



REVISIÓN

Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria



Martha Liliana Ospina Gutiérrez^{a,*}, Mauricio Fernando Ulloa Rodríguez^a y Lina Maria Ruiz Moreno^b

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia

^b Psiquiatría Infantil, Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia

Recibido el 4 de septiembre de 2018; aceptado el 26 de febrero de 2019

Disponible en Internet el 1 de mayo de 2019

PALABRAS CLAVE

Síndrome de *cutting*;
Autoinjurias;
Autolesiones;
Autoinjurias no
suicidas;
Trastorno de
autolesiones no
suicidas;
Adolescentes

Resumen Las autolesiones no suicidas (ALNS) son conductas autolesivas sin objetivo suicida que afecta a los adolescentes con una prevalencia del 17-18%. Se caracterizan por ser lesiones autoinflingidas, principalmente en las extremidades y el abdomen. La psicopatología está sujeta a la presencia de una disregulación emocional, en la que se busca el enmascaramiento del dolor emocional con el físico.

Se realizó una revisión bibliográfica con búsqueda en bases de datos, incluyendo palabras clave en inglés y español.

Se encontró que la identificación de los factores de riesgo para ALNS en los adolescentes permite la prevención e identificación oportuna de las ALNS; por lo tanto, se propuso la clasificación de los factores de riesgo para ALNS y los instrumentos en atención primaria para su identificación.

Se concluyó que el manejo de las ALNS corresponde al psiquiatra infantil y del adolescente, pero su detección y prevención es papel fundamental de los médicos de atención primaria.

© 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Cutting syndrome;
Self-injurious;
Self-harm;
Non-suicidal
self-injuries;

Non-suicidal self-injuries in adolescents: Prevention and detection in primary care

Abstract Non-suicidal self-injuries (NSSI) are self-harm behaviours without a suicidal objective, and have a prevalence of 17-18% in adolescents. It is characterised by self-inflicted injuries, mainly in the extremities and abdomen. The psychopathology is subject to the presence of emotional deregulation, in which it seeks the masking of emotional pain with physical pain.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marthaliliana311@hotmail.com (M.L. Ospina Gutiérrez).

Non-suicidal
self-injury disorder;
Adolescents

A literature review was conducted using research in databases, including key words in English and Spanish.

It was found that the identification of NSSI risk factors in adolescents helps in its prevention and identification, and as such it was proposed to classify the NSSI risk factors, as well as the tools for their identification in primary care.

It was concluded that the management of NSSI corresponds to the child and adolescent psychiatrist, but primary care physicians have a fundamental role in its detection and prevention. © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las autolesiones no suicidas (ALNS) se definen como el daño autoinflingido en la superficie corporal con el fin de ocasionar placer de forma repetitiva, sin un claro deseo suicida. Estas conductas autolesivas son socialmente inaceptables pero no sancionadas. Incluye todos los comportamientos como cortarse, morderse, rascarse, quemarse, pegarse contra objetos, arrancarse el pelo, entre otros¹. Aunque puede presentarse en cualquier ciclo vital individual, su prevalencia es mayor durante la adolescencia, atendiendo al rango de edad entre los 11 y los 15 años, con una edad media de 12,5 años². La prevalencia de las ALNS en los adolescentes ha aumentado al 17-18%^{2,3}, de los cuales el 70-93% tienen 3 o más episodios de reincidencia².

En otras palabras, el abordaje de los datos epidemiológicos sobre las ALNS ha sido un tema de gran divergencia⁴. A pesar de conocerse que las ALNS se presentan desde la época del neolítico, el interés por su estudio ha aumentado en los últimos años dado el notable incremento en la prevalencia y en la divulgación de juegos virtuales que estimulan estas prácticas mediante «retos», y que afectan especialmente a los adolescentes. Aunque se presenta en ambos sexos, se conoce que el sexo femenino es significativamente más propenso a reportarlas. En cuanto al tipo de ALNS, el sexo femenino prefiere cortarse, mientras que el sexo masculino usa otro tipo de comportamientos, como pegarse o quemarse^{5,6}.

Teniendo en cuenta que las ALNS en los adolescentes se han convertido en un serio problema de salud pública infradiagnosticado, se realiza el presente artículo con el propósito de identificar estrategias que permitan a los médicos de atención primaria en salud efectuar acciones preventivas y el diagnóstico oportuno de las ALNS en la comunidad.

