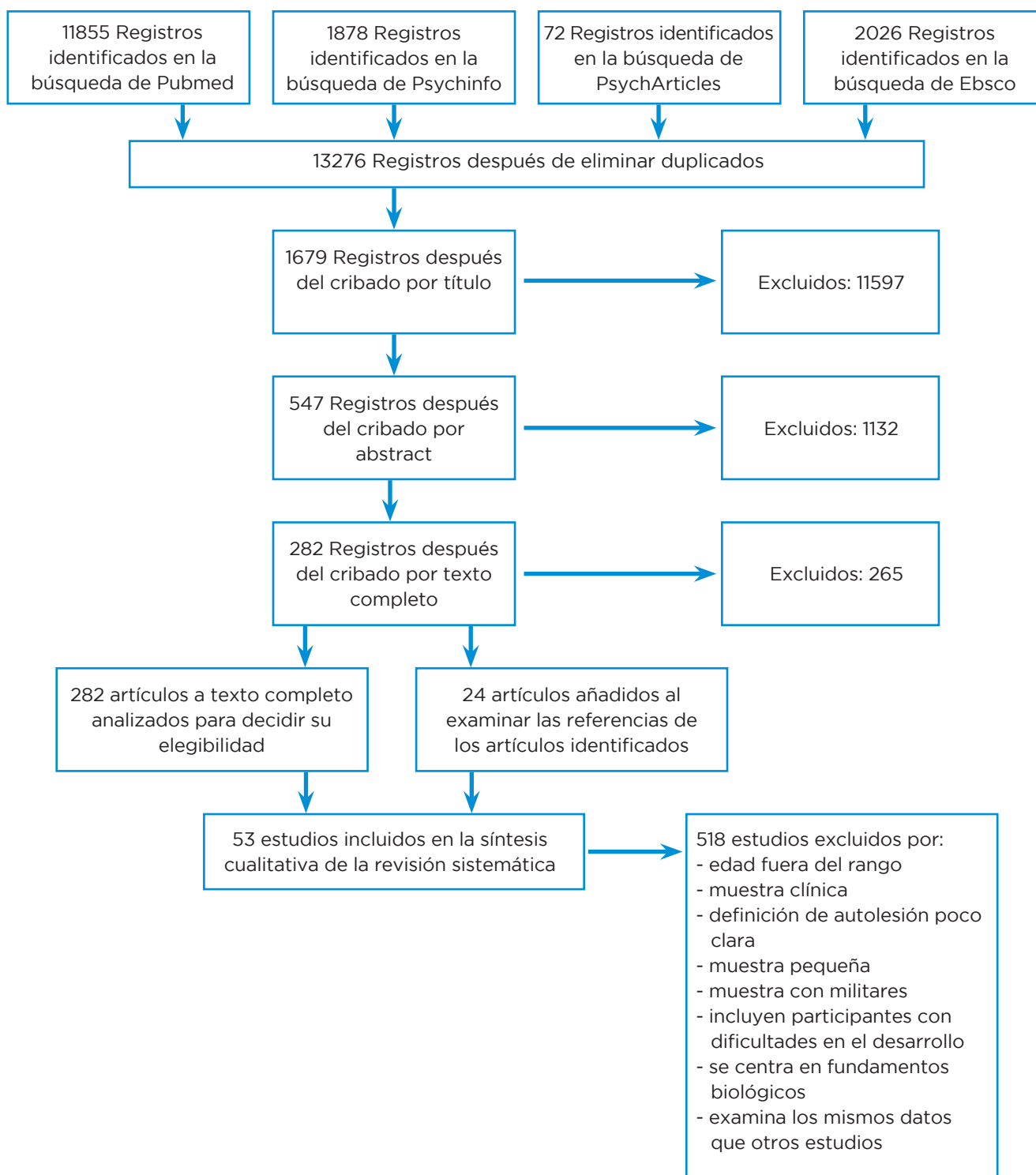


Tabla 1: Propuesta de criterios diagnósticos del trastorno de ANS (Shaffer y Jacobson, 2009)

- A. En el último año, el individuo, en 5 o más días, se ha implicado en un daño autoinfligido intencional en la superficie de su cuerpo, de un tipo que probablemente induzca sangrado, hematomas o dolor (p. ej., cortarse, quemarse, apuñalarse, golpearse, frotarse excesivamente), con propósitos no sancionados por la sociedad (p. ej., perforaciones en el cuerpo, tatuajes, etc.), pero que se realizan con la expectativa de que la lesión solo ocasionará daños físicos menores o moderados. La ausencia de intención suicida es informada por el paciente o puede inferirse por el uso frecuente de métodos que el paciente sabe, por experiencia, que no tienen potencial letal. (Cuando no esté seguro, codifique con NOS 2.) El comportamiento no es de naturaleza común y trivial, como pellizcarse una herida o morderse las uñas.
- B. La lesión intencional está asociada con al menos 2 de los siguientes:
1. Sentimientos o pensamientos negativos, como depresión, ansiedad, tensión, enojo, angustia generalizada o auto-crítica, que ocurren en el período inmediatamente anterior al acto autoagresivo.
 2. Antes de participar en el acto, un período de preocupación por el comportamiento planeado que es difícil de resistir.
 3. La necesidad de autolesionarse ocurre con frecuencia, aunque puede que no se actúe.
 4. La actividad se realiza con un propósito; esto podría ser alivio de un estado cognitivo / sentimiento negativo o dificultad interpersonal o inducción de un estado de sentimiento positivo. El paciente anticipa que esto ocurrirá durante o inmediatamente después de la autolesión.
- C. El comportamiento y sus consecuencias causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas de funcionamiento interpersonales, académicas u otras áreas importantes.
- D. El comportamiento no ocurre exclusivamente durante estados de psicosis, delirio o intoxicación. En individuos con un trastorno del desarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipos repetitivos. El comportamiento no puede explicarse por otro trastorno mental o médico (es decir, trastorno psicótico, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental, síndrome de Lesch-Nyhan).

Tabla 2: Criterios diagnósticos del trastorno de ANS según el DSM 5

- A. En el último año, el individuo, en 5 días o más, se ha implicado en un daño autoinfligido intencional en la superficie de su cuerpo de un tipo que probablemente induzca sangrado, moretones o dolor (p. ej., cortarse, quemarse, apuñalarse, golpearse y frotarse excesivamente), con la expectativa de que la lesión solo ocasionará daños físicos menores o moderados (es decir, no hay intención suicida). Nota: La ausencia de intención suicida ha sido establecida por el individuo o puede inferirse por el compromiso repetido del individuo en un comportamiento que sabe, o ha aprendido, que no es probable que resulte en la muerte.
- B. El individuo se involucra en el comportamiento autoagresivo con una o más de las siguientes expectativas:
1. para obtener alivio de un sentimiento negativo o estado cognitivo,
 2. para resolver una dificultad interpersonal,
 3. para inducir un estado de sentimiento positivo.
- Nota: El alivio o respuesta deseada se experimenta durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede mostrar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia a participar repetidamente en él.
- C. La autolesión intencional se asocia con al menos uno de los siguientes:
1. dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, como depresión, ansiedad, tensión, enojo, angustia generalizada o autocrítica, que ocurren en el período inmediatamente anterior al acto autoagresivo,
 2. antes de participar en el acto, un período de preocupación por el comportamiento planeado que es difícil de controlar,
 3. pensar frecuentemente en la autolesión, incluso cuando se actúa.
- D. El comportamiento no está sancionado por la sociedad (por ejemplo, piercings en el cuerpo, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural) y no está restringido a quitar una costra o morderse las uñas.
- E. El comportamiento o sus consecuencias causan angustia o interferencia clínicamente significativa en áreas de funcionamiento interpersonales, académicas u otras áreas importantes.
- F. El comportamiento no ocurre exclusivamente durante episodios psicóticos, delirio, intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipos repetitivos. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o condición médica (p. Ej., Trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno del movimiento estereotipado con autolesiones, tricotilomanía [trastorno del estiramiento del pelo] y excoriación [trastorno de la piel]).

Tabla 3: Características de los estudios

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS						
Referencia	Muestra	Tamaño de la muestra (% mujeres)	Grupo edad Media (DE)	Instrumentos de evaluación de las ANS	Prevalencia del trastorno de ANS (%)	Criterios dsm5 (de la muestra de ANS)
Albores-Gallo et al., 2014	Escuela	533 (54.0)	11-17 años 13.37 (0.95)	Self-Injury Questionnaire	5.6 de la muestra total, (33.3 de la muestra de ANS)	A: 12.6 B1: 6.8-20.3 B2: 13.5 B3: 8.1-10.3 B4: 8.4-14.4 C: 4.5-7.9
Barrocas, Hankin, Young, & Abela, 2012	Escuela	665(55.0)	7-16 años 11.6 (2.4)	SITBI FASM CDI	1.5 de la muestra total (18.8 de la muestra de ANS)	A: 1.5 B4: 1.5 C: 1.5
Manca, Presaghi, & Cerutti, 2014	Escuela	953 (N/I)	Adolescentes 16.21 (1.53)	DSHI R-NSSI-Q SBQ-R	3.1 de la muestra total, (6.7 de la muestra de ANS)	A: 7 B: 3.1 C:3.1
Zetterqvist et al., 2013	Escuela	3060 (50.5)	15-17 años 16.4 (0.89)	FASM SITBI-SF-R	6.7 de la muestra total (18.8 de la muestra de ANS)	A: 100.0 B1: 98.5 B2: 73.2 B3: 37.3 B4: 99.5 C: Angustia 76.8 - Incapacidad 92.2
FRECUENCIA, CARACTERÍSTICAS Y ASPECTOS ASOCIADOS A LAS ANS						
Referencia	Muestra	Tamaño de la muestra (% mujeres)	Grupo edad Media (DE)	Instrumentos de evaluación de las ANS	Prevalencia de ANS (%)	País
Albores-Gallo et al., 2014	Escuela	533 (54)	11-17 años 13.37 (0.95)	Self-Injury Questionnaire	17.1	Méjico
Barrocas, Hankin, Young, & Abela, 2012	Escuela	665(55.0)	7-16 años 11.6 (2.4)	SITBI FASM CDI	8	USA
Brausch & Gutierrez, 2010	Comunidad	373 (48)	adolescentes 15.04 (1.05)	SHBQ	21.2	EEUU
Brunner et al., 2007	Comunidad	5759 (49.8)	14-15 años 14.9 (0.73)	YSR (un ítem) K-SADS	14.9	Alemania
Cerutti, Manca, Presaghi, & Gratz, 2011	Escuela	234 (49)	13-22 años 16.47 (1.7)	DSHI-17 ítem	42.0	Italia
Giletta, Scholte, Engels, Ciairano, & Prinstein, 2012	Escuela	1862 (49)	14-19 años 15.69 (0.87)	6 preguntas	23.6 25.8 21.9	Italia Holanda EEUU
Hilt, Cha, & Nolen-Hoeksema, 2008	Escuela	94 (100)	10-14 años 12.7 (N/I)	FASM	56.4	EEUU
Kadziela-Olech et al., 2015	Escuela	2220 (46.3)	13-19 años 16.7 (1.64)	Self-Harm Inventory (SHI)	4.8	Polonia
Larsson & Sund, 2008	Comunidad	2360 (50.5)	12-15 años 14.9 (0.6)	1 pregunta	2.9	Noruega
Laukkanen et al., 2009	Comunidad	4205 (N/I)	13-18 años	un ítem	10.2	Finlandia

Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005	Comunidad	424 (55.0)	13-18 años 15.34 (1.06)	un ítem	13.2	Canadá
Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007	Comunidad	633 (57)	14-18 años 15.05 (1.18)	FASM /SIQ	28	EEUU
Matsumoto et al., 2008	Comunidad	1726 (54)	12-17 años 14.5 (1.4)	Cuestionario autoadministrado (un ítem)	9.6	Japón
Møhl & Skandsen, 2012	Comunidad	2864 (60.8)	Alumnos IES 17.0 (N/I)	un ítem	21.5	Dinamarca
Muehlenkamp & Gutierrez, 2007	Escuela	540 (62.3)	Alumnos IES 15.53 (1.42)	SHBQ / SIQ	23.2	EEUU
Nixon et al., 2008	Comunidad	568 (53.7)	14-21 años N/I	un ítem	16.9	Canadá
Plener et al., 2009	Escuela	665 (57.1)	14-17 años 14.8 (0.66)	SHBQ	25.6	Alemania
Ross & Heath, 2002	Escuela	440 (50)	11-16 años N/I	Entrevista semi-estructurada	13.9	Canadá
Tang et al., 2013	Escuela	2907 (50.6)	10-18 años 15.4 (1.78)	FASM	33.6	China
You et al., 2011	Comunidad	6374 (67.6)	11-19 años 14.72 (1.94)	NSSI Scale	15.0	China
Zoroglu et al., 2003	Escuela	839 (61.1)	14-17 años 15.9 (1.8)	Cuestionario autoadministrado	21.4	Turquía
COMORBILIDAD						
Referencia	Muestra	Tamaño de la muestra (% mujeres)	Grupo edad Media (DE)	Instrumentos de evaluación de las ANS	Prevalencia de autolesiones (%)	Otros diagnósticos
Baetens et al., 2012	Escuela	281 (80.78)	Grado 9-12 16.18 (1.15)	YSR SHI	35.23	Trastornos externalizantes, trastornos de atención, problemas de pensamiento, problemas sociales, comportamiento agresivo
Brunner et al., 2014	Escuela	12068 (55.7)	Adolescentes (14.9)	DSHI 6 ítems	17.1-38.6	Intenciones suicidas, síntomas depresivos y de ansiedad
Cerutti, Manca, Pre-saghi, & Gratz, 2011	Escuela	234 (49)	13-22 años 16.47 (1.7)	DSHI-17ítem	42.0	Síntomas de TLP, Trastorno de Conducta, Trastorno Oposicionista-Desafiante, síntomas disociativos
Evren et al., 2014	Escuela	4957 (52.7)	Alumnos IES 15.58 (2.85)	Cuestionario autoadministrado	14.38	Pensamientos e intentos de suicidio, salud mental deficiente, anhedonia y ansiedad, uso de sustancias y problemas de comportamiento
Giletta, Scholte, Engels, Ciairano, & Prinstein, 2012	Escuela	1862 (49)	14-19 años 15.69 (0.87)	6 ítems	23.6 25.8 21.9	Síntomas depresivos y uso de sustancias

Autolesiones sin finalidad autolítica: una revisión sistemática en adolescentes de la comunidad

Hilt, Cha, & Nolen-Hoeksema, 2008	Escuela	94 (100)	10-14 años 12.7 (N/I)	FASM	56.4	Hábitos alimentarios desadaptativos y abuso de sustancias
Hintikka et al., 2009	Comunidad	82 (93.2)	13-18 años 15.2(1.5)	3 ítems	N/I	Trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad, TCA, consumo de alcohol y trastornos internalizantes
Liu et al., 2017	Escuela	2090 (50.9)	11-18 años 15.49 (2.1)	AHQ	12.6	Trastornos del sueño, desesperanza, impulsividad y trastornos externalizantes
Muehlenkamp & Gutierrez, 2007	Escuela	540 (62.3)	Alumnos IES 15.53 (1.42)	SHBQ / SIQ	23.2	Síntomas depresivos
Plener et al., 2009	Escuela	665 (57.1)	14-17 años 14.8 (0.66)	SHBQ	25.6	Síntomas depresivos
Ross & Heath, 2002	Escuela	440 (50)	11-16 años N/I	entrevista semi-estructurada	13.9	Ansiedad y síntomas depresivos
You et al., 2011	Comunidad	6374 (67.6)	11-19 años 14.72 (1.94)	5NSSI conducta	15.0	Síntomas depresivos, TLP, inestabilidad afectiva, problemas en las relaciones sociales, Sentido inestable de uno mismo, síntomas disociativos y de impulsividad
Xavier, Pinto-Gouveia, Cunha, & Dinis, 2017	Escuela	418 (57.7)	12-19 años 14.92 (1.47)	RTSHIA	5.57	Crítica dura y persecutoria hacia sí mismos y síntomas depresivos
Zetterqvist, Lundh, & Svedin, 2013	Comunidad	2964 (50.6)	15-17 años	FASM	44.3	Depresión, ira, estrés postraumático y disociación, circunstancias adversas de la infancia y ansiedad

FACTORES DE RIESGO

Referencia	Muestra	Tamaño de la muestra (% mujeres)	Grupo edad Media (DE)	Prevalencia de autolesiones (%)	Factores de riesgo
Andrews et al., 2014	Escuela	1973 (71.2)	13-17 años 14.9 (0.96)	12.0	Angustia psicológica, un escaso apoyo social de la familia, una baja autoestima y una resolución deficiente de los problemas
Baetens, Claes, Willem, Muehlenkamp, & Bijttebier, 2011	Escuela	358 (48)	12-20 años 16.07 (1.12)	13.41	Percepción de falta de apoyo emocional parental se asocia directamente con ANS e indirectamente con síntomas depresivos. Crítica parental percibida se asocia con autocrítica y esta con ANS
Brunner et al., 2014	Escuela	12068 (55.7)	Adolescentes 14.9 (N/I)	17.1-38.6	Consumo de drogas ilegales, victimización por parte de iguales, búsqueda de sensaciones, conductas delictivas, negligencia relacionada con la familia y rechazo.
Cerutti, Manca, Presaghi, & Gratz, 2011	Escuela	234 (49)	13-22 años 16.47 (1.7)	42	Maltrato psicológico, abuso sexual, problemas físicos, desastres naturales, accidentes graves, la pérdida de alguien importante y el testimonio de violencia familiar

Hankin & Abela, 2011	Comunidad	103 (61)	11-14 años 12.63 (1.25)	8.0-18.0	Estilo cognitivo negativo y menor extraversión, historia materna d depresión, síntomas depresivos, eventos de vida estresantes, pocas relaciones de apoyo, interacciones relacionales negativas, desesperación
Hilt, Cha, & Nolen-Hoeksema, 2008	Escuela	94 (100)	10-14 años 12.7 (N/I)	56.4	Victimización entre iguales se asoció con funciones sociales, la rumiación moderó la relación entre los síntomas depresivos y la participación en NSSI para el refuerzo positivo automático.
Taliaferro et al., 2012	Escuela	61330 (47.2)	Grado 9-12 N/I	3.9	Síntomas depresivos, desesperanza, abuso físico, menos conexión con los padres, huidas de casa y comportamiento alimentario inadaptada
Tang et al., 2013	Escuela	2907 (50.6)	10-18 años 15.4 (1.78)	33.6	Agresividad física y verbal, rabia, hostilidad, agresividad indirecta
Tsai et al., 2011	Comunidad	742 (23.2)	Alumnos IES 16.8 (N/I)	11.3	Huidas de la escuela, intentos de suicidio, dolor de cabeza, abuso sexual y consumo de alcohol
Wan et al., 2015	Escuela	14211 (52.8)	Grado 7-12 15.1 (1.9)	24.9	Abuso infantil, maltrato parental o de otras personas
Wilcox et al., 2012	Escuela	1081 (54)	17-19 años N/I	7.0	Depresión de los padres, orientación no heterosexual, desregulación afectiva y depresión
Zetterqvist, Lundh, & Svedin, 2014	Comunidad	816 (56.9)	15-17 años 16.4 (0.89)	35.2	<i>Bullying</i> , abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, adversidades parentales crónicas, síntomas de depresión, ansiedad, rabia, estrés postraumático y disociación
Zoroglu et al., 2003	Escuela	839 (61.1)	14- 17 años 15.9 (1.8)	21.4	Negligencia emocional, abuso físico y sexual, síntomas disociativos

FUNCIONALIDAD

Referencia	Muestra	Tamaño de la muestra (% mujeres)	Grupo edad Media (DE)	Instrumentos de evaluación de las ANS	Prevalencia de autolesiones (%)	Funciones (en negrita el más común)
Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, & Onghena, 2011	Comunidad	1417 (81.4)	12-18 años 15.13 (1.76)	CASE	13.71	Mostrar desesperación, autocastigo, asustar a alguien, Para que vuelva con alguien, parar pensamientos negativos, para ver si alguien lo ama, para llamar la atención
Calvete et al., 2015	Escuela	1864 (51.45)	12-19 años 15.3 (1.97)	FASM	55.6	RA negativo, RA positivo, RS negativo y RS positivo
Hilt, Cha, & Nolen-Hoeksema, 2008	Escuela	94 (100)	10-14 años 12.7 (N/I)	FASM	56.4	RA negativo, RA positivo, RS negativo y RS positivo. Victimización entre iguales se asoció con RS y la rumiación como moderador entre los síntomas depresivos y el RA positivo.

