







N Calvo^{1, 2, 3, 4, 5*} 
J Lugo-Marín^{1, 3} 
A Garcia-Martínez¹
T Alonzo-Castillo¹
S Ferrer¹
M Oriol-Escudé¹ 
C Pérez-Galbarro¹ 
J-A Ramos-Quiroga^{1, 2, 3, 4, 5} 
M Ferrer^{1, 2, 3, 4, 5} 

1 Servicio de Salud Mental. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

2 Grupo de Psiquiatría, Salud Mental y Adicciones, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR). Barcelona, España.

3 Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), España.

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

5 Grup TLP Barcelona, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Natalia Calvo

Correo: natalia.calvo@vallhebron.cat

¿Existe una posible asociación entre la versatilidad de métodos autolesivos no suicidas en la adolescencia y adultez temprana y antecedentes de maltrato infantil?

Is there an association between child abuse and the versatility of self-harm methods in adolescence and early adulthood?

RESUMEN

Introducción: Uno de los factores de riesgo específicos más frecuentemente asociados con el desarrollo de autolesiones no suicidas (ANS) en la adolescencia y adultez temprana es el maltrato infantil.

Objetivos: En primer lugar, examinar las diferencias en la frecuencia y versatilidad (método único vs. combinado) de ANS en dos grupos de pacientes (adolescentes vs. adultos jóvenes). En segundo lugar, examinar las diferencias en las experiencias de trauma infantil autoinformadas en dos grupos de pacientes (adolescentes vs. adultos jóvenes). En tercer lugar, examinar las diferencias en las experiencias de trauma infantil autoinformadas en dos grupos de pacientes con ANS según la versatilidad del método autolesivo (método único vs. combinado). **Material y métodos:** La muestra estuvo formada por 284 pacientes ambulatorios que acudieron a las consultas externas de un hospital general (86,6% mujeres, edad media = 19,29 años, DE = 3,32) y fueron divididos

ABSTRACT

Introduction: One of the specific risk factors most frequently associated with the development of non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescence and early adulthood is childhood maltreatment. **Objectives:** First, to examine differences in the frequency and versatility (single vs. combined method) of NSSI in two groups of patients (adolescents vs. young adults). Second, to examine differences in self-reported childhood trauma experiences in two groups of patients (adolescents vs. young adults). Third, to examine differences in self-reported childhood trauma experiences in two groups of patients with NSSI according to the versatility of the self-injury method (single vs. combined method). **Material and methods:** 284 outpatients (86.6% women, mean age = 19.29 years, SD = 3.32) were divided into two age groups: adolescents from 12 to 18 years (n= 127; 44.7% of the total sample), and young

en dos grupos de edad: adolescentes de 12 a 18 años (n= 127; 44,7% de la muestra total), y adultos jóvenes de 19-25 años (n=157; 55,3%). **Resultados:** No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia y versatilidad de las autolesiones en los dos grupos de pacientes (adolescentes vs. jóvenes) así como tampoco diferencias en las experiencias de trauma infantil autoinformadas en los grupos de pacientes según la versatilidad del método autolesivo. No obstante, si se objetivó que los adultos jóvenes reportaron mayores puntuaciones de trauma infantil autoinformado en comparación con los adolescentes. **Conclusiones:** Se necesitan estudios futuros para la detección de factores de vulnerabilidad temprana y poder así mejorar el uso de intervenciones psicoterapéuticas más efectivas para el manejo clínico de las autolesiones no suicidas.

Palabras clave: Autolesiones No Suicidas (ANS), Maltrato Infantil (MI), métodos de ANS, subtipos de Maltrato Infantil.

INTRODUCCIÓN

Las autolesiones no suicidas (ANS) se definen como el daño autoinfligido intencionalmente en la superficie del cuerpo con la expectativa de provocar daño físico moderado, en ausencia de intención suicida (1). En la CIE-11 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud) (2), las ANS existen a nivel de síntoma mientras que, en el DSM-5-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (3), se introduce como una categoría diagnóstica que precisa más estudio.

Las tasas de prevalencia de las ANS en la población general a nivel mundial oscilan aproximadamente entre el 17% y el 18% de los adolescentes (4), el 13% de los adultos jóvenes y el 6% de los adultos mayores de 25 años (5). Sin embargo, en muestras clínicas estas tasas pueden ser mucho más altas, llegando hasta el 50% y 60% en adolescentes (6) y el 21% en adultos (7,8,9).