Metodología

Se realizó una búsqueda de bibliografía en las bases de datos Ovid, PubMed, Clinical Key, Science Direct, Advisory y Medline con palabras clave en inglés y español: cutting syndrome (síndrome de *cutting*), self-injurious (autoinjurias), self-harm (autolesiones), non suicidal self injurious (autoinjurias no suicidas), nonsuicidal self-injury disorder

(trastorno de autolesiones no suicidas), adolescents (adolescentes), primary care (atención primaria). Se estableció que se seleccionarían trabajos publicados durante el periodo comprendido entre los años 2011 y 2018, cuya población a estudio fueran adolescentes, y preferiblemente con manejo desde el ámbito de la atención primaria.

Se consideraron como criterios de exclusión los documentos tipo tesis, monografías, cartas al editor, reseñas de libros, noticias y artículos de opinión. Se obtuvieron 55 artículos, los cuales fueron organizados y analizados en una base de datos en Excel por cada uno de los autores del presente artículo, donde se referenciaron los siguientes aspectos: título del artículo, nombre de la revista, autores, fecha de publicación, tipo de artículo e ideas temáticas principales.

Después de la realización de la base de datos se excluyeron 5 artículos que no tenían relevancia científica, dado que para el desarrollo del presente artículo se seleccionaron artículos preferiblemente publicados en revistas indexadas, tipo metaanálisis, revisiones sistemáticas, reporte de casos, ensayos clínicos aleatorizados, estudios observacionales y de cohortes, entre otros.

Para el análisis de los 49 artículos restantes, se establecieron 7 categorías (terminología, psicopatología, factores de riesgo, suicidio y ALNS, diagnóstico, tratamiento y abordaje en atención primaria) con el fin de determinar los artículos más importantes en cada una de estas categorías. Se excluyeron finalmente 4 artículos que compartían conceptos en común con artículos de mayor peso epidemiológico previamente seleccionados.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo para la realización de este estudio en relación con la confidencialidad de los datos.

Revisión

Terminología

Son varios los términos con los cuales se ha hecho mención de las ALNS de manera confusa, haciendo referencia a todas las lesiones autoinflingidas, entre las cuales destacan^{7,8}:

- Autodestrucción o autolesión deliberada.
- Comportamiento autoagresivo.
- Conductas autodestructivas.

- Conductas autoinflingidas.
- Síndrome de *cutting*.
- Automutilación.
- Autolesionarse.
- Parasuicidio.

No obstante, no todos estos términos implican autolesiones *sin* intención suicida; por esta razón el manual DSM-5 adoptó el término «autolesiones no suicidas» (*non suicidal self injurious*) como el más adecuado para hacer referencia a estas conductas⁹.

Psicopatología

La regulación emocional es un proceso mediante el cual se logra una respuesta modulada a diferentes estímulos, ya sean externos o internos, causantes de emociones como rabia, tristeza, ira o estrés, entre otros¹⁰. Cuando esta modulación no existe, se conoce como desregulación emocional, factor etiológico de las ALNS^{10,11}.

Los adolescentes con ALNS presentan una desregulación emocional, dada por una mayor intolerancia a la frustración, más dificultades en la autorregulación de impulsos, presencia de decisiones precipitadas frente a emociones fuertes e impulsividad¹². Las autolesiones tienen usualmente como objetivo la disminución temporal de la emoción negativa y el enmascaramiento del sufrimiento emocional con el físico; es decir, las autolesiones son estrategias generadas para lograr una falsa regulación emocional^{10,13}.

Factores de riesgo

Son factores de riesgo para las ALNS (FrALNS) en los adolescentes: comportamientos, antecedentes, características biológicas o psicológicas, afecciones previas, influencias sociales y estilos de vida que aumenten la probabilidad de desarrollar ALNS¹. Con el fin de identificar los FrALNS prevenibles o modulables por los profesionales en atención primaria, se propone clasificarlos en modificables, modulables y no modificables (tabla 1).

Dentro de los FrALNS modificables se encuentra el antecedente de maltrato infantil, en particular el abuso sexual, físico y/o psicológico¹⁴⁻¹⁶; desórdenes alimenticios, como la anorexia nerviosa y la bulimia^{17,18}; el *bullying* o matoneo durante la infancia o la adolescencia temprana¹⁹; factores estresantes personales como el desempleo, vivir solo y factores estresantes familiares como enfermedad familiar, separación de los padres y mala relación entre padres e hijos^{20,21}.