Autolesiones sin finalidad autolítica: una revisión sistemática en adolescentes de la comunidad

Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005	Comunidad	424 (55.0)	13-18 años 15.34 (1.06)	un ítem	13.2	Regulación del afecto, sentimientos negativos hacia sí mismo distracción de problemas, deseos de hacer daño a alguien, deseos de comunicar o influir en los otros.
Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007	Comunidad	633 (57.0)	14-18 años 15.05 (1.18)	FASM /SIQ	28	RA negativo, RA positivo, RS negativo y RS positivo.
Scoliers et al., 2009	Escuela	30477 (48.7)	14-17 años N/I	Cuestionario sobre autolesiones	11.1	Grito de dolor (intrapersonal) y grito de ayuda (interpersonal)
Somer et al., 2015	Escuela	1656 (55.0)	Adolescentes 16.8 (1.26)	ISAS	31.3	Funciones interpersonales (de refuerzo social como influencia interpersonal, vinculación entre pares y funciones intrapersonales (de refuerzo automático como regulación del afecto, autocastigo)
You et al., 2013	Escuela	5423 (52.6)	12-18 años 14.63 (1.25)	FASM modificado		Regulación de afecto, Influencia social y Evitación social
Zetterqvist et al., 2013	Escuela	3060 (50.5)	15-17 años 16.4 (0.89)	FASM SITBI-SF-R	6.7	RA negativo, RA positivo, RS negativo y RS positivo.

RELACIÓN CON EL SUICIDIO

Referencia	Muestra. Tipo, Tamaño (% mujeres), Grupo de edad y Media (DE)	Instrumentos de evaluación de ANS y IS	Prevalencia de los grupos (%)	Resultados ANS vs ANS + IS
Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, & Onghena, 2011	Comunidad 1417 (81.4) 12-18 años 15.13 (1.76)	CASE	ANS: 13.7 IS: 3.9	El grupo con IS informó de eventos de vida más estresantes y mayor búsqueda de ayuda que el grupo con ANS
Brausch & Gutierrez, 2010	Comunidad 373 (48) Adolescentes 15.04 (1.05)	SHBQ SIQ	Control: 78.6 ANS: 17.1 ANS + IS: 4	El grupo con ANS + SI informó niveles de autoestima más bajos, menor apoyo parental, mayor nivel de anhedonia y más autoevaluaciones negativas e ideación suicida. No hubo diferencias en el apoyo de compañeros, la satisfacción del cuerpo, la alimentación desordenada, la desesperanza y las subescalas de estado de ánimo disfórico y quejas somáticas de los síntomas depresivos
Brausch & Boone, 2015	Escuela 4839 (49) 14-19 años 16.04 (1.24)	2 preguntas	ANS: 19.0 IS: 15.0	El grupo con ANS se dividió en función de la frecuencia de autolesiones. A mayor presencia de ANS más IS. El consumo de sustancias y los desórdenes alimentarios también aumentaron con la frecuencia de ANS
Brunner et al., 2007	Comunidad 5759 (49.8) 14-15 años 14.9 (0.73)	K-SADS (un ítem)	ANS: 10.9 IS: 8.0	Tener historia de ANS aumenta la aparición de ideación suicida y de conductas suicidas

Guan, Fox, & Prinstein, 2012	Comunidad 399 (54.8) 14-15 años	15 preguntas de RFL, SIQ y NIMH-DISC-IV	ANS: 29.5 IS: 3.3-5.2	Las frecuencias más altas de ANS se asociaron con mayores riesgos de ideación e intentos de suicidio a lo largo del tiempo, pero no de amenazas o gestos.
Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito, Donaldson, & Boergers, 2001	Hospital General 95 15.1	FASM SIC	ANS + IS: 45.0 IS: 55.0	El grupo con ANS + IS informó de mayor presencia de trastorno oposicionista desafiante, depresión mayor, soledad, ira, asunción de riesgos y comportamientos imprudentes que el grupo con IS. No hubo diferencias en el alcohol, uso de sustancias, trastorno de conducta y funcionamiento familiar.
Hargus et al., 2009	Comunidad 5717 (47.0) 15-16 años N/I	Self-report questionnaire	ANS + IS: 3.2 ANS: 2.8	Ambos grupos tuvieron pocos factores que les distinguen en relación a aspectos psicosociales, emocionales y conductuales. Proponen espectro desde nada, a pensar en ANS, a iniciar ANS a IS.
Hawton et al., 2012)	Hospital General 5205 (74.5) 10-18 años N/I	-----	ANS: 27.3 Exitus: 1.0	Del grupo de ANS, 51 (1%) habían muerto 10 años después del inicio del estudio. De estos, 49% fue por suicidio o por causas indeterminadas.
Kirchner, Ferrer, Forns, & Zanini, 2011	Escuela 1171 (55.8) 12-16 años 13.96 (1.32)	YSR (dos ítems)	IS: 11.4	En el grupo que informó de ideación suicida, el 58% presentó conductas de autolesión o intentos de suicidio. El riesgo relativo de autolesiones del grupo con ideación suicidas era 10 veces mayor que en el grupo sin ideación suicida.
Klonsky, May, & Glenn, 2013	Comunidad 426 (61.0) 13-17 años N/I	YRBS ISAS	ANS: 21.0 IS: 5.0	El grupo con ANS mostró una relación confiable y moderada con el IS. Esta relación era más grande que la relación entre depresión, ansiedad, impulsividad y TLP con el intento de suicidio.
Larsson & Sund, 2008	Comunidad 2360 (50.5) 12-15 años 14.9 (0.6)	1 pregunta	ANS: 2.9 IS: 3.0	El grupo con IS informó de más síntomas internalizantes (ansiedad, depresión), mayor ideación suicida y más conductas externalizantes (delincuencia) que el grupo con ANS.
Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005	Comunidad 424 (55.0) 13-18 años 15.34 (1.06)	Un ítem	ANS: 26 IS: 6	El grupo de ANS informa de mayor ideación suicida, más planes suicidas y más intentos de suicidio.
Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007	Comunidad 633 (N/I) Grado 9-12 15.05	FASM SIQ	Control: 56.0 ANS: 42.0 ANS + IS: 4.0	El grupo con ANS (menores y moderadas/graves) informan más propensión a haber hecho un intento de suicidio que el grupo sin historial con ANS.
Muehlenkamp & Gutierrez, 2004	Escuela 390 () 16.27 ()	SHBQ SIQ	Control: 78.5 ANS: 15.9 IS: 5.6	Los grupos con ANS e IS informaron de más síntomas depresivos, tendencias suicidas y actitudes hacia la muerte que el grupo control. El grupo con IS también informó de más actitudes positivas hacia la muerte que el grupo con ANS.

Autolesiones sin finalidad autolítica: una revisión sistemática en adolescentes de la comunidad

Muehlenkamp & Gutierrez, 2007	Escuela 540 (62.3) N/I 15.53 (1.42)	SHBQ SIQ	Control: 75.2 ANS: 16.1 IS: 1.9 ANS + IS: 7.0	El grupo con ANS + IS informó de mayor ideación suicida, menos razones de vida, más síntomas depresivos (en autoevaluaciones negativas y anhedonia) que el grupo con ANS. No hubo diferencias en el grupo con IS y ANS + IS. El grupo con ANS + IS también refirió menos temor a conductas suicidas que el grupo con ANS. El grupo con ANS + IS no presentó más autolesiones que el grupo con ANS solo. El grupo de control tenía el riesgo más bajo.
Plener, Libal, Keller, Fegert, & Muehlenkamp, 2009	Escuela	SHBQ OSI	Control: 72.9 ANS: 20.6 IS: 1.5 ANS + IS: 5.0	El grupo con ANS+ IS informó de más síntomas depresivos en las mujeres que los otros grupos. En los hombres, el grupo con más síntomas depresivos fue el grupo con IS.
Taliaferro et al., 2012	Escuela 61330 (47.2) Grado 9-12 N/I	3 ítems	ANS: 3.9 ANS + IS: 3.4	El grupo con ANS + IS informó de más síntomas depresivos, desesperanza, abuso físico y huidas de casa.
Tang et al., 2011	Escuela 2907 10-17 años 15.4 (1.78)	FASM Preguntas sobre el suicidio	ANS: 33.6	El grupo con ANS (menores y moderadas/graves) informa de historia de IS, después de controlar la edad, el sexo, el estado civil parental, los síntomas depresivos y la ideación suicida
Tørmoen et al., 2013	Escuela 11440 14-17 años N/I	2 preguntas	Control: 86.2 ANS: 4.3 IS: 4.5 ANS + IS: 5.0	El grupo con ANS + IS informa de mayor ideación suicida, estilos de vida problemáticos, peor salud subjetiva y más problemas psicológicos en comparación con los otros grupos. Encuentran que la ideación suicida tiene gran parte del mismo constructo dimensional en el que la ideación suicida conlleva gran parte del peso en adolescentes de una muestra basada en la escuela.
Wilcox et al., 2012	Escuela 1081 (54) 17-19 años	cuestionario autoadministrado	ANS: 7.0 ANS + IS: 3.0	El grupo con ANS informa de mayor ideación suicida y mayor probabilidad de IS que el grupo sin historial con ANS.
Zetterqvist, Lundh, & Svedin, 2013	Comunidad 2964 (50.6) 15-17 años	FASM	Control: 55.7 ANS: 43.4 IS: 0.9 ANS + IS: 5.7	El grupo de ANS + IS informó de más circunstancias adversas en la infancia y mayores síntomas de trauma.
Zoroglu et al., 2003	Escuela 839 (61.1) 14- 17 años 15.9 (1.8)	cuestionario autoadministrado	Control: 78.6 ANS: 21.4 IS: 10.1	El grupo con IS informó de mayor abuso físico, sexual y emocional. El grupo con situaciones traumáticas informo de más ANS y más IS que el grupo control.

Adolescent Health Questionnaire (AHQ); Childhood Acuity of Psychiatric Illness (CAPI); Child and Adolescent Self-Harm in Europe (CASE); Children's Depression Inventory (CDI); Deliberate Self Harm Inventory (DSHI); Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS); Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM); Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS); NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV); Reasons for Living scale (RFL); Repetitive Non-Suicidal Self-Injury Questionnaire (R-NSSI-Q); Risk-taking and Self-harm Inventory for Adolescents (RTSHIA); Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R); Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ); Self-Harm Inventory (SHI-22); Suicide Intent Scale (SIC); Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI); Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview-Short Form-Self-Report (SITBI-SF-SR); Self-Injury Questionnaire (SIQ); Self-Harm Inventory (SHI); Ottawa Self-Injury Inventory (OSI); Youth Risk Behavior Survey (YRBS); Youth Self Report (YSR)

SEGUNDO ARTÍCULO

Tarragona, B. Ribas-Fitó, N., Pérez-Téstor, C., Ensink, K. & Normandin, L. (sent for review).

Dissociation and its role between adverse childhood experiences and non-suicidal self-injury.**Resumen**

1) **Objetivo:** La investigación sobre las funciones de las autolesiones no suicidas (ANS), describió una amplia gama de razones para participar en ANS. Los resultados apoyan que las adversidades infantiles en la relación entre padres e hijos y la disociación, especialmente la despersonalización, son predictores del comienzo de las ANS. Otros subtipos de disociación necesitan examen para comprender mejor la relación entre el trauma y las ANS. Para abordar esta necesidad, el presente estudio examinó la relación entre las ANS con diferentes subtipos de disociación y diferentes subtipos de experiencias infantiles adversas en una muestra de adolescentes de la comunidad.

2) **Método:** Las ANS se evaluaron en 103 estudiantes de instituto de 14 a 18 años (74% mujeres; 88% caucásicos). Las experiencias infantiles adversas de cuidado y abuso y las experiencias disociativas se midieron con cuestionarios de autoinforme validados.

3) **Resultados:** Los resultados indicaron que los adolescentes que informaron experiencias traumáticas en la infancia y experiencias disociativas tenían más probabilidades de comprometerse en ANS.

4) **Conclusión:** Tomados en conjunto, los resultados indican que la disociación está relacionada con la negligencia de los padres y las ANS, lo que podría sugerir su papel explicativo entre el trauma y las ANS.

Palabras clave: autolesiones no suicidas, autolesión deliberada; experiencias infantiles adversas; disociación

Dissociation and its role between adverse childhood experiences and non-suicidal self-injury

1) Objective: Research on Non-suicidal self-injury (NSSI) functions, described a wide range of reasons to engage in NSSI. Findings support that childhood adversities in the relationship between parents and child and dissociation, especially depersonalization, are predictors of the beginning of NSSI. Other subtypes of dissociation need an examination to better understand the relationship between trauma and NSSI. To address this need, the present study examined the relationship of NSSI with different subtypes of dissociation and different subtypes of adverse childhood experiences (ACEs) in an adolescent community sample.

2) Method: NSSI was assessed in 103 students ages 14 to 18 (74% females; 88% Caucasian) from schools. ACEs of care and abuse and dissociative experiences were measured with validated self-report questionnaires.

3) Results: Results indicated that adolescents who reported trauma experiences in childhood and dissociative experiences were more likely to compromise in NSSI. By including both trauma experiences and dissociation variables in the model, it was dissociation that maintained the explanatory weight, which suggested its explanatory importance in NSSI behaviors.

4) Conclusion: Taken together, results indicate that dissociation is related to parental negligence and NSSI, suggesting its explicative role between trauma and NSSI.

Keywords: non-suicidal self-injury; deliberate self-harm; adverse childhood experiences; dissociation

Introduction

Non-suicidal self-injury (NSSI) has been defined as the intentional, self-inflicted damage to the surface of the body tissue without suicidal intent nor ideation (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007). NSSI usually starts in adolescence and studies indicate that lifetime prevalence ranges from 12.5% to 56% in adolescent community samples (Hilt, Cha, & Nolen-Hoeksema, 2008; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Adolescents report multiples methods

of self-injury and it has been shown such a common phenomenon in the general population that it was proposed to be included as a separate diagnosis (Shaffer & Jacobson, 2009) in the DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). The need to understand these behaviors has led to multiple studies that have shown differences between occasional and repetitive NSSI among the non-clinical population (Whitlock, Muehlenkamp, & Eckenrode, 2008). Moreover, the inclusion criterion for NSSI disorder from DSM-5 (APA, 2013) is the cut-off of five or more NSSI episodes in the last year.

Findings on NSSI determine that adverse childhood experiences (ACEs), specifically maltreatment (Auerbach et al., 2014; Kaess et al., 2013) and, sexual abuse (Auerbach et al., 2014; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006) are predictors of that behavior. ACEs include severe situations as sexual and physical abuse as well as a large spectrum of violence and victimization (Finkelhor, Ormrod, Turner, & Hamby, 2005). Most of the studies focused on severe situations but other forms of trauma should be considered as possible contributors. In that line, Ford & Gómez (2015) review focuses on other abusive behaviors finding that other forms of childhood adversities (eg, neglect, physical or emotional abuse) can contribute to NSSI. A study is referred to where only emotional and physical neglect—and not any other forms of maltreatment or interpersonal violence—were associated with a history of NSSI (Dyer, Dorahy, Shannon, & Corry, 2013 in Ford & Gómez, 2015). Recent findings also identified that negative perceptions of parents, lack of emotional support as well as traumatic experiences with primary attachment figures are risk factors for the development of NSSI (Baetens et al., 2014; Tatnell, Kelada, Hasking, & Martin, 2014).

Research on NSSI functions described a wide range of reasons such as self-punishment, affect regulation, and distraction from intolerable affects (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Individuals engaging in NSSI reported feeling unreal, numb, or empty, and use that behavior to generate physical and emotional sensations to feel grounded in reality, feeling alive again, and ending symptoms of dissociation, depersonalization, or derealization (Klonsky, 2007; Zlotnick et al., 1996). Thus, NSSI can be understood as what have been called anti-dissociative strategies (Klonsky, 2009; Nock & Prinstein, 2004). Consistent with this, a study found evidence for a solid association between dissociation and NSSI in a community sample of young adults (Gatz, Conrad, & Roemer, 2002).