Las ANS generalmente comienzan en la adolescencia temprana, alcanzan su punto máximo alrededor de los 15 o 16 años y disminuyen a partir

adults aged 19-25 years (n=157; 55.3%). **Results:** No significant differences were found in the frequency and versatility of self-harm in the two groups of patients (adolescents vs. young people) and no differences were observed in self-reported childhood trauma experiences in the patient groups according to the versatility of the self-harm method. However, it was found that young adults reported higher scores of self-reported childhood trauma compared to adolescents. **Conclusions:** Future studies are needed to detect early vulnerability factors and thus improve the use of more effective psychotherapeutic interventions for the clinical management of non-suicidal self-injury.

Keywords: Non-suicidal self-harm (NSSI), childhood maltreatment (CM), methods of NSSI, CM subtypes.

de la adultez (10). Sin embargo, el comportamiento autolesivo persiste entre el 30% y el 40% de los adultos jóvenes con historia ANS en el pasado (11, 12). Estos datos subrayan el impacto significativo de las ANS en el desarrollo evolutivo desde la adolescencia hasta la edad adulta temprana (13). Respecto al género, las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de realizar ANS a lo largo de su vida y esta diferencia de género es mayor en muestras clínicas (14).

Las ANS pueden ocurrir en el contexto de diversos trastornos mentales, pero también pueden presentarse sin psicopatología acompañante (15). Se ha observado una asociación particularmente fuerte entre las ANS y el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) (16). Aunque las ANS se definen por su falta de intención suicida, la frecuencia (número de episodios) en que se realizan las ANS presenta una asociación fuerte con el comportamiento suicida y la magnitud de esa relación aumenta a medida que un individuo utiliza mayor versatilidad de métodos. Esto se debe a que los individuos pueden estar más acostumbrados al concepto general de dañar su propio cuerpo al recurrir a diferentes métodos para autolesionarse (17).

36

En esta línea, hay estudios que sugieren el riesgo de suicidio se asocia más firmemente con la versatilidad de métodos en las ANS que con su frecuencia (18, 19).

En prevalencia global de frecuencia autolesiva y versatilidad de métodos, se observa que las ANS repetitivas son más comunes que las episódicas, y la versatilidad de métodos incrementa con el tiempo y es ligeramente más frecuente que el uso de un solo método autolesivo (20,21). Además, se ha encontrado que la edad de inicio más temprana está asociada con una mayor frecuencia y versatilidad (22). También, acerca de la versatilidad, se ha observado algunos métodos (por ejemplo, cortar) son más comunes en mujeres que en hombres, mientras que en otros no hay diferencias de género (por ejemplo, golpearse) (14).

Varios autores han propuesto diferentes funciones para explicar las ANS, como la regulación de emociones, el autocastigo, la función antisociativa (23,24,25) y la función comunicativa de emociones (26). Entre ellas, la función de regulación emocional es la que cuenta con más apoyo empírico (27) aunque el alivio que se puede sentir después de la autolesión parece ser de corta duración (28).

Respecto a su etiología, los estudios longitudinales han descrito como factores de riesgo el género femenino, la edad de inicio temprana de la conducta autolesiva no suicida, la edad de inicio temprana de ideación e intentos de suicidio, la sintomatología depresiva y el estrés psicológico general (29). El modelo etiológico más relevante postuló dos factores de riesgo distales: la predisposición genética a altos niveles de reactividad emocional y cognitiva y los factores ambientales como el maltrato infantil y la hostilidad/criticismo en el contexto familiar (30).

En esta línea, los adolescentes que realizan ANS frecuentemente refieren historia de maltrato infantil (31, 10, 32). Una revisión sistemática encontró que la incidencia de ANS en adolescentes y adultos jóvenes era mayor entre las personas con experiencia de maltrato infantil que entre aquellas sin experiencias de maltrato infantil (33). En una encuesta alemana aproximadamente el 65% de las personas que se habían autolesionado habían experimentado al menos una forma de maltrato infantil, mientras que alrededor del 50% había sufrido múltiples tipos de maltratos infantiles (34).

La naturaleza de la asociación entre las ANS y el maltrato infantil (MI) en sus diferentes formas como abuso físico, negligencia física, abuso psicológico, negligencia psicológica y abuso sexual (35) aún no está clara. Hay metaanálisis que han encontrado que todos los subtipos de maltrato infantil, excepto la negligencia emocional, se asocian a las autolesiones no suicidas (36). Otros estudios han encontrado que las experiencias adversas en la infancia se asocian con ANS, pero no con su frecuencia o gravedad (31).