Otros FrALNS modificables son los comportamientos impulsivos dados por un consumo excesivo de alcohol o drogas, conductas sexuales de riesgo y juegos de azar⁸; la influencia de amigos, la difusión por diversos medios de comunicación como Internet, las redes sociales, videos ilustrativos de prácticas de ALNS, e incluso juegos propuestos por Internet como desafíos para los adolescentes, que logran captar toda su atención¹⁹.

Los FrALNS modulables hacen referencia a aquellos factores de riesgo que no se pueden eliminar, pero sí se pueden manejar para disminuir el riesgo de presentar ALNS. Dentro de este grupo se encuentran las enfermedades psiquiátricas,

Tabla 1 Clasificación de factores de riesgo en modificables, modulables y no modificables para las autolesiones no suicidas en adolescentes

Factores de riesgo para autolesiones no suicidas en adolescentes

Modificables

Maltrato infantil
Desórdenes alimenticios
Bullying o matoneo
Factores estresantes
Comportamientos impulsivos
Contagio social

Modulables

Trastornos psiquiátricos
Rasgos de la personalidad del grupo B

No modificables

Edad
Sexo
Orientación sexual
Antecedente familiar de ALNS
Trastornos familiares

Fuente: Elaboración propia a partir de Plener et al.¹, Carvalho et al.⁸, Gromatsky et al.¹², Serafini et al.¹⁴, Thomassin et al.¹⁵, Brown et al.¹⁶, Vieira et al.¹⁷, Vieira et al.¹⁸, Brown y Plener¹⁹, Plener et al.²⁰, Fox et al.²¹, Zielinski et al.²² y Klonsky et al.²³.

como el trastorno depresivo, el trastorno ansioso y el trastorno de pánico, y los rasgos de la personalidad del grupo B²².

Los FrALNS no modificables son la edad (adolescentes y adultos jóvenes)^{1,23}, el sexo femenino²⁰, la orientación sexual²³, el antecedente de ALNS en los padres¹ y la presencia de trastornos familiares (padres biológicos con desregulación emocional)¹². Esta división permite identificar los FrALNS que son susceptibles de intervención por parte de los médicos de atención primaria.

Relación entre autolesiones y suicidio

Uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial es el suicidio²⁴. Aproximadamente 800.000 personas al año se suicidan o intentan hacerlo. Es más prevalente en adolescentes y adultos jóvenes de países con ingresos bajos y medianos²⁵. El método más utilizado para consumir el acto suicida es mediante intoxicación²⁶. El método más utilizado para ALNS, sin embargo, es el corte. Por ello se le había dado anteriormente el nombre de «síndrome de *cutting*», pero como se han evidenciado otros mecanismos de autolesión, se abandonó este término y se adoptó el de ALNS para la descripción de estas conductas autolesivas.

Las ALNS y el suicidio, aun compartiendo algunos factores de riesgo, son 2 entidades distintas. En el primero se busca una compensación emocional frente a estímulos negativos, y en el segundo se busca la manera de provocarse la muerte. Una misma persona puede presentar ALNS y suicidio, pero en periodos de tiempo diferentes^{1,10}.

Los adolescentes con ALNS no presentan un claro deseo suicida. Sin embargo, tienen un mayor riesgo de presentar un intento suicida o suicidio que los adolescentes sin

ALNS^{27,28}, especialmente cuando se presentan episodios de ALNS de repetición²⁹. Dada la relación antes expuesta entre ALNS y riesgo suicida, se requiere una especial intervención desde atención primaria para la identificación y el diagnóstico oportuno de las mismas, cara a disminuir el impacto psicosocial del suicidio.

Diagnóstico

Se han realizado esfuerzos para unificar criterios diagnósticos para las ALNS, como los propuestos para el DSM-5, en el que se proponían criterios diagnósticos que tenían en cuenta aspectos como la frecuencia de las autolesiones, asociaciones con síntomas o pensamientos negativos, presencia de un propósito claro en la realización de las conductas autolesivas, compromiso clínico o funcional posterior a la realización de las autolesiones, y la ausencia de otro trastorno mental o médico que pudiera ser la causa de las mismas^{3,30,31}. Sin embargo, esta propuesta no fue adoptada por el DSM-5 porque se consideró que se requieren más estudios para la unificación de criterios diagnósticos^{9,32}.