Dissociation describes a wide variety of experiences that can range from a slight distancing from the surrounding environment to more serious distances of physical and

emotional experience (Putnam, 1993). It is considered as a defense mechanism against traumatic and overwhelming situations and it is consistently linked to ACEs and NSSI (Cerutti, Manca, Presaghi, & Gratz, 2011; Ford & Gómez, 2015; Matsumoto et al., 2005). Dissociation has been found a mediator between trauma and NSSI (Chaplo, Kerig, Bennett, & Modrowski, 2015; Kisiel & Lyons, 2001; Nilsson & Svedin, 2006; Zoroglu et al., 2003) as well as specific subtypes of dissociation as depersonalization (Batey, May, & Andrade, 2010; Gómez, 2019). But other subtypes of dissociation need an examination to better understand the relationship between trauma and NSSI (Ford & Gómez, 2015).

Given all the above considerations, the purpose of this study was to extend the previous literature on NSSI by examining the frequency and characteristics of NSSI and to explore its relationship with different subtypes of dissociation and different subtypes of ACEs among a sample of adolescents. We hypothesize that:

(1) A higher frequency of NSSI will be related to different subtypes of ACEs, not just with sexual abuse.

(2) A higher frequency of NSSI will be related to higher levels of dissociative experiences

Methods

Participants, recruitment and study procedure

One hundred and three subjects, aged 14 to 18, were recruited from secondary schools of Québec and surrounding areas so that the sample represents a wide socio-economic range. The project was explained to high school principals and a team of psychology graduate students visited schools that agreed to collaborate in the research to explain to students the goals of the research project along with an explanation about personality disorders in adolescence. Informative documents were given to the parents to request the participation of their children in the research project with the same information that was presented orally to the students.

The study group included 76 females (74%) and 27 males (26%) with a mean sample of 16.27 (SD = 1.48). Regarding racial/ethnic composition, 88% were Caucasian. Data were collected by the secure website platform PIANO from Laval University. The participants had to create an account with a valid email and choose a password. The electronic consent forms were presented first. The participants had to give their consent before they can access the first questionnaire. At any time, a participant could leave the PIANO platform and resume the questionnaires where they stopped by logging in again with their email address and password. Student participation was voluntary, and the anonymous character was provided providing a code for each case.

Measures

These data are part of a larger data collection that assesses the understanding of the personality and different psychopathological difficulties in adolescence (e. g., Ensink, Berthelot, Bégin, Maheux, & Normandin, 2017), therefore only some of the measures are reported here.

NSSI. The *Functional Assessment of Self-Mutilation* (FASM; Lloyd-Richardson, Kelley, & Hope, 1997) was used. This is a self-report instrument that measures methods, frequency, and functions of 11 different methods of NSSI. We create a dichotomous variable reflecting the presence ("1") or absence ("0") of repetitive NSSI. All respondents with five or more NSSI episodes in the last year were identified as the NSSI group. Respondents with less than 5 incidents or without NSSI were identified as the Non-NSSI group. FASM instrument has shown good enough psychometric properties, including good reliability and validity with youth samples (Hilt, Nock, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2008; Lloyd-Richardson et al., 2007). The instrument also assesses the functions of NSSI asking 22 different reasons, scored from 0 = never to 3 = often, which may cause adolescents to engage in such behaviors (plus an 'other' category to provide any other reason). A 4-factor model is proposed regarding these functions: 'Social-positive reinforcement', 'Social-negative reinforcement', 'Automatic-positive reinforcement', and 'Automatic-negative reinforcement' with an acceptable degree of adjustment in the factor structure (Nock & Prinstein, 2004).

Adverse childhood experiences. Family relationships in childhood were assessed with the *Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire* (CECA-Q; Bifulco, Bernazzani, Moran, & Jacobs, 2005). This is a self-report questionnaire that includes items about lack or inappropriate parental care rated separately for each parental figure on a Likert scale. It differentiates antipathy (defined as hostility, coldness, or rejection shown to the child by parents) and neglect (defined as parent's disinterest in material care, health, schoolwork, and friendships). It also evaluates physical and sexual abuse. Derived from the validation exercise with the CECA interview, authors specified cut-off scores for antipathy, neglect, physical abuse, and sexual abuse scales. Those cut-off indicate the interview 'marked or moderate' level of severity. For antipathy and neglect, we used both the dichotomous (according to the cut-off point) and the continuous form for analysis purposes. Good internal consistency is shown (Cronbach's alpha from 0.80 to 0.92) and re-test reliability (Cohen's k from 0.78 to 0.93), as well as significant correlations with the CECA interview (from $r=0.58$ to $r=0.78$) (Kaess et al., 2011).

Dissociation. The severity of dissociation was assessed with the *Adolescent Dissociative Experience Scale* (A-DES; Armstrong, Putnam, Carlson, Libero, & Smith, 1997). This is a 30-item self-report questionnaire scored between 0 = never and 10 = always that can be distributed in 4

domains reflecting basic aspects of dissociation: “Dissociative amnesia”, “Absorption and imaginative involvement”, “Passive influence” and “Depersonalization and derealization”. Within the depersonalization and derealization domain, we can distinguish between “Dissociated identity” and “Dissociated relatedness”. Good psychometric qualities are shown such as internal consistency (α de Cronbach = .95) and temporal stability that varies between .71 and .91 between the different studies (Armstrong et al., 1997; Nilsson & Svedin, 2006).

Statistical analyses

Descriptive statistics were first conducted to examine the frequency and characteristics of NSSI. Mean comparisons and t-tests for independent samples were used to compare NSSI and Non-NSSI groups according to dissociation and ACEs variables. Cohen’s method was used to determine effect size in comparison to two groups for dissociative variables. For this index, cut-offs of 0.2, 0.5, and 0.8 are, by convention, interpreted as a small, medium, and large effect sizes, respectively. Several binary logistic regressions were performed. First of all, with the NSSI group as the dependent variable and age, gender, and ACEs as explanatory variables. Secondly, with NSSI as a dependent variable and age, gender, and all dissociative scales and subscales as explanatory variables. Later stepwise analyses were conducted to establish which variables can reach the level of independent statistical significance to predict the presence of the dependent variable used for each logistic regression analysis. All statistical analyses were carried out using SPSS v. 15.0.

Results

Frequency and characteristics of NSSI

NSSI was found in 33% of the adolescents, in the previous 12 months. Twenty four of them (23.3%) reported 5 or more NSSI episodes. Of those, 34% reported more than twenty episodes. Girls (26.3%) informed about major rates of NSSI than boys (14.8%) although these differences were no significant ($\chi^2 = .22$; $p > 0.05$). The most frequent type of NSSI reported was cutting/carving (27.7% of repetitive self-harmers), followed by self-tattooing (23.0% of repetitive self-harmers) and then scarping the skin (21.5% of repetitive self-harmers). Most of the adolescents reported several types of NSSI, being the mean number 2.26 ($SD = 1.43$; range=1-7).

Regarding functions, the mean item response was higher for automatic-negative reinforcement ($M = 0.48$, $SD = 0.84$), that is, intending to reduce negative affective state, followed by automatic-positive reinforcement ($M = 0.46$, $SD = 0.72$), that is, to create a positive physiological state. Specifically, more than a third (64.6%) reported that they hurt themselves "to

feel something, even if it was pain" (assigned to automatic-positive reinforcement function) and more than half (58.5%) reported NSSI "to stop bad feelings" (assigned to automatic-negative reinforcement function). Altogether items of the automatic-reinforcement subscales received higher scores than items of the social-reinforcement subscales which imply that adolescents used NSSI to regulate themselves emotionally more than to influence the behavior of others. Only 1.5% of the self-injurers informed an intention to die in these acts.

NSSI and ACEs

Among the NSSI group, 34% scored above the cut-off point in one of the ACEs scales in contrast to 21% of the Non-NSSI group. Mean comparison of the NSSI group with the Non-NSSI group in ACEs yielded significant differences for mother neglect (NSSI $M=14.76$, $SD=5.20$, Non-NSSI $M=11.11$, $SD=3.41$, $p=0.01$), and father neglect (NSSI $M=17.15$, $SD=5.96$, Non-NSSI $M=14.34$, $SD=6.04$, $p=0.02$).

Results for several series of binary logistic regressions determined if ACEs were associated with NSSI behavior. Associations are expressed as odds-ratio that can be interpreted as the increase or decrease of the odds of NSSI when the ACE associated is present if the rest of the variables remain constant (table 1). After controlling for age and gender both mother (OR 1.15, IC 1.04-1.26, $p=0.006$) and father neglect (OR 1.08, IC 1.01-1.15, $p=0.025$) were found to be statistically significantly associated.

NSSI and Dissociative Experiences

Regarding dissociation, the mean A-DES score for adolescents with NSSI was 1.55 ($SD=1.48$, range=0.0-7.9).

Mean scores in dissociation subscales differed between NSSI and Non-NSSI groups. An effect size indicating a large difference between the two groups for identity dissociation subscale (NSSI group $M=1.87$, $SD=2.01$, Non-NSSI group $M=0.72$, $SD=1.07$, $p=0.00$; Cohen's $d = 0.859$) and a medium difference for the depersonalization and derealization subscale (NSSI group $M=1.91$, $SD=1.94$, Non-NSSI group $M=0.92$, $SD=1.16$, $p=0.00$; Cohen's $d = 0.717$) and for the total score (NSSI group $M=2.20$, $SD=1.87$, Non-NSSI group $M=1.35$, $SD=1.28$, $p=0.00$; Cohen's $d = 0.593$) were found. Significant differences between the two groups for the rest of the subscales were found but with a small effect size (Cohen's $d = 0.39-0.49$).

Relations between dissociative experiences and NSSI behaviors reported as odds ratios are shown in table 2. After controlling for age and gender significant associations were found for absorption and imaginative involvement, passive influences, depersonalization, and derealization

as well as for the total score. The highest odds ratio was found for depersonalization and derealization. Although separately, several subscales of ADES were significantly associated to the presence of NSSI, when analyzing the model with the stepwise method, only the depersonalization and derealization subscale reached the level of independent statistical significance (OR 1.47, 95% IC 1.15-1.86, $p=0.002$) correctly classifying 77.4% of the cases.

Dissociative experiences and ACEs

Comparisons on mean scores between adolescents who informed about ACEs were found to be significant for dissociation. Adolescents who informed about mother antipathy reported significantly higher levels of dissociation (Suffering antipathy $M=2.58$, $SD=2.02$, Non-suffering antipathy $M=1.40$, $SD=1.31$, $p=0.02$). Significantly higher scores in dissociation were also found for participants who experienced negligence for both mother (Neglected $M=5.06$, $SD=2.93$, Non-neglected $M=1.40$, $SD=1.27$, $p=0.00$) and father (Neglected $M=2.22$, $SD=1.74$, Non-neglected $M=1.37$, $SD=1.31$, $p=0.02$). Furthermore, adolescents who suffered physical abuse informed significantly higher scores in dissociation (Abused $M=3.49$, $SD=1.96$, Non-abused $M=1.36$, $SD=1.27$, $p=0.00$).

The relationship between NSSI, dissociative experiences, and ACEs

Variables of ACEs and dissociation were included in several logistic regressions to determine if the relationship between ACEs and NSSI was influenced by dissociation. NSSI was used as an independent variable and ACEs that were found significant for the NSSI group in previous analyses (i.e., mother and father neglect) were used as explanatory variables. Each dissociative subscale was then entered separately in that model. For NSSI, dissociated identity (OR 2.15, 95% IC 1.31-3.53, $p=0.002$) and dissociative relatedness (OR 1.55, 95% IC 0.45-0.94, $p=0.021$), both subscales of depersonalization and derealization, were found significantly related. Previous significant associations for maternal and paternal neglect were no longer significant.

Discussion

This study aimed to analyse non-suicidal self-harming behaviors among an adolescent community sample and the link between those behaviors and both dissociation and childhood experiences of care and abuse. The main result of this study is that NSSI is related to parental negligence in childhood and subtypes of dissociation, being dissociation the most contributing variable in the logistic analysis.

Regarding frequency and characteristics of NSSI, although the prevalence was in the range of previous studies in community samples of adolescents (Hilt, Cha, et al., 2008; Lloyd-Richardson et al., 2007) it was particularly high considering that we have focused on repetitive NSSI. Functions with higher scores were those that aimed to reduce negative emotional states, identified as automatic-negative reinforcement functions. These results are consistent with previous findings and suggest that adolescents use NSSI as a mechanism of emotional or physiological regulation (either positive or negative), rather than to influence others (Nock & Prinstein, 2004). The majority of adolescents (64.6%) reported NSSI to "feel something, even if it was pain". In line with other studies, this suggests that more than a third may have feelings of being dead or disconnected and therefore engage in NSSI intending to feel more alive, and recover sensations of reality (Klonsky, 2007; Zlotnick et al., 1996).

In support of Hypothesis 1, adolescents who reported experiencing ACEs were more likely to compromise in NSSI. Consistent with other studies, NSSIs were significantly associated with ACEs (Auerbach et al., 2014; Kaess et al., 2013). Both maternal and paternal negligence seem to play a more important role with NSSI than sexual abuse. These results are in line with Hilt et al. (2008) that find less association between physical or sexual abuse concerning other negative experiences between parents and children. Emotional neglect, defined as disinterest in children, and therefore lack of emotional support, were confirmed as related to NSSI (Baetens et al., 2014).

In support of Hypothesis 2, dissociation was also associated with a greater presence of NSSI, especially with the depersonalization subscale and specifically to its subscales (dissociated identity and dissociative relatedness). Dissociation on its own was significantly associated with a greater presence of NSSI (Cerutti et al., 2011; Matsumoto et al., 2005), which suggests that dissociative scales predict to some degree the occurrence NSSI (Ford & Gómez, 2015). Although taken individually, the odds ratio for all subscales increased significantly NSSI, taken together the only one that remained as a predictor of self-injurious behavior was the scale of depersonalization (Batey et al., 2010; Gómez, 2019).

A finding that was not anticipated was that by including in the model the ACEs and the dissociation variables that were significant, maternal and paternal neglect lost its significance and it was the dissociation that maintained the explanatory weight. This suggests its explanatory importance in the relation of ACEs and NSSI behaviors. These results are in line with previous research that suggests dissociation as a mediator of psychopathology, particularly self-destructive behavior, among adolescents with sexual abuse (Kisiel & Lyons, 2001; Zoroglu et al., 2003). Analyzing specifically depersonalization subscale and their subtypes, we found that

dissociated identity, defined as the feeling of being disconnected from parts of oneself increased the risk of NSSI by 2.15 times. These results agree with the antidissociative model (Klonsky, 2007) that emphasizes the role of NSSI as a way to generate bodily sensations to maintain contact with reality. Regarding dissociative relatedness, it increased in 1.55-fold the risk of NSSI. This scale is defined as the sense that interpersonal relationships are changeable and unreal. This is consistent with the function of social reinforcement that implies the need for a certain awareness of stability in relationships. These findings may have implications for the prevention of self-harm when working with adolescents who have suffered ACEs and who are prone to dissociation.

Limitations

Although the study has certain limitations, it also has strengths such as the relatively large sample size, as well as the inclusion of adolescents of both genders. Even though the sample set has good enough size, some subgroups may have had small sample sizes due to the low frequency of some of the combinations of variables that could have contributed to the lack of significance of some results.

At a methodological level, the process of data collection, via the Internet, can be considered a limitation because the data may be biased by selective participation. However, this same process may have led to higher levels of honest answers and access to more participants. All instruments are self-administered, which can introduce biases of perception in the case of dissociation. Due to the cross-sectional design of the study, we cannot demonstrate that traumatic situations always precede the dissociative episodes or that dissociation always occurs before NSSI. Although we can only talk about associations instead of true risk factors, according to other research evidence, this sequence seems plausible.

In conclusion, our results highlight the impact of negative relational interactions within the family, beyond sexual abuse and maltreatment, and suggest potential mediating mechanisms between these and the beginning of NSSI. Clarifying these intermediate mechanisms and targeting dissociation and its subtypes can contribute to the reduction of NSSI.

Ethical standards and informed consent.

All study procedures were following the ethical standards of the responsible committee on human experimentation and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000.