OBJETIVOS

El primer objetivo de este estudio es examinar las diferencias en la frecuencia y versatilidad (método único vs. combinado) de ANS en dos grupos de pacientes (adolescentes vs. adultos jóvenes). Nuestra hipótesis es que, al tratarse de una muestra clínica, es posible que los adultos jóvenes persistan realizando ANS y aumente su frecuencia y versatilidad de métodos a pesar de que el pico de autolesiones se da en la adolescencia tardía. En segundo lugar, se pretende analizar las diferencias en las experiencias de MI autoinformadas en dichos grupos de pacientes (adolescentes vs. adultos jóvenes), ya que es posible que el grupo de adultos jóvenes tenga mayor capacidad para elaborar y recordar sucesos traumáticos. En tercer lugar y por último, se pretende examinar las diferencias en las experiencias de MI autoinformadas en dos grupos de pacientes con ANS según la versatilidad del método autolesivo (método único vs. combinado) puesto que se hipotetiza que podría existir una correlación entre mayor trauma infantil auto reportado y un mayor uso de más métodos autolesivos, debido a que un uso de múltiples formas de autolesión se asocia a una mayor gravedad y a un mayor riesgo de intentos de suicidio, por lo que sería preciso para incrementar el seguimiento intensivo en dichos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

Se trata de un estudio transversal con una muestra de 284 pacientes ambulatorios. Los pacientes reclutados presentan como motivo de

consulta principal la presencia de ANS, en la consulta del Servicio de Salud Mental de un Hospital Universitario de Barcelona (España). De los 284, el 86,6% son mujeres y la media de edad de la muestra es de 19,29 (D.E. 3,32). Los pacientes se dividieron en dos grupos de edad: el primer grupo estaba formado por 127 adolescentes (44,7% de la muestra total) con un rango de 12-18 años. El segundo estaba integrado por 157 adultos jóvenes (55,3% de la muestra total) de 19-25 años. Del grupo de adolescentes, el 88,2% eran mujeres (n= 112), con una media de 16,24 años (SD= 1,45). En cuanto al grupo de adultos jóvenes, el 85,4% eran mujeres (n= 134), con una media de edad de 21,75 años (SD= 2,16).

Procedimiento

La evaluación psicopatológica de los pacientes se realizó mediante tres visitas consecutivas con un psiquiatra y un psicólogo clínico, ambos con amplia experiencia clínica en ANS. Todos los pacientes realizaron una primera visita en la que se realizó entrevista clínica y recogida de datos clínicos y sociodemográficos. Durante la segunda y tercera visitas, se administraron las pruebas psicométricas pertinentes. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: tener una edad comprendida entre los 12 y 25 años, etapa entendida como adolescencia y adultez temprana, Cociente intelectual (CI) superior a 70, y ausencia de enfermedades médicas orgánicas que pudieran explicar mejor los síntomas. No se recompensó económicamente a los participantes por su tiempo invertido. Dada la naturaleza de las preguntas sobre abuso infantil en menores y en adultos jóvenes; en caso de confirmación, se realizaban las derivaciones oportunas a las unidades de abuso infantil pertinentes, así como una interconsulta con trabajo social.

El estudio fue aprobado por el Comité del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España (PR(AG) 321/2015). Todos los pacientes y los padres fueron informados del estudio y todos ellos dieron su consentimiento informado por escrito para la participación antes de su inclusión en el estudio y en el caso de los pacientes menores de edad firmaron el consentimiento informado los progenitores o tutores legales de estos.

Instrumentos y medidas

Entrevista clínica

La presencia, frecuencia y el tipo de conductas de ANS fueron evaluadas mediante entrevista clínica. La versatilidad de las ANS (variable principal del estudio), se definió por la categoría dicotómica en la cual se diferenciaba entre método único, es decir, una única forma de autolesionarse (p.ej. cortes) o combinado, en el cual el paciente utiliza varios métodos de autolesión (p.ej. cortes y quemaduras). Además del uso de la entrevista clínica para evaluar las ANS también se usó la versión española del Inventory Statements about Self-injury (ISAS) [versión original (37); versión española (38)]. Se administró en formato heteroinformado para conocer la frecuencia y versatilidad de la ANS.

Maltrato infantil

Los participantes completaron la versión española del Childhood Trauma Questionnaire- Short Form (CTQ-SF) (39, 40). Esta escala autoreportada evalúa de forma retrospectiva antecedentes de MI. Se trata de una escala de 28 ítems para adolescentes y adultos que valoran 5 tipos de MI: abuso físico (AF), abuso sexual (AS), abuso emocional (AE), negligencia emocional (NE) y negligencia física (NF). Cada subescala se representa en 5 ítems evaluados con respuestas de escala tipo Likert de 5 puntos, desde "nunca" hasta "casi siempre".