References:

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D. Z., & Smith, S. R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(8), 491–497. <https://doi.org/10.1097/00005053-199708000-00003>
- Auerbach, R. P., Kim, J. C., Chango, J. M., Spiro, W. J., Cha, C., Gold, J., ... Nock, M. K. (2014). Adolescent nonsuicidal self-injury: Examining the role of child abuse, comorbidity, and disinhibition. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 579–584. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.027>
- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., ... Griffith, J. W. (2014). Is Nonsuicidal Self-Injury Associated With Parenting and Family Factors? *The Journal of Early Adolescence*, 34(3), 387–405. <https://doi.org/10.1177/0272431613494006>
- Batey, H., May, J., & Andrade, J. (2010). Negative intrusive thoughts and dissociation as risk factors for self-harm. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40(1), 35–49. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.1.35>
- Bifulco, A., Bernazzani, O., Moran, P. M., & Jacobs, C. (2005). The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q): Validation in a community series. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 563–581. <https://doi.org/10.1348/014466505X35344>
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F., & Gratz, K. K. L. (2011). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal Of Adolescence*, 34(2), 337–347. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.04.004>
- Chaplo, S. D., Kerig, P. K., Bennett, D. C., & Modrowski, C. A. (2015). The roles of emotion dysregulation and dissociation in the association between sexual abuse and self-injury among juvenile justice-involved youth. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(3), 272–285. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989647>
- Ensink, K., Berthelot, N., Bégin, M., Maheux, J., & Normandin, L. (2017). Dissociation mediates the relationship between sexual abuse and child psychological difficulties. *Child Abuse and Neglect*, 69(March), 116–124. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.017>

- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreatment, 10*(1), 5–25. <https://doi.org/10.1177/1077559504271287>
- Ford, J. D., & Gómez, J. M. (2015). The Relationship of Psychological Trauma and Dissociative and Posttraumatic Stress Disorders to Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality: A Review. *Journal of Trauma & Dissociation, 16*(3), 232–271. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989563>
- Gómez, J. M. (2019). High Betrayal Adolescent Sexual Abuse and Nonsuicidal Self-Injury: The Role of Depersonalization in Emerging Adults. *Journal of Child Sexual Abuse, 28*(3), 318–332. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1539425>
- Gratz, Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *The American Journal of Orthopsychiatry, 72*(1), 128–140. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14964602>
- Hilt, L. M., Cha, C. B., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: Moderators of the distress-function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 63–71. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.63>
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal Study of Nonsuicidal Self-Injury Among Young Adolescents: Rates, Correlates, and Preliminary Test of an Interpersonal Model. *Journal of Early Adolescence, 28*(3), 455–469. <https://doi.org/10.1177/0272431608316604>
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research, 206*(2–3), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Resch, F., Bifulco, A., & Brunner, R. (2011). Childhood Experiences of Care and Abuse (CECA). *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie, 39*(4), 243–252. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000115>
- Kisiel, L. C., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a Mediator of Psychopathology Among Sexually Abused Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry, 158*(August), 1034–1039. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1034>
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research, 166*(2–3), 260–268. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.02.008>

- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence, 34*(5), 447–457. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-7262-z>
- Lloyd-Richardson, E. E., Kelley, M. L., & Hope, T. (1997). Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Poster Session Presented at the Annual Meeting of the Society for Behavioral Medicine, April.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine, 37*(8), 1183–1192. <https://doi.org/10.1017/S003329170700027X>
- Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Asami, T., Okada, T., Yoshikawa, K., & Hirayasu, Y. (2005). Characteristics of self-cutters among male inmates: Association with bulimia and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 59*(3), 319–326. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2005.01377.x>
- Nilsson, D., & Svedin, C. G. G. (2006). Dissociation Among Swedish Adolescents and the Connection to Trauma: An evaluation of the Swedish version of adolescent dissociative experience scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(9), 684–689. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000235774.08690.dc>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative phenomena. In *Dissociative disorders: A clinical review*. (pp. 1–16). Baltimore, MD, US: The Sidran Press.
- Shaffer, D., & Jacobson, C. (2009). Proposal to the DSM-V Childhood Disorder and Mood Disorder Work Groups to Include Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) as a DSM-V disorder. Washington DC.
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal Analysis of Adolescent NSSI: The Role of Intrapersonal and Interpersonal Factors. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*(6), 885–896. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9837-6>
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics, 117*(6), 1939–1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>

- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4), 725–735. <https://doi.org/10.1080/15374410802359734>
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 12–16. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8770520>
- Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaş, H. A., Ozturk, M., ... Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(1), 119–126. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2003.01088.x>

Table 1. Associations of ACEs with NSSI group*.

ACEs	OR	IC 95%	p
Mother Antipathy	1.02	0.96-1.09	0.495
Mother Neglect	1.15	1.04-1.26	0.006*
Mother Physical Abuse	1.165	0.47-2.89	0.742
Father Antipathy	1.06	0.99-1.14	0.092
Father Neglect	1.08	1.01-1.15	0.025*
Father Physical Abuse	0.94	0.43-2.04	0.870
Sexual Abuse	1.34	0.64-2.81	0.433

* p<0.05

Each line is a different logistic regression model adjusted by gender, age and academic average

Table 2. Associations of dissociative experiences with NSSI group.

Dissociative experiences	OR	IC 95%	p
Dissociative Amnesia	1.16	0.97-1.393	0.109
Absorption and Imaginative Involvement	1.27	1.03-1.57	0.024*
Passive Influence	1.26	1.02-1.55	0.030*
Depersonalization and Derealization	1.47	1.15-1.86	0.002*
Total score ADES	1.35	1.07-1.71	0.010*

* p<0.05

TERCER ARTÍCULO

Tarragona, B. Ribas-Fitó, N., Normandin, L., Ensink, K. & Pérez-Téstor, C. (sent for review). **Non-suicidal self-injury and its relation with personality organization.**

Resumen

1) Objetivo: la autolesión no suicida (ANS) no siempre va de la mano con el diagnóstico de trastorno límite de personalidad (TLP). Esto ha llevado a sugerir que las personas que presentan ANS pueden pertenecer a una categoría de diagnóstico diferenciada. Las ANS se han relacionado con múltiples trastornos y circunstancias. La clasificación DSM (APA, 2013) tiene limitaciones, especialmente con respecto a los trastornos de la personalidad (TP). Los modelos dimensionales podrían ser una alternativa al punto de vista categórico. Por lo tanto, puede ser útil relacionar las ANS con un enfoque dimensional y psicodinámico de la patología de la personalidad, como el modelo Kernberg de organización de la personalidad (OP).

2) Método: se evaluaron las ANS en 101 estudiantes de 14 a 18 años (84,0% mujeres; 91,7% caucásicos) de institutos. La organización límite de la personalidad se midió con el Inventario de la organización de la personalidad para adolescentes (IPO-A).

3) Resultados: Los resultados indicaron una relación positiva entre las ANS y la OP. Según los elementos clave de la teoría de la OP de Kernberg, las ANS se asociaron significativamente con todas las subescalas medidas por el IPO.

4) Conclusión: Los resultados proporcionaron evidencia de la asociación entre las ANS y la OP, lo que indica que las características de la OP pueden predecir la aparición de ANS entre los adolescentes.

Palabras clave: autolesión no suicida; autolesión deliberada; organización de la personalidad; adolescencia

Non-suicidal self-injury and its relation with personality organization

1) Objective: Non-suicidal self-injury (NSSI) does not always go hand in hand with BPD diagnosis. This has led to suggest that people engaging in NSSI may belong to a differentiated diagnostic category. NSSI has been linked to multiple disorders and circumstances. DSM classification (APA, 2013), has limitations, especially concerning personality disorders (PD). Dimensional models could be an alternative to the categorical point of view. Therefore, it may be useful to relate NSSI to a dimensional and psychodynamic approach to personality pathology, such as the Kernberg's model of personality organization (PO).

2) Method: NSSI was assessed in 101 students ages 14 to 18 (84.0% females; 91.7% Caucasian) from high schools. Borderline Personality Organization was measured with the Inventory of Personality Organization for Adolescents (IPO-A).

3) Results: Results indicated a positive relation between NSSI and PO. According to the key elements of Kernberg's personality organization theory, NSSI was significantly associated with all the subscales measured by the IPO.

4) Conclusion: Results provided evidence of the association between NSSI and PO indicating that characteristics of PO may predict the occurrence of NSSI among adolescents.

Keywords: non-suicidal self-injury; deliberate self-harm; personality organization; adolescence

1. Introduction

Self-injury is a prominent feature of Borderline Personality Disorder (BPD) and distinguishes it from other personality disorders. They are one of its diagnostic criteria and although the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013) promised changes, it finally lists the "Recurrent suicidal behavior, gestures, or threats, or self-mutilating behavior" as one of the nine criteria of the BPD diagnosis.

Non-suicidal self-injury (NSSI) has been defined as the deliberate, direct destruction, or alteration of body tissue without suicidal intent (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007). NSSI usually starts in adolescence and its presence in the clinical setting is between 22% and 45% (Peebles, Wilson, & Lock, 2011). In community populations, the prevalence ranges

between 12.5 and 31.4% depending on the number and types of self-injuries that are considered, as well as the form of detection (a single question vs. specific questionnaire) (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012).

NSSI does not always go hand in hand with BPD diagnosis, which has led several authors to suggest that people with NSSI may belong to a differentiated diagnostic category (Muehlenkamp, 2005; Selby, Bender, Gordon, Nock, & Joiner, 2012). Shaffer & Jacobson (2009) suggest five or more NSSI episodes as an inclusion criterion for NSSI disorder. There are empirical differences between the occasional NSSI (O-NSSI) and repetitive (R-NSSI) among the non-clinical population (Whitlock, Muehlenkamp, & Eckenrode, 2008). O-NSSI may include severe behavior but occur a limited number of times in life and usually have no lethal intent while R-NSSI involves chronic behavior that lasts for years, with multiple methods and with injuries that may require medical attention.

NSSI has been related to multiple disorders and circumstances as a variety of Axis I disorders (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, & Onghena, 2012; Zetterqvist, Lundh, Dahlström, & Svedin, 2013) as well as adverse childhood experiences (Kaess et al., 2013). Besides, it has been found associated with dissociation (Cerutti, Manca, Presaghi, & Gratz, 2011), and understood as an intermediate variable between adverse childhood experiences and NSSI (Ensink, Berthelot, Bégin, Maheux, & Normandin, 2017; Kisiel & Lyons, 2001). Regarding functions, there is a consensus that the use of NSSI is related to emotional regulation (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Nock & Prinstein, 2004). Thus, very diverse situations are related to the presence of NSSI and suggest that people who initiate these behaviors may have specific personality traits.

The DSM classification (APA, 2013) has limitations, especially regarding personality disorders (PD). The DSM (APA, 2013) classifies the disorders from a categorical point of view although some research suggests that dimensional models could be an alternative (Spitzer et al., 2006). Therefore, it might be useful to relate NSSI with a dimensional and psychodynamic approach to personality pathology, such as the Kernberg model of personality organization (PO). Kernberg (1984) understands personality pathology as a continuum of severity and proposes to classify it according to 3 levels: the psychotic level, the borderline level, and the neurotic level. It understands that the development of the personality is determined by neurobiological factors (such as temperament) and environmental influences (such as interpersonal experiences). It should be clarified that the Borderline Personality Organization (BPO) concept does not refer to a specific diagnosis but to a personality structure and therefore represents a broader category than the BPD. This level of organization covers the majority of PD diagnoses included in the DSM-5 (APA, 2013).

According to Kernberg, the level of organization of the personality depends on two aspects: a) the ability to differentiate between the self and the object; and b) the ability to integrate positive and negative aspects of the representations of oneself and the object. People who fail in the task of differentiation would be framed in psychotic pathology; those that fail in the integration of positive and negative aspects but manage to differentiate themselves from the object would be framed in borderline pathology, and those who achieve both tasks would be in neurotic pathology. The evaluation of these tasks is carried out by three elements: 1) the reality test, 2) the defense mechanisms and 3) the degree of identity integration. According to the pathology continuum, greater difficulties in one or more of these areas are related to more severe levels of personality organization and, therefore, greater personal difficulties. Although the PO model was developed to assess PD, research in nonclinical populations finds that lower levels of personality functioning are positively related to the severity of depression, symptomatic distress, self-harm, and interpersonal problems (Lowyck, Luyten, Verhaest, Vandeneede, & Vermote, 2013).

These considerations suggest an association between NSSI and certain personality characteristics. Although previous studies suggest that individuals who self-harm would have specific diagnostics, research around PO is lacking. Therefore the purpose of the study is to assess NSSI with different dimensions of Kernberg's model, as well as to study characteristics, frequency, severity, and functions of NSSI. We hypothesize that:

(1) Similar characteristics, frequency, severity, and functions of NSSI to previous studies will be found

(2) Higher frequency of NSSI will be related to more severe PO for all IPO subscales

(3) Some of the IPO subscales will be more explicative regarding NSSI.

2. Methods

2.1. Participants, recruitment and study procedure

The sample of the study consisted of 101 adolescents (85 females) aged 14-18 from a large Canadian city. The average age of participants was 16.46 (SD = 2.59). Regarding racial/ethnic composition, 91.7% were Caucasian.

Recruitment of students took place in secondary schools. The project was explained to the high school principals and a team of postgraduate students of psychology was in charge of explaining the project and solving the doubts of the students. The same information, transmitted

orally to the students, was sent in writing to the parents, requesting the participation of their son in the study. The participants gave their informed consent electronically. All data were collected through the PIANO secure website platform of Laval University. Each participant had to create an account with a valid email address and a password. The electronic consent form was presented first, before having access to the first questionnaire. It was possible to leave the PIANO platform at any time and subsequently resume the questionnaires by logging in with their email address and password. The anonymous nature of the collected data was ensured by providing a code for each case.

2. 2. Measures

These data are part of a larger data collection that assesses the understanding of the personality and different psychopathological difficulties in adolescence (e. g., Ensink, Berthelot, Bégin, Maheux, & Normandin, 2017), therefore only some of the measures are reported here.

Sociodemographic data form

All participants were asked to answer a Sociodemographic data form, about, age, gender, ethnic and academic average. They were also asked about mental health consultations and medication.

Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM)

This is a self-report instrument developed by Lloyd-Richardson et al. (1997) that measures methods, frequency, and functions of NSSI. The first part is a checklist of 11 different methods of NSSI for the previous 12 months. The second part is a list of 22 statements assessing the functions of NSSI (scored from 0 = never to 3 = often). The instrument has shown good psychometric properties in adolescent samples. We create a dichotomous variable differentiating between occasional (O-NSSI) and repetitive (R-NSSI) NSSI was created. This classification is based on empirical findings between O-NSSI and R-NSSI among the non-clinical population (Whitlock et al., 2008) and the cut-off of five or more NSSI episodes in the last year as the inclusion criterion for NSSI condition from DSM-5 (APA, 2013). All respondents with five or more NSSI episodes in the last year were identified as the R-NSSI group. The O-NSSI group included respondents with less than 5 incidents or without NSSI. Regarding the functions of NSSI, statistical analysis yielded a 4 factors model: Social-positive reinforcement, Social-negative reinforcement, Automatic-positive reinforcement, and Automatic-negative reinforcement with a good enough adjustment to the structural factorial model (Nock & Prinstein, 2004).

Inventory of Personality Organization for Adolescents (IPO-A)

This is a 91-item self-report instrument (Biberdzic, Ensink, Normandin, & Clarkin, 2017) developed from the adult version, the Inventory of Personality Organization (IPO; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001) that assesses dimensions of BPO according to Kernberg's model (Kernberg, 1984). Items are scored on a 5-point Likert-type ranging from never true, to always true. The instrument has five scales, including Identity Diffusion (29 items), Primitive Defenses (16 items), Reality Testing (20 items), Aggression (18 items), and Moral Values (8 items). The IPO has been used in several studies linking, personality organization, psychopathology, and personality dysfunction and showing good internal consistency and test-retest reliability in community samples (Ellison & Levy, 2012). Cut-off points for the different POs (excluding Psychotic PO) have been established (Biberdzic, Ensink, Normandin, & Clarkin, 2018). Scores representative of a Normal PO is the ones lower than (and equal to) 32 on Primitive Defenses, 71 on Identity Diffusion, 36 on Reality Testing, 24 on Aggression, and 17 on Moral Values. Scores higher than (and equal to) 46 on Primitive Defenses, 85 on Identity Diffusion, 50 on Reality Testing, 32 on Aggression, and 22 on Moral Values are representative of a BPO. Therefore, scores ranging inclusively between 33 and 45 on Primitive Defenses, 72 and 84 on Identity Diffusion, 25 and 49 on Reality Testing, 25 and 31 on Aggression, and 18 to 21 on Moral Values are representative of a Neurotic PO (Biberdzic et al., 2018). The Psychotic PO was excluded because the cut-off points were established with a non-clinical sample of adolescents, which reduces the probability of having a psychotic group among the participants.

2. 3. Statistical analysis

To examine the characteristics and functions of NSSI, descriptive analyzes were first conducted. Participants with no NSSI or endorsing occasional NSSI only (O-NSSI group) were then compared to those endorsing at least five incidents of NSSI (R-NSSI group). Regarding sociodemographic aspects, comparisons were performed using chi-square tests for categorical measures and t-tests for continuous variables. For IPO subscales, t-tests for means comparisons were used. To determine effect size, Cohen's method was used with cutoffs of 0.2, 0.5, and 0.8 are, by convention, interpreted as small, medium, and large effect sizes, respectively. Binary logistic regressions, with the R-NSSI group as the dependent variable and age, gender, academic average, academic support, mental health consultation, medication, and each IPO subscale in its continuous form, entered separately were executed. The same procedure was performed for IPO subscales in its dichotomous form for both Normal PO and BPO. All statistical analyses were carried out using SPSS v. 15.0.

3. Results

3.1. Characteristics and prevalence of NSSI

Twenty-nine percent of participants reported having engaged in some form of self-harming in the last year. Of those who self-injure, 28.2% only engaged in minor NSSI (i. e. picked areas of your body to the point of drawing blood) while 71.8% engaged also in severe ones (i. e. cut or carved your skin), which means that self-injurers use mostly severe methods. The most common form of severe self-injury was “cut or carve the skin”, informed by 27% of self-injurers, followed by “scrap the skin”, endorsed by 23% of self-injurers. The total number of episodes in the last year varies between 1 (n=12) y 123 (n=1). On average, the participants self-injured 16.70 times (SD=20.60). More specifically, 34.0% referred O-NSSI (up to 5 episodes), and 66.0% referred R-NSSI (five or more episodes). More specifically, 35.11% referred 20 or more episodes. No significant gender differences were found in any of those rates ($p>0.05$).

Most participants do not report intent to die when engaging in such behaviors, 2.1% of whom report being injured with that intention. On the whole, the reasons related to automatic-positive reinforcement, which is intending to create a positive physiological state were referred by 61.4%. Reasons to influence the environment and obtain positive aspects, included under the factor, social-positive reinforcement were endorsed by 52.8% of self-injurers. Altogether, the items to increase positive reinforcement, whether internal or from the outside, were the ones that obtained the most answers. Specifically, more than half of self-injurers (57.3%), wanted "to feel something, even if it was pain" (included in automatic-positive reinforcement).

O-NSSI group and R-NSSI group comparisons regarding sociodemographic variables are summarized in table 1. Significant differences were found in academic average (R-NSSI $M=2.67$, $SD=0.90$, O-NSSI $M=2.31$, $SD=0.85$, $p=0.01$) as well as in academic support ($\chi^2= 5.36$; d.f.=1, $p=0.02$). Among adolescents with previous mental health consultations and medication, significant differences were also found between R-NSSI and O-NSSI ($\chi^2= 10.36$; d.f.=1, $p=0.00$ and $\chi^2= 8.02$; d.f.=1, $p=0.02$ respectively).

3.2. NSSI and personality organization

Among the self-injuring participants, the preliminary analyzes were conducted to explore the associations with each IPO subscale. Mean scores of R-NSSI (5 or more NSSI episodes) and O-NSSI (less than 5 NSSI episodes or no NSSI) in IPO subscales as continuous variables are resumed in table 2. Results of the comparison of the two groups yielded significant differences for all IPO subscales. Having the cutoff point of Normal, Neurotic, and Borderline PO, mean scores of R-NSSI

and O-NSSI were compared for both Normal PO and BPO. All scores were significantly different for all IPO subscales ($p < 0.01$).

We examined the relationship between IPO subscales and NSSI behavior. Several binary logistic regressions, with the R-NSSI group as the dependent variable, yielded significant results. Associations are reported as odds ratios (OR), with a confidence interval (CI) of 95%. These OR can be interpreted as the probability that the NSSI increase or decrease in the presence of each of the subscales if the rest of the variables remain constant. After controlling for age, gender, academic average, academic support, mental health consultation, and medication, all subscales entered one by one in its continuous form were found significantly associated. Odds-ratio were ranging from OR 1.03, 95% CI 1.00- 1.05, $p = 0.03$ to OR 1.10, 95% CI 1.05-1.16, $p = 0.00$. In the stepwise binary logistic regression model, only Aggression reached an independent statistical significance level (OR 1.10, 95% CI 1.05- 1.16, $p = 0.00$), correctly classifying 82.2% of the cases.

3.3. Can a specific PO explain the presence of NSSI behavior?

To determine if pathological PO were differently associated with NSSI we create a dichotomous variable with the cut point of the Normal PO according to the scores obtained in every IPO subscale. After controlling age, gender, academic average, academic support, mental health consultation, and medication, significant associations were found for Primitive Defenses, Aggression, and Moral Values. Odds ratio were ranging from OR 2.15, 95% CI 1.00-4.62 to OR 3.84, 95% CI 1.70-8.65. The odd ratio of Aggression was the highest (3.84, 95% CI 1.70-8.65) followed by Primitive Defenses (OR 2.45, 95% CI 0.99-6.07). Identity Diffusion and Reality Testing were not found significantly associated.

The same procedure was carried out for BPO, with scores in each IPO subscale. In this case, Primitive Defenses, Reality Testing, Aggression, and Moral Values yielded significant results. The highest odds ratio was found for Primitive Defenses (OR 4.67, 95% CI 2.00-10.93) and Aggression (OR 3.98, 95% CI 1.85-8.56) followed by Reality Testing and Moral Values. Although for Identity Diffusion the odds ratio was found high (OR 2.10, 95% CI 0.94-4.68), the result did not get the level of significance. All results are in Table 3.

4. Discussion

This study aimed to explore the relationship of personality organization and self-harming behavior, as well as to study the characteristics, frequency, severity, and functions of NSSI. Results provided evidence of the association between NSSI and PO indicating that characteristics of PO may predict the occurrence of NSSI among adolescents.

All the analyses indicated a positive relation between NSSI and PO although this association differs according to the explanatory model. NSSI was significantly associated with all the subscales measured by the IPO. Although Identity Diffusion is the core of Kernberg's personality organization theory, the effect of the greatest effect of the association is with the Primitive Defenses scale.

Concerning the association between NSSI and PO as a continuous variable, all subscales measured by the IPO explain in some degree self-injurious behavior. As the score on the different scales increased, teens are more likely to self-harm. Previous studies also found a positive correlation between low levels of personality functioning with greater severity of depressive, anxious symptoms, self-harm, and interpersonal problems (Lowyck et al., 2013). The odds that prove this association was small so to determine greater differences, we examined models with PO according to the cut-off points established for the Normal PO and BPO (Biberdzic et al., 2018).

Young people with normal PO were less likely to self-harm than those with pathological PO (neurotic or borderline) in all subscales. Also, this probability is lower than the overall probability for NSSI so, having scores within the range of the Normal PO can be understood as a protective factor. As a consequence, scores above the cut-off point for the Normal PO may represent a risk factor of NSSI.

For the Primitive Defenses subscale, the probability of self-harm was up to 4.7 times for adolescents with Borderline PO. In its antisociative model, Klonsky (2007) relates the use of NSSI with primitive defense mechanisms such as dissociation or depersonalization, which are more present in young people with Borderline PO (Spitzer et al., 2006). The probability of NSSI is 2.9 more for the Reality Testing subscale in BPO. These results are in line with Lowyck et al. (2013) that find the IPO reality testing subscale to be a predictor for self-injurious behavior. For the Aggression subscale, odds for NSSI were 4 times higher for BPO. In Kernberg's model, aggression plays a key role concerning the development of both primitive psychological defenses and identity diffusion (Lenzenweger et al., 2001). Besides, the Gateway theory alludes to a continuum of self-destructive behaviors that share qualities and differ in severity, with NSSI being the less severe pole and consummated suicide, the most serious one (Brausch & Gutierrez, 2010). Even with these theories, it should be noted that aggression is particularly high in adolescents with Normal PO and it increases 3.8 times the odd of R-NSSI. Scores for Moral Values also increased the risk for NSSI, which augmented in 2.5 times for Borderline PO. Moral Values are associated with the superego. High scores in moral values can imply moral rigidity, difficulties to be governed by internal values, and greater dependence on opinions and external evaluations. Research on NSSI functions relates them with regulatory function (Baetens et al., 2012). This could also be true for the Normal PO as adolescence is a key period for the development of the

superego. Finally, although results show an association between NSSI and Identity Diffusion with medium effect size, once the variables were introduced in the explanatory model, the Identity Diffusion subscale did not predict NSSI for BPO. Although Gandhi et al., (2016) found that identity synthesis was negatively related to NSSI while identity confusion was positively related to NSSI, our results are consistent with past research that found the Identity Diffusion subscale was a positive predictor of general symptoms but was not associated with self-injurious behavior (Lowyck et al., 2013).

Regarding the severity, frequency, and characteristics of NSSI different results were found. Twelve months prevalence found in that sample was in the range of previous studies in community samples of adolescents (Muehlenkamp et al., 2012). Focusing on severe NSSI the percentage of self-injuring adolescents drops to 23.0%. According to the definition of the first criteria for NSSI Disorder (APA, 2013), that is five or more incidents in the last 12 months, and considering only severe NSSI, the results would decrease up to 19.3%. Although this behavior is a common problem in society, clarifying the definition about the frequency and severity of the behaviors could contribute to establishing different preventive approaches.

Although several studies refer to gender differences (Giletta, Scholte, Engels, Ciairano, & Prinstein, 2012; Muehlenkamp et al., 2012), our results did not found significantly higher rates in women than in men. Regarding the age of onset, there is a certain consensus that is between 12 and 15 years, but the age of our sample was not found to be significantly higher for the NSSI group. About mental health consultation and medication, individuals who engage in NSSI have more mental health consultations and take medication more often. A concerning result was that about half of the adolescents of the R-NSSI group, did not consult in any mental health center, so about half of self-injuring adolescents are not detected by the mental health system.

Limitations

Although the study has limitations, the sample size of the sample is relatively large, the inclusion of both sexes are strong points. At the methodological level, the cross-sectional design prevents to extract strong causal conclusions about the relations. Moreover, the collection of data through the Internet can introduce biases of selective participation. However, this process may have contributed to higher levels of honesty and participation. Though another limitation is the use of self-reported instruments and subjective evaluations, this method, could facilitate the data collection. Despite these limitations, as far as we know, it is the first study that investigates the relationship between the NSSI and the PO. Although other studies have explored PO and

some other psychopathological variables among which there was self-injurious behavior, no distinction has been made between IPO subscales.

In conclusion, our results highlight the impact of the PO at the beginning of the NSSI and its explanatory value. Understanding these relationships could contribute to the reduction of NSSI.

Ethical standards and informed consent.

All study procedures were following the ethical standards of the responsible committee on human experimentation and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2012). Differences in psychological symptoms and self-competencies in non-suicidal self-injurious Flemish adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(3), 753–759. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.11.001>
- Biberdzic, M., Ensink, K., Normandin, L., & Clarkin, J. F. (2017). Psychometric Properties of the Inventory of Personality Organization for Adolescents. *Adolescent Psychiatry*, 7(2). <https://doi.org/10.2174/2210676607666170607141146>
- Biberdzic, M., Ensink, K., Normandin, L., & Clarkin, J. F. (2018). Empirical typology of adolescent personality organization. *Journal of Adolescence*, 66(April), 31–48. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.04.004>
- Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 233–242. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9482-0>
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F., & Gratz, K. K. L. (2011). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal Of Adolescence*, 34(2), 337–347. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.04.004>
- Chaplo, S. D., Kerig, P. K., Bennett, D. C., & Modrowski, C. A. (2015). The roles of emotion dysregulation and dissociation in the association between sexual abuse and self-injury among juvenile justice-involved youth. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(3), 272–285. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989647>

- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371–394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Ellison, W. D., & Levy, K. N. (2012). Factor structure of the primary scales of the Inventory of Personality Organization in a nonclinical sample using exploratory structural equation modeling. *Psychological Assessment*, 24(2), 503–517. <https://doi.org/10.1037/a0026264>
- Ensink, K., Berthelot, N., Bégin, M., Maheux, J., & Normandin, L. (2017). Dissociation mediates the relationship between sexual abuse and child psychological difficulties. *Child Abuse and Neglect*, 69(March), 116–124. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.017>
- Gandhi, A., Claes, L., Bosmans, G., Baetens, I., Wilderjans, T. F., Maitra, S., ... Luyckx, K. (2016). Non-suicidal self-injury and adolescents attachment with peers and mother: The mediating role of identity synthesis and confusion. *Journal of Child and Family Studies*, 25(6), 1735–1745. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0350-0>
- Giletta, M., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Ciairano, S., & Prinstein, M. J. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Research*, 197(1–2), 66–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.02.009>
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, 206(2–3), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders : psychotherapeutic strategies*. New Haven/London: Yale University Press.
- Kisiel, L. C., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a Mediator of Psychopathology Among Sexually Abused Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158(August), 1034–1039. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1034>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The inventory of personality organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577–591. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577>

- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183–1192. <https://doi.org/10.1017/S003329170700027X>
- Lowyck, B., Luyten, P., Verhaest, Y., Vandeneede, B., & Vermote, R. (2013). Levels of personality functioning and their association with clinical features and interpersonal functioning in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), 320–336. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.3.320>
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-Injurious Behaviour as a Separate Clinical Syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324–333. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for Suicide Attempts Among Adolescents Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury. *Archives of Suicide Research*, 11(1), 69–82. <https://doi.org/10.1080/13811110600992902>
- Nixon, M. K., Cloutier, P., & Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 178(3), 306–312. <https://doi.org/10.1503/cmaj.061693>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Peebles, R., Wilson, J. L., & Lock, J. D. (2011). Self-injury in adolescents with eating disorders: Correlates and provider bias. *Journal of Adolescent Health*, 48(3), 310–313. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.06.017>
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39(9), 1549–1558. <https://doi.org/10.1017/S0033291708005114>
- Selby, E. a., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., & Joiner, T. E. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(2), 167–175. <https://doi.org/10.1037/a0024405>
- Shaffer, D., & Jacobson, C. (2009). Proposal to the DSM-V Childhood Disorder and Mood Disorder Work Groups to Include Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) as a DSM-V disorder. Washington DC.

- Spitzer, C., Barnow, S., Armbruster, J., Kusserow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Borderline Personality Organization and Dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*. <https://doi.org/10.1521/bumc.2006.70.3.210>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4), 725–735. <https://doi.org/10.1080/15374410802359734>
- Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., Dahlström, O., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 759–773. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9712-5>
- Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaş, H. A., Ozturk, M., ... Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(1), 119–126. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2003.01088.x>

Table 1: Comparison of groups on sociodemographic characteristics

	O-NSSI group		R-NSSI group		χ^2/t	p
	n	%	n	%		
Age	16.77±2.69		16.63±2.51		t=-0.37	0.71
Gender						
Female	70	84.3	15	83.3		
Male	13	15.7	3	16.6	$\chi^2= 2.49$	0.11
Academic average	2.31±0.85		2.67±0.90		t= -2.67	0.01*
Academic support						
Yes	14	16.9	5	27.8		
No	69	83.1	13	72.2	$\chi^2= 5.36$	0.02*
Mental health consultation						
Yes	29	35.0	10	55.5		
No	54	65.0	8	44.5	$\chi^2= 10.36$	0.01*
Medication						
Yes	11	13.3	12	66.7		
No	72	86.7	6	33.3	$\chi^2= 8.02$	0.02*

* p<0.05

Table 2: Comparison of IPO subscales between R-NSSI and O-NSSI group

IPO Subscales	R-NSSI		O-NSSI		p	Cohens' d
	Mean	SD	Mean	SD		
Primitive Defenses	41.98	9.27	34.55	9.45	0.00	0.8
Identity Diffusion	81.43	15.39	72.26	15.69	0.00	0.6
Reality Testing	46.83	13.51	37.71	10.97	0.00	0.7
Aggression	31.90	9.05	25.50	6.65	0.00	0.7
Moral Values	20.10	5.44	17.07	4.98	0.00	0.6
Total score	222.24	45.23	187.09	41.79	0.00	0.8

M = mean score; SD = standard deviation; d= Cohen's effect size

Table 3: Binary Logistic regression models

Group ^a	PO (continuous)		BPO		NORMAL	
	OR (95% IC)	p	OR (95% IC)	p	OR (95% IC)	p
Primitive Defenses	1.1 (1.0-1.1)	0.00	4.7 (2.0-10.9)	0.00	2.5 (1.0-6.1)	0.06
Identity Diffusion	1.0 (1.0-1.1)	0.03	2.1 (0.9-4.7)	0.07	2.0 (0.9-4.6)	0.06
Reality Testing	1.1 (1.0-1.1)	0.00	2.9 (1.3-6.4)	0.01	1.8 (0.8-3.9)	0.04
Aggression	1.1 (1.0-1.2)	0.00	4.0 (1.9-8.6)	0.00	3.8 (1.7-8.7)	0.00
Moral Values	1.1 (1.0-1.2)	0.01	2.6 (1.2-5.5)	0.02	2.2 (1.0-4.6)	0.00

Note: a: The reference category is R-NSSI; CI: Confidence interval

V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La presente tesis tiene por objetivo conocer en detalle las conductas autolesivas en adolescentes de la población general, explorando datos de prevalencia y estudiando qué motivaciones hay detrás de las ANS así como qué relación se puede encontrar entre posibles factores de riesgo. Los análisis se han centrado en examinar factores de riesgo ambientales, como distintas adversidades en la infancia, y factores de riesgo personales, como la tendencia a la disociación y si existen características de personalidad específicas detrás de esta conducta.

Más en detalle, el trabajo se enfoca en identificar el peso de diferentes situaciones traumáticas relacionales con las figuras primarias en el inicio y mantenimiento de las ANS y si en esta relación, hay subtipos de disociación que pueden jugar un papel determinante y explicativo. Además, teniendo en cuenta que las ANS son conductas mantenidas en el tiempo y que se dan en adolescentes muy diversos, se investiga si existen disposiciones caracteriales en los adolescentes con ANS que pudieran definirse en una estructura de personalidad específica y si una mayor gravedad de la estructura de personalidad se relaciona con mayores tasas de ANS.

En el primer estudio se realiza una revisión bibliográfica sistemática para conocer los datos más relevantes de los últimos años en este campo de estudio. Los resultados muestran grandes diferencias en las prevalencias encontradas entre los distintos estudios. Esto es debido a las diferencias en la definición de esta conducta y a la diversidad de instrumentos usados en la recogida de datos. La revisión evidencia que se dan comorbilidades con múltiples trastornos y no solo con el TLP y que incluso muchos adolescentes que se autolesionan no consultan en centros de salud mental con lo que quizás no serían diagnosticados de ningún trastorno. Esto pone en evidencia la gran variabilidad de situaciones que acompañan las ANS y que por tanto no es una conducta de fácil comprensión. Entre los factores de riesgo, se identifican situaciones ambientales graves como el abuso sexual pero también otras situaciones que parecerían menos traumáticas como un estilo cognitivo negativo o la percepción de la crítica parental. En este primer estudio, la disociación ya se relaciona con los adolescentes que se autolesionen e incluso se evidencia como un posible mediador de las ANS. Los resultados muestran como los motivos más comunes para las ANS son la reducción del malestar emocional y la regulación emocional aunque algunos adolescentes también refieren intenciones comunicativas y el deseo de influir en los demás. En lo que se refiere al vínculo con el suicidio, muchos estudios identifican las ANS como parte de un contínuum de severidad con los intentos de suicidio donde las ANS serían el polo menos grave y el suicidio consumado el más severo. Otros estudios en cambio, no identifican las ANS como una conducta que se dé antes de un intento de suicidio con lo que no relacionan ambas conductas. Es necesario por tanto explorar más a fondo esta asociación con el suicidio con estudios longitudinales para determinar las relaciones temporales entre estos

comportamientos. Todos estos resultados evidencian datos discordantes en casi todos los focos analizados, desde los datos de prevalencia, hasta los factores de riesgo y comorbilidad con lo que estudiar variables moderadoras o la estructura de personalidad puede permitir un conocimiento más profundo de las ANS.

El segundo estudio, toma como punto de partida los factores de riesgo identificados en el primer estudio. Se examina el papel del abuso sexual, pero no solo este, sino que se tienen en cuenta diferentes situaciones adversas en la infancia que se identifican como precursores de las ANS. Los resultados muestran que los adolescentes con ANS también informan de mayores situaciones traumáticas con sus figuras de apoyo, específicamente en relación a aspectos de negligencia materna y paterna. La negligencia parental se define como el desinterés de los padres en el cuidado material, la salud, el trabajo escolar y las amistades. Estos resultados coinciden con estudios anteriores en los que se identifican, no solo situaciones traumáticas severas como el abuso sexual como precursoras de las ANS sino otras situaciones relacionales desfavorables con las figuras parentales. Respecto a la disociación y a las subescalas de disociación, los adolescentes con ANS también informan de un uso más frecuente de mecanismos disociativos. Son las escalas de despersonalización las que se relacionan más con las ANS. Los resultados de este estudio coinciden con el papel de la disociación como variable explicativa de las ANS mostrando como la subescala de despersonalización aumenta las posibilidades de autolesionarse. Un hallazgo que también coincide con estudios anteriores es el peso de la disociación en la relación con las ANS y las adversidades en la infancia. Examinando las variables en conjunto, la disociación está relacionada con la negligencia de los padres y con las ANS, lo que podría sugerir su papel explicativo entre el trauma y el inicio de las ANS. De hecho, los resultados indican que las experiencias disociativas y los subtipos de disociación están más relacionados con las ANS que los diferentes subtipos de experiencias adversas en la infancia.