El CTQ-SF ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas. Los coeficientes α de Cronbach para las escalas de la versión española del CTQ-SF fueron: AE (0,87), AF (0,89), AS (0,94), NE (0,83) y NF (0,66) (39). Se utilizaron puntos de corte estandarizados del CTQ de la versión original propuestos para cada subescala de maltrato para clasificar si los participantes referían MI y de qué tipo. Estos puntos de corte eran: subescala de abuso emocional >8; subescala de maltrato físico >7; subescala de abuso sexual >5; subescala de negligencia emocional >9; y subescala de negligencia física >7 (40). En este sentido, se considera que han experimentado maltrato si al menos una subescala supera el punto de corte establecido.

Análisis de datos

Se aplicó un análisis exploratorio para evaluar posibles diferencias iniciales entre grupos utilizando pruebas t para variables continuas y pruebas χ^2 para variables categóricas. Para examinar las diferencias en frecuencia y versatilidad de ANS en los dos grupos de pacientes jóvenes se realizó pruebas χ^2 para variables dicotómicas. Realizamos una prueba t para medidas independientes para explorar las diferencias en las experiencias de MI en ambos grupos. Finalmente, se realizó, de nuevo, una prueba t para medidas independientes para comparar la versatilidad de ANS entre los individuos maltratados/no maltratados que, en este caso, juntamos la muestra total. Todos los análisis se realizaron con SPSS versión 24 y todos los resultados informados fueron significativos al nivel del 5%.

RESULTADOS

Del total de la muestra, 127 pacientes ambulatorios formaron parte del grupo de 12 a 18 años, siendo el 88,2% mujeres (n= 112), con una media de 16,24 años (SD= 1,45). En cuanto al grupo de mayor edad, la muestra estuvo compuesta por 157 pacientes ambulatorios, de los cuales el 85,4% eran mujeres (n= 134), con una media de edad de 21,75 años (SD= 2,16).

Los resultados en relación a las diferencias entre la frecuencia y versatilidad de ANS entre el grupo de adolescentes y el grupo de adultos jóvenes indica una mayor frecuencia de ANS en el grupo de adultos jóvenes, si bien dichas diferencias no resultaron significativas ($\chi^2 = 3,63$, $p=0,06$). En ambos grupos la forma de ANS más prevalente es la única (75% de los adolescentes y 63% de los adultos jóvenes). No obstante, los adultos jóvenes tienden a mostrar más versatilidad de métodos de ANS en comparación con los adolescentes (método combinado: 25% de los adolescentes y 37% de los adultos jóvenes).

Los resultados en relación a las diferencias en las experiencias de trauma infantil autoinformadas entre los dos grupos se presentan en la [Tabla 1](#). Así, los adultos jóvenes presentan puntuaciones totales más elevadas en la puntuación total de MI en la infancia ($t = -2,75$, $p= 0,006$), y específicamente en abuso total

($t = -2,56$, $p= 0,011$) y en negligencia total ($t = -2,33$, $p= 0,020$). En relación a los subtipos concretos del CTQ los resultados indican que los adultos jóvenes presentan puntuaciones más elevadas en los subtipos de abuso emocional ($t = -2,85$, $p= 0,005$) y abuso sexual ($t = -2,21$, $p= 0,025$), así como de negligencia emocional ($t = -2,19$, $p= 0,029$) y negligencia física ($t = -1,97$, $p= 0,050$). Estos resultados indican que el abuso emocional es el subtipo con más diferencias entre ambos grupos de edad. Por otro lado, es destacable que, en el abuso sexual, el resultado de la prueba de igualdad de varianzas es significativa ($p= 0,013$), por lo que se eligió el resultado correspondiente del análisis. También señalar que, en negligencia física, la diferencia entre grupos es marginal ($t = -1,97$, $p = 0,05$). Por último, en el caso del abuso físico no hubo diferencias significativas ($t = -0,45$, $p= 0,656$) entre grupos.

Tabla 1. Experiencia de maltrato infantil del autoinforme Cuestionario de Traumas Infantiles (CTQ) y grupos de edad.