El tercer estudio explora la estructura de personalidad y su relación con las ANS y los resultados muestran una relación positiva con las subescalas que valoran la estructura de personalidad. Aunque la difusión de identidad es el núcleo de la teoría de la organización de la personalidad de Kernberg, el mayor efecto es la asociación con la escala de defensas primitivas. Tomando las estructuras de personalidad con su punto de corte y comparando la organización normal de la personalidad normal y la organización límite de la personalidad, los resultados muestran más probabilidad de informar de ANS en adolescentes que puntúan en la organización límite de la personalidad. Viendo en detalle las subescalas, tanto la agresión, como el criterio de realidad, como la escala de defensas primitivas multiplican el riesgo de cometer ANS y por tanto puntuaciones más patológicas en estas subescalas se relacionan con mayores tasas ANS. Entendiendo la disociación como un mecanismo de defensa primitivo, estos resultados encajan

con los obtenidos en el estudio II en relación a la disociación como variable explicativa de las ANS. En conjunto, los resultados del estudio III encajan con estudios anteriores que identifican una asociación positiva entre niveles más bajos de funcionamiento de la personalidad y la conducta autolesiva.

En línea con anteriores estudios (Chiesa et al., 2011) los resultados de esta tesis permiten afirmar que las ANS son algo más que un criterio del TLP y que los adolescentes que inician estas conductas tienen diversas situaciones personales, más allá de trastornos clínicos, lo que apoyaría la idea de que las ANS pudieran considerarse un trastorno diferenciado, y no solo un criterio diagnóstico del TLP.

El estudio I permite resaltar las diferencias que hay en la definición y comprensión de lo que se entiende como ANS. Como hemos comentado, la mayoría de autores coincide en que las ANS se dan junto con otros trastornos, especialmente el TLP aunque otros defienden la entidad del diagnóstico como tal debido a que pueden estar presentes en un individuo en ausencia de diagnóstico de enfermedad mental con lo que se perdería la posibilidad de registrar esta conducta (Wilkinson, 2013). La propuesta de incluir un Trastorno de ANS con criterios diagnósticos específicos, permitiría tener una definición común de la conducta, en cuanto a tipos de autolesiones, número de episodios y severidad. Esta sería una buena opción para que los distintos estudios tuvieran mayores puntos en común y resultados comparables entre sí. Además, permitiría identificar y tratar individuos que no pueden ser diagnosticados de ninguna patología diagnóstica y sin embargo mantienen esta conducta que se evidencia como patológica. Quizás también identificaría sujetos con una estructura de personalidad con tendencia a la patología y la identificación temprana por la presencia de la conducta de ANS implicaría un abordaje temprano de las dificultades y tal vez, una disminución de la patología de la personalidad posterior o al menos, el aumento de los mecanismos de gestión emocional de las dificultades personales.

De hecho, algunos estudios ya tienen en cuenta los criterios diagnósticos del Trastorno de ANS como una forma de organizar los grupos de estudio, aunque muy pocos con la versión final del DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) debido a la falta de consenso. Hay quien cuestiona la necesidad de todos los criterios establecidos, como el criterio B, que establece que las ANS deben darse con al menos una función. Debido a que la mayoría de individuos que presentan ANS informan de al menos una función, algunos autores se preguntan hasta qué punto el criterio B proporciona utilidad diagnóstica en individuos que ya cumplen el criterio A de autolesionarse durante 5 días o más (Brausch, Muehlenkamp, & Washburn, 2016). En el que parece que hay mayor consenso es en este criterio A, que diferenciaría las personas que se

autolesionan de forma esporádica y que no revestirían tanta gravedad, de aquellas que mantienen una conducta constante de ANS y facilitaría un lenguaje común respecto a esta conducta lo que podría aclarar el objeto de estudio. Aun así, aunque el determinar una definición común de la conducta mediante el criterio A contribuiría a mejores estimaciones de prevalencia, habría que consensuar cómo se realiza el cálculo debido a que algunos estudios lo hacen sobre la muestra total del estudio, lo que da valores de cumplimiento de los criterios diagnósticos más bajos (Barrocas et al., 2012) y otros sobre la base del grupo con ANS, lo que da valores de cumplimiento de los criterios diagnósticos más altos (Zetterqvist, Lundh, Dahlström, et al., 2013). Otra divergencia la encontramos en las escalas o los instrumentos a utilizar para valorar el resto de criterios diagnósticos. Para el criterio C (la asociación de las ANS con alguna condición específica) se requieren instrumentos específicos (Manca et al., 2014). Además, los cambios en las versiones, con 4 criterios en la primera propuesta (Shaffer & Jacobson, 2009) hasta la versión final de 6 criterios (American Psychiatric Association, 2013) conlleva la necesidad de estudios actualizados. Todo ello dificulta valorar la prevalencia real de cumplimiento de los criterios diagnósticos del trastorno de ANS en adolescentes de la población general. Entiendo que la inclusión de los criterios diagnósticos es con la intención de definir lo máximo posible la conducta de ANS y por tanto, el criterio B quiere asegurar una función específica de la conducta y descartar las ANS presentes en individuos con el juicio de realidad comprometido. En todo caso, esta es una conducta que, como los pensamientos suicidas, debería explorarse de forma sistemática. Es decir, explorar de forma sistemática entre los adolescentes, la forma de gestión de las emociones y si en esta gestión de las desregulaciones emocionales, llevan a cabo ANS.

En relación a la frecuencia y características de las ANS, los estudios II y III informan de prevalencias similares y estos resultados están en el rango de estudios previos en muestras de población general (Hilt, Cha, et al., 2008; Lloyd-Richardson et al., 2007). En cuanto a las funciones, en el estudio II, las que obtienen puntajes más altos fueron aquellas que tenían como objetivo reducir los estados emocionales negativos, identificadas como funciones de refuerzo automático negativo. Estos resultados son consistentes con los del estudio I y con hallazgos previos que sugieren que los adolescentes usan las ANS como un mecanismo de regulación emocional o fisiológica (ya sea positiva o negativa), en lugar de para influir en otros (Nock & Prinstein, 2004). La mayoría de adolescentes del estudio II informó que se autolesionaba “para sentir algo, incluso si era dolor”, con lo que, en línea con estudios previos y con los resultados del estudio III sobre el criterio de realidad, más de un tercio informa de tener sentimientos de estar muertos o desconectados de la realidad y, por lo tanto, participar en ANS con la intención de sentirse más vivos y recuperar sentimientos de realidad (Klonsky, 2007; Zlotnick et al., 1996). Estas son las razones que los adolescentes que he visto en mi práctica clínica me informan.

Siendo la mayoría mujeres, aunque algunas informan de la intención de influir en los otros, la mayoría refiere sensaciones de estar muertas o desconectadas y las ANS les permiten reconectarse con la realidad. Otras en cambio refieren sentimientos de dolor extremo por situaciones relacionales con lo que las ANS les permiten transformar el dolor mental en dolor físico y por tanto regular el dolor que sienten.

Los resultados de los estudios I y II sobre la crítica parental y las experiencias adversas en la infancia informan de datos similares en cuanto a considerar el peso de otras experiencias traumáticas distintas al abuso sexual en el inicio de las ANS. Como hemos comentado, la negligencia parental engloba la falta de interés en distintos aspectos personales, educativos y relacionales de los hijos. Esta falta de interés puede ser entendida por los adolescentes como un menosprecio de los aspectos que tienen que ver con ellos y en extremo, como una manifestación crítica y devaluada de ellos mismos. Estas conductas de los padres podrían conllevar que los adolescentes introyectarán este estilo relacional devaluativo de su propio bienestar. La literatura en torno al maltrato informa de cómo el desinterés puede conducir a mayor malestar que el propio maltrato. Así, una hipótesis explicativa de la relación entre la negligencia parental y las ANS podría ser que los adolescentes hubieran aprendido el estilo relacional crítico y devaluativo de los padres entorno al desinterés de su propio bienestar y las ANS serían la manifestación extrema de este desinterés.

Los resultados de los estudios II y III, sobre la disociación y las subescalas de la organización de la personalidad coinciden con hallazgos anteriores, en la conceptualización de la disociación como un mecanismo de defensa mediador entre las situaciones traumáticas y las ANS (Kisiel & Lyons, 2001; Zoroglu et al., 2003). El estudio II revela que la despersonalización es la variable que más se relaciona con las ANS y analizando sus subtipos, encontramos que la identidad disociada, definida como la sensación de estar desconectado de partes de uno mismo, aumentó el riesgo de ANS en 2.15 veces. Esto se relaciona con el modelo antisociativo de Klonsky (2007) que enfatiza el papel de las ANS para generar sensaciones corporales y mantener contacto con la realidad así como con los resultados del estudio III en torno a las dificultades en mantener el criterio de realidad. En este último estudio, la probabilidad de ANS aumentó en 2.9 para la escala que mide el Criterio de realidad en los adolescentes con organización límite de la personalidad.

El estudio de la personalidad también permite identificar rasgos caracteriales específicos en los adolescentes que se inician en esta conducta, como son, además de las deficiencias en el criterio de realidad que hemos comentado, altos componentes de agresividad y el mayor uso de

mecanismos defensivos primitivos, como la disociación, entre otros (Lowyck et al., 2013). Estos resultados irían a favor de considerar que los adolescentes que inician ANS tienen características específicas y por tanto apoyaría la idea de conceptualizar las ANS como un trastorno diferenciado. La estrecha relación entre los mecanismos disociativos y las ANS nos lleva a preguntarnos si estas pudieran ser un criterio diagnóstico del Trastorno disociativo al igual que son un criterio diagnóstico del TLP. Podríamos entender que en todo acto autolesivo hay cierto grado de disociación, ya sea física, referida a la disminución o ausencia de dolor, o mental, entendida como la falta de conciencia del perjuicio que implica, con lo que concebir las autolesiones ligadas de forma consistente al Trastorno disociativo tiene sentido. Es posible que este criterio de autolesiones para el Trastorno disociativo no siempre se cumpliera, al igual que no todos los adolescentes con TLP se autolesionan en forma de cortes. Una concepción más amplia y dinámica de la autolesión tiene en cuenta cualquier conducta realizada por el individuo que le perjudique a sí mismo y algunos adolescentes con TLP pueden tener conductas promiscuas, o de consumo de tóxicos o de abandono de estudios que podrían entenderse como autolesiones. Los adolescentes mantienen un aspecto disociado, desde el punto de vista dinámico, del efecto perjudicial que sus conductas tienen. En efecto, uno de los tratamientos que ha demostrado efectividad en el TLP y por tanto en la disminución de las conductas autolesivas desde un punto de vista más amplio que las ANS, está basado en hacer consciente la parte que los adolescentes disocian de sus conductas y de las de los otros significativos, a través de la relación transferencial.

Teniendo en cuenta los resultados de la tesis podemos pensar en implicaciones tanto terapéuticas como de prevención. En relación a las implicaciones terapéuticas, los resultados evidencian la necesidad de ayudar a los adolescentes que se inician en estas conductas desde el principio, sin esperar a que se den varios episodios pues la literatura evidencia que a partir de cinco o más episodios, la conducta puede quedar fácilmente instalada como una forma de gestión de situaciones angustiantes entre otras. Los programas terapéuticos deberían ir enfocados a la comprensión de la dinámica de la autolesión y de sus funciones para así poder focalizar la intervención. Según los resultados del estudio I, principalmente deberían girar en torno a la gestión de las emociones así como a la facilitación de la comunicación emocional o incluso al trabajo de las habilidades sociales.

Sobre el desarrollo de programas de prevención, es necesario que los agentes en contacto con menores, ya sea desde la salud o la educación, puedan intervenir en aquellos adolescentes que han sufrido situaciones traumáticas en la infancia como abusos sexuales o maltrato pero también en aquellos que han podido vivir distorsiones familiares menos graves.

Identificar de forma temprana las interacciones relacionales negativas dentro de la familia puede ayudar a modificar las relaciones familiares y transformarlas en situaciones familiares más positivas. Como hemos visto, el escaso apoyo social de la familia o las deficiencias en la resolución de los problemas se relacionan con el inicio de las ANS por tanto, identificar estas situaciones difíciles puede permitir la intervención para el desarrollo de estrategias más adaptativas antes que los adolescentes inicien las ANS. En la disociación, la prevención puede abordarse desde la conciencia de los procesos disociativos y cuándo los usan los menores, así como trabajar en otras estrategias posibles en lugar de disociarse, como aumentar la tolerancia a los afectos negativos y mejorar la autoobservación y las estrategias de regulación emocional.

Los resultados alrededor de la personalidad, resaltan el impacto de la organización de la personalidad en las ANS así como su valor explicativo para las escalas de defensas primitivas, prueba de realidad y agresividad. Identificar los adolescentes con mayores puntuaciones en esas subescalas y comprender mejor estas relaciones podría contribuir a reducir el número de adolescentes que se inician en esta conducta. La intervención puede abordar el desarrollo de mecanismos más adaptados que los mecanismos de defensa primitivos usados, así como la comprensión y el entrenamiento en estrategias para la regulación emocional y la tolerancia a la frustración, sobre todo como una forma de atenuar el alto componente agresivo encontrado en los adolescentes con ANS.

VI. LIMITACIONES

Aunque interesantes, debemos interpretar los resultados de la tesis con cautela debido a algunas limitaciones de los estudios que forman parte de ella. En primer lugar, a nivel metodológico, el diseño del estudio es transversal lo que implica que no podemos establecer relaciones causales de tiempo, sobre todo en el caso del primer estudio. Por otro lado, el proceso de recopilación de datos a través de internet puede producir un sesgo por la participación selectiva de participantes. Sin embargo, este mismo proceso puede haber llevado a niveles más altos de sinceridad en las respuestas. Aunque solo podemos hablar de asociaciones en lugar de verdaderos factores causales, otras investigaciones, permiten pensar en que esta secuencia parece plausible. En relación a los instrumentos, todos son autoadministrados lo que puede producir sesgos en la percepción de algunas respuestas, sobre todo los instrumentos que evalúan la disociación y las escalas de organización de la personalidad. Aunque el tamaño de la muestra es bueno, debido a la baja frecuencia de algunas de las combinaciones de variables, algunos subgrupos pueden haber tenido tamaños de muestra pequeños. En este sentido, el bajo número de participantes en algunas de las variables puede ser insuficiente para generalizar los resultados encontrados.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones señaladas, nuestros resultados destacan el impacto de las interacciones relacionales negativas dentro de la familia, más allá del abuso sexual y el maltrato, y sugieren posibles mecanismos de mediación entre estos y el comienzo de las ANS. Aclarar estos mecanismos intermedios y focalizarse en identificar los adolescentes con mayores tendencias a la disociación como mecanismo de defensa y sus subtipos podría contribuir a la reducción de las ANS. Así, identificar patrones relacionales intrafamiliares negativos y adolescentes con mayor tendencia a la disociación podría permitir desarrollar intervenciones informativas encaminadas a la prevención de estas conductas pudiendo sustituirlas por otras con menores repercusiones físicas y sociales.

VII. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN

A pesar de que la investigación en torno a las ANS ha crecido en los últimos años, mucho queda por conocer de este fenómeno. Las futuras investigaciones podrían aclarar qué características tienen los adolescentes que no se autolesionan y que presentan los factores de riesgo relacionados con la presencia de ANS. El más significativo podría ser la presencia de abuso sexual en la infancia, y el impacto diferente que tiene en aquellos adolescentes que no inician ANS. Como en la presente tesis, el estudio podría ampliarse a otras formas de trauma menos severas.

Otra línea de investigación podría situarse en estudiar si existen factores que diferencian a aquellos adolescentes que inician ANS y quedan como una conducta esporádica, de aquellos que pasan la barrera y quedan instalados en esta conducta para gestionarse emocionalmente.

Específicamente en relación a la despersonalización se debería aclarar aún más su rol entre el trauma y las ANS. Los trabajos podrían dirigirse en adolescentes con puntuaciones clínicas de disociación así como incorporar otros aspectos como los factores protectores. En la personalidad, sería interesante estudiar qué características protectoras intervienen para que adolescentes con una organización de la personalidad patológica no presenten ANS.

Respecto a la relación entre el suicidio y el inicio de las ANS, son necesarios estudios longitudinales para determinar relaciones temporales y causales entre ambos comportamientos así como qué características tienen los adolescentes que acaban pasando al acto deliberado mortal.

En cuanto a las estrategias terapéuticas, valdría la pena estudiar opciones terapéuticas que incorporen el tratamiento de los trastornos disociativos y el trauma con las ANS. La disociación vinculada al trauma a menudo se relaciona con la desregulación emocional y la impulsividad, aspectos que también se asocian con las ANS. Así, una opción terapéutica que aborde ambos aspectos puede ser beneficiosa y necesita de estudio.

VIII. CONCLUSIONES

Esta tesis presenta los resultados de una revisión sistemática y dos estudios dirigidos a conocer y comprender las ANS en los adolescentes de la población general, analizando tipos y frecuencia de las conductas así como su función y posibles mecanismos psicopatológicos y caracteriales específicos, subyacentes a la conducta de ANS. Resumimos a continuación los resultados más significativos:

1. Las ANS son un fenómeno complejo, con diferente concepción en cuanto a definición de la conducta, severidad y frecuencia. Se pone de manifiesto la multitud de factores de riesgo y comorbilidades que acompañan esta conducta y los resultados diferentes en cuanto a su relación con el suicidio y con otras situaciones traumáticas.
2. Los adolescentes que informan de experiencias traumáticas en la infancia informan de ANS más frecuentemente. Entre estas experiencias, no solo el abuso sexual está relacionado con las ANS sino que la negligencia materna y paterna es la que obtiene mayor significación en relación a las ANS.
3. Se confirma que los adolescentes que obtienen mayores puntuaciones en experiencias disociativas también son los que más ANS presentan. Más específicamente, aquellos que obtienen mayores puntuaciones en la escala de despersonalización.
4. Las experiencias disociativas están más relacionadas con las ANS que la negligencia parental lo que sugiere que la disociación podría tener un papel mediador entre las situaciones traumáticas en la infancia y las ANS.
5. La gravedad patológica en la estructura de personalidad se relaciona con mayores frecuencias de ANS. Más específicamente, el mayor uso de mecanismos de defensa primitivos, mayores componentes de agresividad así como dificultades en la prueba de realidad aumentan la probabilidad de iniciar ANS.