χ^2	Grupo 12 - 18 años (n= 127)	Grupo 19 - 25 años (n= 157)	t-test	p
	Media (SD)	Media(SD)		
Puntuación Total	46,01 (17,49)	51,68 (16,89)	-2,75	0,006
Abuso Total	26,34 (11,80)	29,94 (11,57)	-2,56	0,011
Negligencia Total	19,66 (7,34)	21,74 (7,47)	-2,34	0,020
CTQ Subtipos				
Abuso emocional	11,87 (5,86)	13,87 (5,81)	-2,85	0,005
Abuso físico	7,33 (4,24)	7,55 (3,95)	-0,45	0,656
Abuso sexual	7,14 (4,74)	8,51 (5,50)	-2,25	0,025
Negligencia emocional	12,33 (5,09)	13,68 (5,16)	-2,20	0,029
Negligencia física	7,33 (2,97)	8,05 (3,13)	-1,97	0,050

CTQ: *childhood trauma questionnaire Spanish version*; n= número de muestra; SD= desviación estándar.

En relación al tercer objetivo del estudio sobre las diferencias en las experiencias de trauma infantil autoinformadas en dos grupos de pacientes con ANS según la versatilidad del método autolesivo se presentan en la [Tabla 2](#). Los datos obtenidos indican

que no existían diferencias significativas por lo que el método único o combinado utilizado en las ANS no parece estar relacionado con las experiencias de maltrato infantil.

Tabla 2. Experiencia de maltrato infantil en el Cuestionario de Traumas Infantiles (CTQ) y versatilidad de métodos en Autolesiones No Suicidas (ANS)

	ANS método único	ANS método combinado	t-test	p
CTQ Total	Media (SD)	Media (SD)		
Puntuación Total	51,06 (18,05)	52,30 (16,70)	-0,48	0,63
Abuso Total	29,54 (12,40)	30,07 (11,80)	-0,30	0,77
Negligencia Total	21,52 (7,64)	22,23 (7,35)	-0,65	0,52
CTQ Subtipos				
Abuso emocional	13,40 (5,85)	13,65 (5,89)	-0,31	0,76
Abuso físico	7,84 (4,76)	7,36 (3,40)	0,75	0,45
Abuso sexual	8,31 (5,33)	9,06 (6,30)	-0,91	0,36
Negligencia emocional	13,53 (5,16)	14,17 (5,02)	-0,87	0,39
Negligencia física	7,99 (3,26)	8,06 (3,12)	-0,14	0,89

ANS= Autolesiones no suicidas; CTQ: *childhood trauma questionnaire Spanish version*; n= número de muestra; SD= desviación estándar.

DISCUSIÓN

La literatura sugiere que el maltrato infantil y sus subtipos pueden ser considerados uno de los factores de riesgo específicos más frecuentemente asociados en el desarrollo de las ANS en la etapa de la adolescencia y adultez joven (29, 33, 36). Siguiendo esta línea, los objetivos de este estudio han sido estudiar la posible asociación entre ambos teniendo en cuenta la versatilidad de los métodos en una muestra de pacientes ambulatorios de entre 12 y 25 años.

Nuestros resultados indican que los adultos jóvenes presentan, tanto mayor frecuencia como versatilidad, al usar más de un método de ANS que los adolescentes. Estos resultados podrían estar relacionados con lo que algunos autores sugieren que el alivio que pueden

producir las ANS puede convertirse en una práctica recurrente, generando patrones de dependencia, con tendencia a la cronicidad (41), explicando así en parte la presencia de más ANS y en formas combinadas en adultos jóvenes en comparación con los adolescentes. En la misma línea, algunos estudios han observado que las personas con un inicio temprano de ANS parecen tener más tiempo para experimentar varios métodos ANS, lo que podría producir un fenómeno de habituación al método autolesivo principal y en consecuencia probar con otros métodos de ANS para aumentar el dolor o la gravedad (42).

Nuestros resultados en relación a MI y edad de los pacientes estarían en la línea de los estudios publicados hasta la fecha que señalan que la etapa del desarrollo en que se producen ciertos tipos de experiencias traumáticas pueden impactar de forma diferente y condicionar su expresión posteriormente (43). Coincidiendo con estudios anteriores, los pacientes de mayor edad comparado con el grupo de adolescentes de nuestro estudio tienden a presentar un patrón de mayor severidad relacionado con las puntuaciones más elevadas en maltrato infantil. Si bien la literatura refiere que la concordancia entre medidas prospectivas y retrospectivas de los MI debe ser considerada con precaución, este resultado estaría en concordancia con lo que algunos autores señalan acerca de que la expresión del maltrato infantil varía con el paso de los años (44, 45).

Por último, en nuestro estudio se observó que un mayor número de eventos traumáticos o una mayor gravedad de estos eventos no se relacionan con mayor versatilidad de métodos. No obstante, algunos estudios señalan que, ciertas características de las ANS, como severidad y diversificación de métodos de ANS utilizados (46, 47, 48) así como la frecuencia (49, 50) se asociarían a mayor psicopatología y riesgo de intentos de suicidio (51). Sin embargo, estas diferencias entre nuestros resultados y lo que la literatura expresa podrían estar relacionadas con las características de nuestro estudio. A la luz de los resultados obtenidos y según los recientes estudios, situar las ANS no solo desde el número y/o métodos utilizados, sino básicamente desde la detección precoz de aquellos factores de vulnerabilidad tempranos, como el MI que pueden conducir a un empeoramiento clínico, podría mejorar no solo la

propuesta de entidad diagnóstica en el DSM-5-TR (3, 52, 53), sino especialmente, el uso de intervenciones psicoterapéuticas más eficaces para su manejo clínico (54, 55). Futuros estudios deberían centrarse en analizar con mayor profundidad esta posible asociación teniendo en cuenta nuevas variables.

Una de las limitaciones de este trabajo sería el tamaño y las características de la muestra. Si bien los resultados obtenidos resultan significativos, futuros estudios con un mayor reclutamiento de participantes y en otros entornos clínicos permitirían confirmar los resultados obtenidos y esperados. Una segunda limitación es que la mayoría de la muestra es femenina (86,6%), por lo que en futuros estudios sería interesante poder contar con mayor presencia de género masculino, aunque es cierto que las ANS son más presentes en el género femenino. La tercera limitación está relacionada con la posible relación entre frecuencia de ANS e historia de MI. Estos análisis están pendientes de ser realizados en futuros trabajos en el marco de un estudio más amplio del cual forma parte este artículo. Finalmente, el uso del CTQ como instrumento para la recogida de información sobre el MI. Aunque se trata de un autoinforme de uso generalizado en los estudios y que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, este tipo de información precisaría de estudios de características más longitudinales que permitan una mayor precisión de la información.

CONCLUSIONES

Nuestros principales hallazgos muestran que la conducta autolesiva no suicida es más presente y se usa un mayor número de métodos autolesivos en la adultez temprana que en la adolescencia, confirmando la hipótesis de que en muestras clínicas las ANS pueden persistir y agravarse. El estudio sugiere que en la adultez temprana se reportan tasas más elevadas de maltrato infantil. Sin embargo, no se ha encontrado que la mayor presencia de eventos traumáticos en la infancia se relacione con una mayor frecuencia en la versatilidad de métodos autolesivos. No obstante, es importante seguir investigando en la detección precoz de los factores de riesgo de las ANS para así poder ofrecer una mejor intervención psicoterapéutica precoz y eficaz.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIONES

Natalia Calvo dirigió el artículo de investigación, concepto, diseño, interpretación datos, escritura, corrección y supervisión. Jorge Lugo-Marín realizó el análisis e interpretación de los datos. Aina García-Martínez, Teresa Alonso-Castillo, Silvia Ferrer y Montserrat Oriol-Escudé desarrollaron el concepto y realizaron el diseño, también participaron en la interpretación de los datos y escritura. Citlallí Pérez-Galbarro participó en la escritura del artículo. Josep-Antoni Ramos-Quiroga y Marc Ferrer estuvieron a cargo de la supervisión.

REFERENCIAS

1. International Society for the Study of Self-injury (2018). What is self-injury? Recuperado a partir de: <https://www.itriples.org/what-is-nssi>
2. Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021. Recuperado a partir de: <https://icd.who.int/browse11>
3. American Psychiatric Association [APA]. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Text revision. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
4. Kaess M, Koenig J, Bauer S, Moessner M, Fischer-Waldschmidt G, Mattern M, Herpertz SC, Resch F, Brown R, In-Albon T, Koelch M, Plener PL, Schmahl C, Edinger A. STAR Consortium. Self-injury: Treatment, Assessment, Recovery (STAR): online intervention for adolescent non-suicidal self-injury - study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2019 Jul 12;20(1): 425. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3501-6>
5. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-*