IX. REFERENCIAS

- Achenbach, T.M., 1991. Manual for Child Behavior Checklist 4-18, 1991 Profile. Burlington : University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Albores-Gallo, L., Méndez-Santos, J. L., Xóchitl-García Luna, A., Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C. I., Martínez, O. L., ... Martínez, O. L. (2014). Nonsuicidal self-injury in a community sample of older children and adolescents of Mexico City. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 42(4), 159–168. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25017493>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178(1), 101–105. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.03.019>
- Andrews, T., Martin, G., Hasking, P., & Page, A. (2014). Predictors of onset for non-suicidal self-injury within a school-based sample of adolescents. *Prevention Science : The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 15(6), 850–859. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0412-8>
- Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D. Z., & Smith, S. R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(8), 491–497. <https://doi.org/10.1097/00005053-199708000-00003>
- Auerbach, R. P., Kim, J. C., Chango, J. M., Spiro, W. J., Cha, C., Gold, J., ... Nock, M. K. (2014). Adolescent nonsuicidal self-injury: Examining the role of child abuse, comorbidity, and disinhibition. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 579–584. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.027>
- Baetens, I., Claes, L., Hasking, P., Smits, D., Grietens, H., Onghena, P., & Martin, G. (2015). The Relationship Between Parental Expressed Emotions and Non-suicidal Self-injury: The Mediating Roles of Self-criticism and Depression. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 491–498. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9861-8>
- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., ... Griffith, J. W. (2014). Is Nonsuicidal Self-Injury Associated With Parenting and Family Factors? *The Journal of Early Adolescence*, 34(3), 387–405. <https://doi.org/10.1177/0272431613494006>

- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2012). Differences in psychological symptoms and self-competencies in non-suicidal self-injurious Flemish adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(3), 753–759. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.11.001>
- Baetens, I., Claes, L., Willem, L., Muehlenkamp, J., & Bijttebier, P. (2011). The relationship between non-suicidal self-injury and temperament in male and female adolescents based on child- and parent-report. *Personality and Individual Differences*, 50(4), 527–530. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.11.015>
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F., & Abela, J. R. Z. (2012). Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, 130(1), 39–45. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2094>
- Berghuis, H., Kamphuis, J. H., Boedijn, G., & Verheul, R. (2009). Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73(1), 44–60. <https://doi.org/10.1521/bumc.2009.73.1.44>
- Biberdzic, M., Ensink, K., Normandin, L., & Clarkin, J. F. (2017). Psychometric Properties of the Inventory of Personality Organization for Adolescents. *Adolescent Psychiatry*, 7(2). <https://doi.org/10.2174/2210676607666170607141146>
- Bifulco, A., Bernazzani, O., Moran, P. M., & Jacobs, C. (2005). The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q): Validation in a community series. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 563–581. <https://doi.org/10.1348/014466505X35344>
- Bjarehed, J., Lundh, L.-G., Bjärehed, J., Lundh, L.-G., Bjarehed, J., Lundh, L.-G., ... Lundh, L.-G. (2008). Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(1), 26–37. <https://doi.org/10.1080/16506070701778951>
- Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 233–242. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9482-0>
- Brausch, A. M., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image*. Brausch, Amy M.: Department of Psychology, Northern Illinois University, DeKalb, IL, US, 60115, amybrausch@hotmail.com: Elsevier Science. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.02.001>

- Brausch, A. M., Muehlenkamp, J. J., & Washburn, J. J. (2016). Nonsuicidal self-injury disorder: Does Criterion B add diagnostic utility? *Psychiatry Research*, *244*, 179–184. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.025>
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*(1), 198–202. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.111.1.198>
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W. C., ... Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines*, *55*(4), 337–348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12166>
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., & Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *161*(7), 641–649. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.641>
- Caligor, E., & Clarkin, J. F. (2010). An object relations model of personality and personality pathology. In J. F. Clarkin, P. Fonagy, & G. O. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders. A clinical handbook* (pp. 3–33). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F., & Gratz, K. K. L. (2011). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal Of Adolescence*, *34*(2), 337–347. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.04.004>
- Chaplo, S. D., Kerig, P. K., Bennett, D. C., & Modrowski, C. A. (2015). The roles of emotion dysregulation and dissociation in the association between sexual abuse and self-injury among juvenile justice-involved youth. *Journal of Trauma & Dissociation*, *16*(3), 272–285. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989647>
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(3), 371–394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Chiesa, M., Sharp, R., & Fonagy, P. (2011). Clinical associations of deliberate self-injury and its impact on the outcome of community-based and long-term inpatient treatment for personality disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *80*(2), 100–109.

<https://doi.org/10.1159/000320975>

- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. (F. E. Yeomans, Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Crick, N. R., & Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology*, *15*(3), 719–742. <https://doi.org/10.1017/S095457940300035X>
- Ellison, W. D., & Levy, K. N. (2012). Factor structure of the primary scales of the Inventory of Personality Organization in a nonclinical sample using exploratory structural equation modeling. *Psychological Assessment*, *24*(2), 503–517. <https://doi.org/10.1037/a0026264>
- Evren, C., Evren, B., Bozkurt, M., & Can, Y. (2014). Non-suicidal self-harm behavior within the previous year among 10th-grade adolescents in Istanbul and related variables. *Nordic Journal Of Psychiatry*, *68*(7), 481–487. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.872699>
- Favazza, A. (1987) *Bodies under siege: Self-mutilation in culture and psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, *24*(1), 22-30.
- Favazza, A. R. (2012). Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*, *11*(3), 21–26. Retrieved from http://imn.gcnpublishing.com/fileadmin/cp_archive/pdf/1103/1103CP_Favazza.pdf
- Ford, J. D., & Gómez, J. M. (2015). The Relationship of Psychological Trauma and Dissociative and Posttraumatic Stress Disorders to Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality: A Review. *Journal of Trauma & Dissociation*, *16*(3), 232–271. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989563>
- Giletta, M., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Ciairano, S., & Prinstein, M. J. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Research*, *197*(1–2), 66–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.02.009>
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(10), 2483–2490. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.002>

- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2010). The role of seeing blood in non-suicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology, 66*(4), 466–473. <https://doi.org/10.1002/jclp.20661>
- Gómez, J. M. (2019). High Betrayal Adolescent Sexual Abuse and Nonsuicidal Self-Injury: The Role of Depersonalization in Emerging Adults. *Journal of Child Sexual Abuse, 28*(3), 318–332. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1539425>
- Gratz, Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *The American Journal of Orthopsychiatry, 72*(1), 128–140. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14964602>
- Gratz, K. L. (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 192–205. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg022>
- Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D., & Boergers, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(9), 1062–1069. <https://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00015>
- Haavisto, A., Sourander, A., Multimäki, P., Parkkola, K., Santalahti, P., Helenius, H., ... Almqvist, F. (2005). Factors associated with ideation and acts of deliberate self-harm among 18-year-old boys: A prospective 10-year follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(11), 912–921. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0966-2>
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review, 32*(6), 482–495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2014). A longitudinal person-centered examination of nonsuicidal self-injury among university students. *Journal of Youth and Adolescence, 43*(4), 671–685. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9991-8>
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. Z. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½year longitudinal study. *Psychiatry Research, 186*(1), 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.056>
- Hargus, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2009). Distinguishing between subgroups of adolescents who self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 39*(5), 518–537. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.5.518>
- Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S., Ness, J., & Waters, K. (2012). Repetition

- of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: Findings from the Multicentre Study of Self-Harm in England. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(12), 1212–1219. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x>
- Hawton, K., & Harriss, L. Deliberate self-harm by under-15-year-olds: Characteristics, trends and outcome., 49 *Journal of Child Psychology and Psychiatry* § (2008). Hawton, Keith: Centre for Suicide Research, Department of Psychiatry, University of Oxford, Warneford Hospital, Oxford, United Kingdom, OX3 7JX, keith.hawton@psych.ox.ac.uk: Wiley-Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01852.x>
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: Self report survey in schools in England. *BMJ: British Medical Journal*, 325(7374), 1207–1211. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1207>
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 182(6), 537–542. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.6.537>
- Heath, N. L., Ross, S., Toste, J. R., Charlebois, A., & Nedecheva, T. (2009). Retrospective analysis of social factors and nonsuicidal self-injury among young adults. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 41(3), 180–186. <https://doi.org/10.1037/a0015732>
- Hilt, L. M., Cha, C. B., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: Moderators of the distress-function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 63–71. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.63>
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal Study of Nonsuicidal Self-Injury Among Young Adolescents: Rates, Correlates, and Preliminary Test of an Interpersonal Model. *Journal of Early Adolescence*, 28(3), 455–469. <https://doi.org/10.1177/0272431608316604>
- Hintikka, J., Tolmunen, T., Rissanen, M.-L., Honkalampi, K., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2009). Mental disorders in self-cutting adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(5), 464–467. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.10.003>
- Hulbert, C., & Thomas, R. (2010). Predicting self-injury in BPD: An investigation of the experiential avoidance model. *Journal of Personality Disorders*, 24(5), 651–663. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.5.651>

- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363–375. <https://doi.org/10.1080/15374410801955771>
- Jeppson, J. E., Richards, P. S., Hardman, R. K., & Granley, H. Mac. (2003). Binge and Purge Processes in Bulimia Nervosa: A Qualitative Investigation. *Eating Disorders*, 11(2), 115–128. <https://doi.org/10.1080/10640260390199307>
- Joiner, T. E. (2005). *Why People Die By Suicide*. Harvard University Press, Cambridge (GB).
- Kadziela-Olech, H., Zak, G., Kalinowska, B., Wagrocka, A., Perestret, G., Bielawski, M. M., ... Bielawski, M. M. (2015). The prevalence of Non-suicidal Self-Injury (NSSI) among high school students in relation to age and sex. *Psychiatria Polska*, 49(4), 765–778. <https://doi.org/10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/3>
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, 206(2–3), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Resch, F., Bifulco, A., & Brunner, R. (2011). Childhood Experiences of Care and Abuse (CECA). *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 39(4), 243–252. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000115>
- Karpel, M. G., & Jerram, M. W. (2015). Levels of Dissociation and Nonsuicidal Self-Injury: A Quartile Risk Model. *Journal of Trauma and Dissociation*, 16(3), 303–321. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989645>
- Kernberg, O. F. (1976). *Object relation theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders : psychotherapeutic strategies*. New Haven/ London: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (2004). Borderline personality disorders and borderline personality organization: Psychopathology and psychotherapy. In J. J. Maganvita (Ed.), *Handbook of personality disorders. Theory and Practice* (pp. 92–119). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Inc.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2nd ed., pp.

- 114–156). New York: The Guilford Press.
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 39(4), 226–235. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21769746>
- Kisiel, L. C., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a Mediator of Psychopathology Among Sexually Abused Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158(August), 1034–1039. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1034>
- Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 166–170. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.030650>
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Psychosocial risk and protective factors. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (pp. 45–58). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Klonsky, E. D. & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63(11). <https://doi.org/10.1002/jclp.20412>
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501–1508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447–457. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-7262-z>
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The inventory of personality organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577–591. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577>
- Liu, X., Chen, H., Bo, Q.-G., Fan, F., & Jia, C.-X. (2017). Poor sleep quality and nightmares are associated with non-suicidal self-injury in adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(3), 271–279. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0885-7>

- Lloyd-Richardson, E. E., Kelley, M. L., & Hope, T. (1997). Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. *Poster Session Presented at the Annual Meeting of the Society for Behavioral Medicine, April.*
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine, 37*(8), 1183–1192. <https://doi.org/10.1017/S003329170700027X>
- Lowyck, B., Luyten, P., Verhaest, Y., Vandeneede, B., & Vermote, R. (2013). Levels of personality functioning and their association with clinical features and interpersonal functioning in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 27*(3), 320–336. <https://doi.org/10.1521/pepi.2013.27.3.320>
- Lundh, L.-G., Wångby-Lundh, M. M., & Bjärehed, J. Deliberate self-harm and psychological problems in young adolescents: Evidence of a bidirectional relationship in girls., 52 *Scandinavian Journal of Psychology* § (2011). Lundh, Lars-Gunnar: Department of Psychology, Lund University, Box 213, Lund, Sweden, SE-221 00, Lars-Gunnar.Lundh@psychology.lu.se: Wiley-Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2011.00894.x>
- Manca, M., Presaghi, F., & Cerutti, R. (2014). Clinical specificity of acute versus chronic self-injury: Measurement and evaluation of repetitive non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research, 215*(1), 111–119. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.010>
- Martin, G., & Swannell, S. (2016). Non-suicidal Self-injury in the Over 40s: Results from a Large National Epidemiological Survey. *Epidemiology: Open Access, 6*(5), 1–8. <https://doi.org/10.4172/2161-1165.1000266>
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-Injurious Behaviour as a Separate Clinical Syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*(2), 324–333. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Muehlenkamp, J. J., Ertelt, T. W., Miller, A. L., & Claes, L. (2011). Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(2), 148–155. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02305.x>
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-

- injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(1), 12–23. <https://doi.org/10.1521/suli.34.1.12.27769>
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for Suicide Attempts Among Adolescents Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury. *Archives of Suicide Research*, 11(1), 69–82. <https://doi.org/10.1080/13811110600992902>
- Muehlenkamp, J. J., Kerr, P. L., Bradley, A. R., & Adams Larsen, M. (2010). Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 258–263. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181d612ab>
- Nilsson, D., & Svedin, C. G. G. (2006). Dissociation Among Swedish Adolescents and the Connection to Trauma: An evaluation of the Swedish version of adolescent dissociative experience scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(9), 684–689. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000235774.08690.dc>
- Nixon, Mary K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-Injury in Hospitalized Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1333–1341. <https://doi.org/10.1097/00004583-200211000-00015>
- Nixon, Mary K, Cloutier, P., & Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 178(3), 306–312. <https://doi.org/10.1503/cmaj.061693>
- Nock, M. K. (2009). Why Do People Hurt Themselves? *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., Prinstein, M. J., JOINERJR, T., ... Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>

- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 140–146. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.140>
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry, 140*, 867-872.
- Peebles, R., Wilson, J. L., & Lock, J. D. (2011). Self-injury in adolescents with eating disorders: Correlates and provider bias. *Journal of Adolescent Health, 48*(3), 310–313. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.06.017>
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine, 39*(9), 1549–1558. <https://doi.org/10.1017/S0033291708005114>
- Prinstein, M. J., Heilbron, N., Guerry, J. D., Franklin, J. C., Rancourt, D., Simon, V., & Spirito, A. (2010). Peer Influence and Nonsuicidal Self Injury: Longitudinal Results in Community and Clinically-Referred Adolescent Samples. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*(5), 669. <https://doi.org/10.1007/S10802-010-9423-0>
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative phenomena. In *Dissociative disorders: A clinical review*. (pp. 1–16). Baltimore, MD, US: The Sidran Press.
- Renaud, J., Berlim, M. T., McGirr, A., Tousignant, M., & Turecki, G. (2008). Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: A case-control study. *Journal of Affective Disorders, 105*(1–3), 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.05.013>
- Riley, E. N., Combs, J. L., Jordan, C. E., & Smith, G. T. (2015). Negative Urgency and Lack of Perseverance: Identification of Differential Pathways of Onset and Maintenance Risk in the Longitudinal Prediction of Nonsuicidal Self-Injury. *Behavior Therapy, 46*(4), 439–448. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.03.002>
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 31*(1), 67–77. <https://doi.org/10.1023/A:1014089117419>
- Selby, E. a., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., & Joiner, T. E. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 3*(2), 167–175. <https://doi.org/10.1037/a0024405>

- Shaffer, D., & Jacobson, C. (2009). *Proposal to the DSM-V Childhood Disorder and Mood Disorder Work Groups to Include Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) as a DSM-V disorder*. Washington DC.
- Shearer, S. L. (1994). Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(9), 524–526. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8083682>
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet (London, England)*, 366(9495), 1471–1483. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3)
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2009). The Future of Personality Disorders in DSM-V? *American Journal of Psychiatry*, 166(4), 388–391. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010090>
- Sourander, A., Aromaa, M., Pihlakoski, L., Haavisto, A., Rautava, P., Helenius, H., & Sillanpää, M. (2006). Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *Journal of Affective Disorders*, 93(1–3), 87–96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.02.015>
- Spitzer, C., Barnow, S., Armbruster, J., Kusserow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Borderline Personality Organization and Dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*. <https://doi.org/10.1521/bumc.2006.70.3.210>
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., Hazell, P., Taylor, A., & Protani, M. (2012). Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse & Neglect*, 36(7–8), 572–584. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.05.005>
- Taliaferro, L. A., Muehlenkamp, J. J., Borowsky, I. W., McMorris, B. J., & Kugler, K. C. (2012). Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: a population-based sample. *Academic Pediatrics*, 12(3), 205–213. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.01.008>
- Tang, J., Ma, Y., Guo, Y., Ahmed, N. I., Yu, Y., & Wang, J. (2013). Association of aggression and non-suicidal self injury: a school-based sample of adolescents. *PLoS ONE*, 8(10), e78149. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078149>
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal Analysis of Adolescent NSSI: The Role of Intrapersonal and Interpersonal Factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 885–896. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9837-6>
- Taylor, B. (2003). Exploring the perspectives of men who self-harm. *Learning in Health and Social Care*, 2(2), 83–91. <https://doi.org/10.1046/j.1473-6861.2003.00042.x>

- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clinica*, *135*(11), 507–511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, *148*(12), 1665–1671. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1665>
- Van Ree, J. M., Niesink, R. J., Van Wolfswinkel, L., Ramsey, N. F., Kornet, M. M., Van Furth, W. R., Vanderschuren, L. J., Gerrits, M. A. Van den Berg, C. L. (2000). Endogenous opioids and reward. *European Journal of Pharmacology*, *405*(1–3), 89–101. [https://doi.org/10.1016/s0014-2999\(00\)00544-6](https://doi.org/10.1016/s0014-2999(00)00544-6)
- Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation : theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Wan, Y.-H., Hu, C.-L., Hao, J.-H., Sun, Y., & Tao, F.-B. (2011). Deliberate self-harm behaviors in Chinese adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *20*(10), 517–525. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0213-1>
- Wan, Y., Chen, J., Sun, Y., & Tao, F. (2015). Impact of Childhood Abuse on the Risk of Non-Suicidal Self-Injury in Mainland Chinese Adolescents. *PloS One*, *10*(6), e0131239. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131239>
- Weismore, J. T., & Esposito-Smythers, C. (2010). The role of cognitive distortion in the relationship between abuse, assault, and non-suicidal self-injury. *Journal of Youth and Adolescence*, *39*(3), 281–290. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9452-6>
- Whitlock, J. (2010). Self-injurious behavior in adolescents. *PLoS Medicine*, *7*(5), e1000240. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000240>
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, *117*(6), 1939–1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *37*(4), 725–735. <https://doi.org/10.1080/15374410802359734>
- Wichstrøm, L. (2009). Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: Similar or different? *Archives of Suicide Research*, *13*(2), 105–122. <https://doi.org/10.1080/13811110902834992>