- Threatening Behavior. 2014 Jan 15;44(3): 273-303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
6. Edinger A, Fischer-Waldschmidt G, Parzer P, Brunner R, Resch F, Kaess M. The Impact of Adverse Childhood Experiences on Therapy Outcome in Adolescents Engaging in Nonsuicidal Self-Injury. *Front Psychiatry*. 2020 Nov 4;11: 505661. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.505661>
 7. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry*. 2003 Aug;160(8): 1501-8. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>
 8. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2004 Oct;72(5): 885-90. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
 9. Morales YM, Guarnero PA. Non-suicidal self-injury among adult males in a correctional setting. *Issues Ment Health Nurs*. 2014 Aug;35(8): 628-34. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.927943>. PMID: 25072216
 10. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2015 Jan 30;2: 2. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
 11. Whitlock J, Prussien K, Pietrusza C. Predictors of self-injury cessation and subsequent psychological growth: results of a probability sample survey of students in eight universities and colleges. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015 Aug 3;9: 19. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0048-5>
 12. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychol Med*. 2012 Apr;42(4):717-26. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001814>
 13. Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Can J Psychiatry*. 2014 Nov;59(11):576-85. <https://doi.org/10.1177/070674371405901103>
 14. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2015 Jun;38: 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
 15. Stanford S, Jones MP. Psychological subtyping finds pathological, impulsive, and 'normal' groups among adolescents who self-harm. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009 Jul;50(7): 807-15. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02067.x>
 16. Andrewes HE, Hulbert C, Cotton SM, Betts J, Chanen AM. Patterns of Non-Suicidal Self-Injury and Their Relationship with Suicide Attempts in Youth with Borderline Personality Disorder. *Arch Suicide Res*. 2018 Jul-Sep;22(3): 465-78. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1358226>
 17. Anestis MD, Selby EA. Grit and perseverance in suicidal behavior and non-suicidal self-injury. *Death Stud*. 2015 Jan-Jun;39(1-5): 211-8. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.946629>
 18. DiCorcia JD, Arango A, Horwitz AG, King CA. Methods and functions of non-suicidal self-injury among adolescents seeking emergency psychiatric services. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2017;39(4): 693-704. <https://doi.org/10.1007/s10862-017-9609-7>
 19. Turner BJ, Layden BK, Butler SM, Chapman AL. How often, or how many ways: clarifying the relationship between non-suicidal self-injury and suicidality. *Arch Suicide Res*. 2013;17(4): 397-415. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.802660>
 20. Halicka J, Kiejna A. Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: Criteria differentiation. *Adv Clin Exp Med*. 2018 Feb;27(2): 257-61. <https://doi.org/10.17219/acem/66353>
 21. Xiao Q, Song X, Huang L, Hou D, Huang X. Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2022 Aug 10;13: 912441. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.912441>
 22. Muehlenkamp JJ, Xhunga N, Brausch AM. Self-injury Age of Onset: A Risk Factor for NSSI Severity and Suicidal Behavior. *Arch Suicide Res*. 2019 Oct-Dec;23(4): 551-63. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486252>

23. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behav Res Ther.* 2006 Mar;44(3):371-94. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
24. Hasking P, Whitlock J, Voon D, Rose A. A cognitive-emotional model of NSSI: using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cogn Emot.* 2017 Dec;31(8): 1543-56. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1241219>
25. Thai TT, Jones MK, Nguyen TP, Pham TV, Bui HHT, Kim LX, Nguyen TV. The Prevalence, Correlates and Functions of Non-Suicidal Self-Injury in Vietnamese Adolescents. *Psychol Res Behav Manag.* 2021 Nov 27;14: 1915-27. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S339168>
26. Liu RT, Cheek SM, Nestor BA. Non-suicidal self-injury and life stress: A systematic meta-analysis and theoretical elaboration. *Clin Psychol Rev.* 2016 Jul;47: 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.005>
27. Taylor PJ, Jomar K, Dhingra K, Forrester R, Shahmalak U, Dickson JM. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *J Affect Disord.* 2018 Feb;227: 759-69. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073>
28. Koenig J, Klier J, Parzer P, Santangelo P, Resch F, Ebner-Priemer U, Kaess M. High-frequency ecological momentary assessment of emotional and interpersonal states preceding and following self-injury in female adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2021 Aug;30(8): 1299-308. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01626-0>
29. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Dtsch Arztebl Int.* 2018 Jan 19;115(3):23-30. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023>
30. Nock MK. Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Curr Dir Psychol Sci.* 2009 Apr 1;18(2):78-83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
31. Kaess M, Parzer P, Mattern M, Plener PL, Bifulco A, Resch F, Brunner R. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of non-suicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res.* 2013 Apr 30;206(2-3): 265-72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>
32. Glenn CR, Klonsky ED. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2013;42(4): 496-507. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.794699>
33. Serafini G, Canepa G, Adavastro G, Nebbia J, Belvederi Murri M, Erbuto D, Pocai B, Fiorillo A, Pompili M, Flouri E, Amore M. The Relationship between Childhood Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury: A Systematic Review. *Front Psychiatry.* 2017 Aug 24;8: 149. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00149>
34. Brown RC, Heines S, Witt A, Braehler E, Fegert JM, Harsch D, Plener PL. The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: data from a representative sample of the general population. *BMC Psychiatry.* 2018 Jun 8;18(1): 181. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1754-3>
35. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LR., van Ijzendoorn MH. The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review.* 2015;24(1): 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
36. Liu RT, Scopelliti KM, Pittman SK, Zamora AS. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2018 Jan;5(1): 51-64. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30469-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30469-8)
37. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess.* 2009 Sep;31(3): 215-9. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
38. Pérez S, García-Alandete J, Cañabate M, Marco JH. Confirmatory factor analysis of the Inventory of Statements About Self-injury in a Spanish clinical sample. *J Clin Psychol.* 2020 Jan;76(1): 102-17. <https://doi.org/10.1002/jclp.22844>
39. Hernandez A, Gallardo-Pujol D, Pereda N, Arntz A, Bernstein DP, Gaviria AM, Labad A, Valero

- J, Gutiérrez-Zotes JA. Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *J Interpers Violence*. 2013 May;28(7): 1498-518.
<https://doi.org/10.1177/0886260512468240>
40. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, J Am Acad Child Psy*. 1997; 36(3): 340-8. <https://doi.org/10.1097/00004583-199703000-00012>
41. Fonseca-Pedrero E, Al-Halabí, S. Manual de psicología de la conducta suicida. Ediciones Pirámide; 2023.
42. Ammerman BA, Jacobucci R, McCloskey MS. Using Exploratory Data Mining to Identify Important Correlates of Nonsuicidal Self-Injury Frequency. *Psychol Violence*. 2018 Jul;8(4): 515-25. <https://doi.org/10.1037/vio0000146>
43. Marques-Feixa L, Moya-Higueras J, Romero S, Santamarina-Pérez P, San Martín-Gonzalez N, Mas A, et al. (2023). Complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) of ICD-11 in youths with childhood maltreatment: Associations with age of exposure and clinical outcomes. *Journal of affective disorders*. 2023;332: 92-104.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.088>
44. Baldwin JR, Reuben A, Newbury JB, Danese A. Agreement Between Prospective and Retrospective Measures of Childhood Maltreatment: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019 Jun 1;76(6):584-593. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0097>
45. Eichenbaum H. Memory: Organization and Control. *Annu Rev Psychol*. 2017 Jan 3;68: 19-45. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044131>
46. Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2006 Sep 30;144(1): 65-72.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
47. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J. Variation in nonsuicidal self-injury: identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008 Oct;37(4): 725-35.
<https://doi.org/10.1080/15374410802359734>
48. Whitlock J, Muehlenkamp J, Purington A, Eckenrode J, Barreira P, Baral Abrams G, Marchell T, Kress V, Girard K, Chin C, Knox K. Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *J Am Coll Health*. 2011;59(8): 691-8.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2010.529626>
49. Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*. 2010 Jun 30;178(1): 101-5.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.03.019>
50. You J, Leung F, Fu K, Lai CM. The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents. *Arch Suicide Res*. 2011;15(1): 75-86.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2011.540211>
51. Singhal N, Bhola P, Reddi VSK, Bhaskarapillai B, Joseph S. Non-suicidal self-injury (NSSI) among emerging adults: Sub-group profiles and their clinical relevance. *Psychiatry Res*. 2021 Jun;300: 113877.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113877>
52. Brager-Larsen A, Zeiner P, Mehlum L. DSM-5 Non-Suicidal Self-Injury Disorder in a Clinical Sample of Adolescents with Recurrent Self-Harm Behavior. *Arch Suicide Res*. 2023 Apr 4: 1-14.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2192767>
53. Predescu E, Sipos R. Self-Harm Behaviors, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation in a Clinical Sample of Children and Adolescents with Psychiatric Disorders. *Children (Basel)*. 2023 Apr 14;10(4): 725.
<https://doi.org/10.3390/children10040725>
54. Calvo N, Ferrer M, Ramos-Quiroga JA, Castell E, Nieto Z. Programa TaySH: programa de intervención psicoterapéutica para conductas autolesivas no suicidas en adolescentes y adultos jóvenes. Mayo; 2021.

- 44 55. Calvo N, García-González S, Perez-Galbarro C, Regales-Peco C, Lugo-Marin J, Ramos-Quiroga JA, Ferrer M. Psychotherapeutic interventions specifically developed for NSSI in adolescence: A systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2022 May;58: 86-98.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.02.009>