- Wilkinson, P. (2013). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry, 22 Suppl 1*, S75-9. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0365-7>
- Williams, F., & Hasking, P. (2010). Emotion Regulation, Coping and Alcohol Use as Moderators in the Relationship Between Non-Suicidal Self-Injury and Psychological Distress. *Prevention Science, 11*(1), 33–41. <https://doi.org/10.1007/s11121-009-0147-8>
- Yates, T. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology, 20*(2), 651–671. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000321>
- Yates, T. M., Tracy, A. J., & Luthar, S. S. (2008). Nonsuicidal self-injury among “privileged” youths: Longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 52–62. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.52>
- You, J., Leung, F., Fu, K., & Lai, C. M. (2011). The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents. *Archives of Suicide Research, 15*(1), 75–86. <https://doi.org/10.1080/13811118.2011.540211>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Ridolfi, M. E., Jager-Hyman, S., Hennen, J., & Gunderson, J. G. (2006). Reported Childhood Onset of Self-Mutilation Among Borderline Patients. *Journal of Personality Disorders, 20*(1), 9–15. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.1.9>
- Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9*.
- Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., Dahlström, O., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*(5), 759–773. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9712-5>
- Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., & Svedin, C. G. (2013). A comparison of adolescents engaging in self-injurious behaviors with and without suicidal intent: self-reported experiences of adverse life events and trauma symptoms. *Journal of Youth and Adolescence, 42*(8), 1257–1272. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9872-6>
- Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., & Svedin, C. G. (2014). A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: Support for a specific distress-function relationship. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 8*, 23. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-23>
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The

relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 12–16. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8770520>

Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaş, H. A., Ozturk, M., ... Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(1), 119–126. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2003.01088.x>

X. ANEXOS

Anexo 1: Propuesta de criterios diagnósticos del trastorno de ANS (Shaffer & Jacobson, 2009)

- A. En el último año, el individuo, en 5 o más días, se ha involucrado en un daño autoinfligido intencional en la superficie de su cuerpo, de un tipo que probablemente induzca sangrado, hematomas o dolor (p. Ej., Cortar, arder, apuñalar, golpear, frotar excesivamente), para fines no socialmente sancionados (p. ej., perforaciones en el cuerpo, tatuajes, etc.), pero se realizan con la expectativa de que la lesión solo ocasionará daños físicos menores o moderados. La ausencia de intención suicida es informada por el paciente o puede inferirse por el uso frecuente de métodos que el paciente sabe, por experiencia, que no tiene potencial letal. (Cuando no esté seguro, codifique con NOS 2.) El comportamiento no es de naturaleza común y trivial, como pellizcarse una herida o morderse las uñas.
- B. La lesión intencional está asociada con al menos 2 de los siguientes:
1. Sentimientos o pensamientos negativos, como depresión, ansiedad, tensión, enojo, angustia generalizada o autocrítica, que ocurren en el período inmediatamente anterior al acto autoagresivo.
 2. Antes de participar en el acto, se da un período de preocupación con el comportamiento previsto que es difícil de resistir.
 3. La necesidad de autolesionarse ocurre con frecuencia, aunque puede que no se actúe de esa manera.
 4. La actividad se realiza con un propósito; esto podría ser alivio de un estado cognitivo/sentimiento negativo o dificultad interpersonal o inducción de un estado de sentimiento positivo. El paciente anticipa que esto ocurrirá durante o inmediatamente después de la autolesión.
- C. El comportamiento y sus consecuencias causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas de funcionamiento interpersonales, académicas u otras áreas importantes.
- D. El comportamiento no ocurre exclusivamente durante estados de psicosis, delirio o intoxicación. En individuos con un trastorno del desarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipos repetitivos. El comportamiento no puede explicarse por otro trastorno mental o médico (es decir, trastorno psicótico, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental, síndrome de Lesch-Nyhan).

Anexo 2: Criterios diagnósticos del trastorno ANS según el DSM 5

A. En el último año, el individuo, en 5 días o más, se ha involucrado en un daño autoinfligido intencional en la superficie de su cuerpo de un tipo que probablemente induzca sangrado, moretones o dolor (p. Ej., Cortar, arder, apuñalar, golpear y frotar excesivamente), con la expectativa de que la lesión solo ocasionará daños físicos menores o moderados (es decir, no hay intención suicida). Nota: La ausencia de intención suicida ha sido establecida por el individuo o puede inferirse por el compromiso repetido del individuo en un comportamiento que el individuo sabe, o ha aprendido, que no es probable que resulte en la muerte.

B. El individuo se involucra en el comportamiento auto agresivo con una o más de las siguientes expectativas:

(1) para obtener alivio de un sentimiento negativo o estado cognitivo,

(2) para resolver una dificultad interpersonal,

(3) para inducir un estado de sentimiento positivo.

Nota: El alivio o respuesta deseada se experimenta durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede mostrar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de participar repetidamente en él.

C. La autolesión intencional se asocia con al menos uno de los siguientes:

(1) dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, como depresión, ansiedad, tensión, enojo, angustia generalizada o autocrítica, que ocurren en el período inmediatamente anterior al acto auto agresivo,

(2) antes de participar en el acto, un período de preocupación por el comportamiento intencional que es difícil de controlar,

(3) pensar en la autolesión que ocurre con frecuencia, incluso cuando es no actuado sobre.

D. El comportamiento no está sancionado socialmente (por ejemplo, piercing en el cuerpo, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural) y no está restringido a elegir una costra o morderse las uñas.

E. El comportamiento o sus consecuencias causan angustia o interferencia clínicamente significativa en áreas de funcionamiento interpersonales, académicas u otras áreas

importantes.

- F. El comportamiento no ocurre exclusivamente durante episodios psicóticos, delirio, intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipos repetitivos. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o condición médica (p. Ej., Trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno del movimiento estereotipado con autolesiones, tricotilomanía [trastorno del estiramiento del pelo] y excoriación [trastorno de la piel]).

Anexo 3: Información facilitada a los padres**Information sur la tenue d'une recherche à l'école de votre jeune âgé de plus de 14 ans**

« Validation d'instruments de dépistage et d'évaluation d'adolescents et de jeunes adultes présentant un trouble de la personnalité »

Madame, Monsieur,

La présente vise à vous informer de la tenue d'une recherche menée par des chercheuses de l'Université Laval qui porte sur le développement de la personnalité à l'adolescence. L'école secondaire que fréquente votre jeune a accepté de participer à cette étude. Dans un premier temps, laissez-vous vous présenter la recherche.

La recherche est dirigée par les professeures Lina Normandin, Ph.D., et Karin Ensink, Ph.D., de l'École de psychologie de l'Université Laval. Un groupe d'étudiants-chercheurs de niveau doctoral est aussi associé à la recherche. La professeure Normandin est également responsable de l'Unité de recherche et d'intervention auprès des enfants et des adolescents de l'École de psychologie. Le groupe de recherche s'intéresse au développement de l'enfant et de l'adolescent et plus particulièrement aux aspects qui contribuent à ce qu'un adolescent développe des difficultés émotionnelles ou de personnalité plutôt qu'un autre qui lui évoluera sans difficulté.

Objectif de la recherche

L'objectif de la recherche est donc de documenter différents aspects de la période de l'adolescence et du début de l'âge adulte (p. ex. amitiés, relations avec la famille, relations amoureuses, préoccupations, symptômes, etc.), et d'élaborer un protocole de questionnaires et d'entrevues qui permettraient de dépister tôt les adolescents qui pourraient présenter des difficultés. Bref, la participation de votre jeune permettrait à l'équipe de recherche de mieux comprendre et aider les adolescents ou les jeunes adultes pour qui cette période est particulièrement difficile.

Attentes des participants

La participation à cette recherche consistera essentiellement à répondre à une série de questionnaires, résoudre sur un ordinateur quelques situations sociales inoffensives et à exécuter quelques tâches attentionnelles informatisées.

Procédure pour participer

Étant donné que le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval a reconnu qu'un adolescent de plus de 14 ans pouvait consentir seul à participer à cette étude, il ne vous est pas demandé votre consentement. Par ailleurs, il est important que vous sachiez ce qui lui sera demandé. Notamment, il devra se rendre sur une page WEB du Laboratoire des chercheurs à l'adresse suivante : www.rechercheado.ulaval.ca. Il devra signer un formulaire de consentement personnel et mentionner une adresse courriel valide afin qu'il reçoive par retour de courriel une confirmation de son inscription, une confirmation de son consentement, les directives pour se désinscrire de l'étude en tout temps s'il le souhaitait et une clé-numérique individuelle pour accéder à la plate-forme PIANO, soit un site internet institutionnel sécurisé où se trouve les questionnaires et les tâches informatisées qu'il aura à remplir.

Compensation pour participation

Afin de remercier votre jeune du temps consacré à la recherche, il aura la chance de gagner l'un des 100 certificats-cadeaux d'une valeur de 50\$ valides dans plusieurs centres commerciaux de la région. Le nombre de chances qu'il se verra attribuer correspondra aux nombres d'items répondus.

Si votre jeune est le gagnant d'un certificat-cadeau, il sera contacté à l'adresse courriel qu'il nous aura fournie. Il devra dès lors nous fournir une adresse postale afin qu'on lui fasse parvenir son certificat-cadeau.

Risques et inconfort associés à la participation

La présente recherche ne comporte aucun risque pour la santé ou la sécurité de votre jeune. Par ailleurs, il pourrait être amené à réfléchir sur lui-même et à se questionner créant ainsi un certain inconfort. Par conséquent, les chercheurs ont

convenu avec la direction de l'école que des chercheurs-étudiants de l'équipe de recherche se présenteront dans les classes au cours des prochaines semaines pour présenter la recherche, ses buts, ses objectifs ainsi que les inconvénients possibles qu'elle pourrait engendrer et finalement pour les guider sur le site WEB du Laboratoire et la plate-forme PIANO. Les professeurs, quant à eux, porteront une attention particulière pendant la durée de l'étude et au-delà de celle-ci. Une liste de services d'aide gratuit est également présentée sur notre site internet (www.rechercheado.ulaval.ca). Un support de l'équipe de recherche sera aussi offert à votre jeune en l'invitant à parler à une personne responsable ou en adressant un courriel aux chercheurs qui sauront l'orienter vers les ressources adéquates. Nous tenons également à vous mentionner que l'équipe de recherche sera disponible à répondre à vos questions à tout moment.

Coordonnées des chercheuses-responsables

Si vous avez des questions, commentaires ou critiques en lien avec le présent projet de recherche, nous vous invitons à contacter l'une ou l'autre des professeures responsables de la présente recherche dont les coordonnées se retrouvent à la fin du présent document.

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration.

Lina Normandin, Ph.D.
Professeure
École de psychologie
Université Laval
Tél : (418) 656-2131 poste : 5686
Courriel : Lina.Normandin@psy.ulaval.ca

Karin Ensink, Ph.D.
Professeure
École de psychologie
Université Laval
(418) 656-2131 poste : 12493
Karin.Ensink@psy.ulaval.ca

Anexo 4: Consentimiento informado adolescentes**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉLECTRONIQUE
D'ADOLESCENTS ÂGÉS DE 14 à 18 ANS****Titre de la recherche**

*« Validation d'instruments de dépistage et d'évaluation
d'adolescents et de jeunes adultes présentant un trouble de la personnalité »*

Présentation des chercheurs

Cette étude fait partie d'un programme de recherche plus large intitulé : « Élaboration et validation de protocoles de dépistage, d'évaluation et d'intervention auprès d'adolescents et de jeunes adultes présentant un trouble de la personnalité ». Le programme de recherche est dirigé par les professeures Lina Normandin, Ph.D., et Karin Ensink, Ph.D., de l'École de psychologie de l'Université Laval. Elles sont responsables du Laboratoire de recherche et d'intervention auprès d'enfants et d'adolescents.

Quel est le but de cette étude?

Cette recherche porte principalement sur l'adolescence et sur ce qui fait que certains traversent cette période sans difficulté et d'autres avec beaucoup plus d'ennuis. Différents aspects de l'adolescence seront explorés tels l'impulsivité, le tempérament, l'estime de soi, la présence de différents symptômes ou comportements typiques, les relations familiales, amoureuses et d'amitié et s'il s'est passé des événements traumatiques dans l'enfance. Vous devrez indiquer jusqu'à quel point chaque question décrit votre façon de penser, de vous comporter ou de réagir. Votre participation permettra de mieux comprendre la période de l'adolescence et aidera à mettre en place des interventions adaptées aux adolescents qui ont besoin d'aide durant cette période parfois difficile. Il vous sera aussi proposé, quelques mois après votre participation à cette recherche, de compléter à nouveau les questionnaires afin de vérifier la stabilité des réponses que vous nous aurez fournies. Finalement, en raison de l'importance que nous accordons aux données que vous fournirez, nous vous demanderons, dans un

second formulaire, si vous acceptez qu'elles soient conservées et utilisées aussi pour d'autres recherches, pendant une période de 15 ans. Vous pouvez participer au présent projet, peu importe si vous acceptez ou refusez qu'on conserve vos données pour d'autres recherches. Si vous refusez la participation à la banque, les données seront détruites au plus tard à l'automne 2019.

Qui peut répondre?

Pour participer, vous devez être âgé d'au moins 14 ans.

Combien de temps cela prendra-t-il ?

Il vous faudra environ une heure trente pour répondre à toutes les questions. Vous devez lire chaque question et cliquer sur la réponse qui correspond le mieux à votre situation. En cas de besoin, vous pourrez aussi sauvegarder vos réponses et terminer d'y répondre à un autre moment en entrant à nouveau votre code d'accès.

Est-ce confidentiel et sécuritaire?

Pour accéder aux questionnaires situés sur la plate-forme PIANO, vous devrez vous inscrire et indiquer un mot de passe dont vous serez le seul à connaître. De plus, le système informatique génère automatiquement un numéro de code personnel et procède à une opération qui permet de sauvegarder séparément dans des fichiers codés les informations personnelles et les réponses aux différents questionnaires. Seules les chercheuses responsables de la recherche, soit les deux chercheuses principales, seront en mesure de lier le numéro de code aux informations personnelles. La liste des numéros de code sera rangée dans un classeur sous clé situé dans un local verrouillé à accès restreint à l'École de psychologie de l'Université Laval. La recherche est donc confidentielle puisqu'il n'y aura aucun moyen pour l'équipe chargée d'analyser les données de faire des liens entre les informations personnelles et votre code.

Quels sont les avantages à participer?

Habituellement, les gens aiment répondre à ce genre de questionnaires. Cela leur donne l'occasion de réfléchir sur eux-mêmes et sur leur vie sans être jugés. Participer à cette recherche permettra de mieux comprendre la période de l'adolescence sous plusieurs aspects, tant pour les adolescents qui vont bien que pour ceux qui vont moins bien. De plus, vous courez la chance de gagner un des 100 certificats-cadeaux d'une valeur de

50\$ échangeable dans des magasins à rayons de la région. Le nombre de chances que vous obtiendrez sera proportionnel au nombre de questions complétées. Un premier tirage de 60 certificats aura lieu dès que nous aurons accumulés 1 000 participants et un second tirage aura lieu lorsque nous aurons atteint 2 000 participants. Plus rapidement vous répondez aux questionnaires, meilleures seront vos chances de gagner.

Suis-je tenu de participer ?

Vous êtes complètement libre de participer à cette recherche. À tout moment, vous pouvez cesser de participer peu importe la raison. Vous n'aurez qu'à presser sur le bouton «Quitter le sondage» qui apparaîtra au bas de l'écran.

Quels sont les risques associés à ma participation?

Vous ne courez aucun risque à participer à cette étude. Toutefois, certaines questions portent sur des sujets plus sensibles, comme par exemple les expériences traumatiques vécues dans l'enfance. Cela peut vous rappeler des souvenirs troublants ou produire des réactions désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à contacter la psychologue scolaire, le psycho-éducateur ou un autre intervenant en qui vous avez confiance dans votre école. Ils sont au courant de la recherche et sont disponibles pour vous écouter. Une liste de services d'aide gratuit est également présentée sur notre site internet et vous pouvez aussi contacter les responsables de l'étude qui pourront vous orienter vers les services les plus appropriés à votre situation.

Une dernière conséquence négative associée à votre participation à ce projet est le temps requis pour compléter les questionnaires. Par contre, il vous sera possible de sauvegarder vos réponses à tout moment et d'y revenir plus tard en entrant votre mot de passe personnel.

Est-ce que je pourrais connaître les résultats de l'étude?

Un résumé des résultats de la recherche sera disponible sur le site web de l'étude à l'adresse www.rechercheado.ulaval.ca.

Avez-vous des questions?

Si vous avez des questions à propos de cette recherche, vous pouvez contacter Lina Normandin, Ph.D., chercheure principale de la présente étude au 418-656-2131, poste 5686 ou Karin Ensink, Ph.D., cochercheure de l'étude au 418-656-2131, poste 12493.

Pour toute plainte ou critique concernant le projet, vous pouvez aussi contacter l'Ombudsman de l'Université Laval à l'adresse suivante : info@ombudsman.ulaval.ca ou au numéro de téléphone suivant : (418) 656-3081 ou sur la ligne sans frais au 1-866-323-2271.

Ce projet a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval: N° d'approbation 2013-201 / 14-03-2014.

En cliquant sur ce bouton, vous indiquez que:

- **Vous avez lu ce formulaire,**
- **Vous êtes âgé entre 14 et 18 ans,**
- **Vous consentez à participer à cette étude**

Oui, je veux participer

Non, je désire retourner à la page d'accueil

Esta Tesis Doctoral ha sido defendida el día ____ d_____ de 201__

En el Centro_____

de la Universidad Ramon Llull, ante el Tribunal formado por los Doctores y Doctoras
abajo firmantes, habiendo obtenido la calificación:

Presidente/a

Vocal

Vocal *

Vocal *

Secretario/a

Doctorando/a

(*): Sólo en el caso de tener un tribunal de 5 miembros