El diagnóstico de las ALNS es netamente clínico, es decir, no existen pruebas diagnósticas para su detección¹. Una adecuada historia clínica, así como un examen físico completo, se convierten en las principales estrategias para la detección de las ALNS. Se deben buscar lesiones en los sitios más comunes, como son las extremidades y el abdomen, por lo cual se debe retirar toda vestimenta que evite una adecuada exploración clínica de los adolescentes⁷.

Tratamiento

El manejo de las ALNS en los adolescentes debe ser realizado por especialistas en psiquiatría infantil y del adolescente o, en su defecto, por un médico psiquiatra. No existe un tratamiento estandarizado para las ALNS, pues aún faltan estudios al respecto³³, pero es claro que no se recomienda el uso de fármacos dirigido exclusivamente al manejo de estas conductas autolesivas³⁴. No obstante, la única indicación de tratamiento farmacológico es cuando está dirigido a trastornos psiquiátricos asociados, pero no para las ALNS¹⁹.

La terapia cognitivo-conductual, la terapia dialéctica conductual y la terapia basada en la mentalización son algunos tipos de psicoterapia que han demostrado tener efectividad en el manejo de las ALNS, aunque sin evidencia de superioridad entre ellas³⁵.

Abordaje de las autolesiones no suicidas en atención primaria

El manejo de la población adolescente debe estar basado en un abordaje especial, fundamentado en la confianza, la confidencialidad y la empatía, dado que cualquier falla en la relación médico-paciente o cualquier juzgamiento de sus conductas impedirá la adherencia a las recomendaciones médicas³⁶. Los médicos de atención primaria deben tener formación y experticia en el abordaje integral de todos los grupos etáreos, incluyendo los adolescentes^{37,38}.

El abordaje de los adolescentes con FrALNS o con presencia de ALNS sin diagnóstico establecido debe ser realizado por los médicos de atención primaria mediante la aplicación de instrumentos que contribuyan a la identificación de los

Tabla 2 Instrumentos en atención primaria para la identificación de factores de riesgo para las autolesiones no suicidas en adolescentes

Instrumento	FrALNS identificable
Historia clínica	Modificables, modulables y no modificables
HEEADSSS	<i>Modificables</i> <ul style="list-style-type: none"> • Maltrato infantil • Desórdenes alimenticios • Bullying o matoneo • Factores estresantes • Comportamientos impulsivos <i>No modificables</i> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación sexual
Familiograma	<i>Modificables</i> <ul style="list-style-type: none"> • Factores estresantes
Ecomapa	<i>Modificables</i> <ul style="list-style-type: none"> • Factores estresantes
APGAR familiar	<i>Modificables</i> <ul style="list-style-type: none"> • Factores estresantes
Scoff	<i>Modificables</i> <ul style="list-style-type: none"> • Desórdenes alimenticios
Eat26	<i>Modificables</i> <ul style="list-style-type: none"> • Desórdenes alimenticios
Crafft	<i>Modificables</i> <ul style="list-style-type: none"> • Comportamientos impulsivos
Raaps	<i>Modificables</i> <ul style="list-style-type: none"> • Desórdenes alimenticios • Bullying • Factores estresantes • Comportamientos impulsivos <i>Modulables</i> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psiquiátricos <i>No modificables</i> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación sexual

Fuente: Elaboración propia a partir de Vieira et al.¹⁷, Bode y Roberts²⁷, Ougrin et al.³⁵, Smith y McGuinness³⁹, Román et al.⁴⁰, Cote-Menendez et al.⁴¹, Suárez-Pinto et al.⁴², Doukrou y Segal⁴³, Harrington et al.⁴⁴, D'Amico et al.⁴⁵ y Darling-Fisher et al.⁴⁶.

FrALNS²⁷. Entre ellos están la historia clínica, el HEEADSSS ?Hogar, Educación y empleo, Ejercicio y alimentación, Actividades, Drogas, Sexualidad, Suicidio, Seguridad?³⁹, el familiograma, el ecomapa, el APGAR familiar ?Adaptación, Participación, Crecimiento, Afecto y Recursos?⁴⁰, el SCOFF ?Sick, Control, One, Fat, Food?¹⁷, el EAT26 ?Eating Attitude Test?¹⁷, el CRAFFT ?Car, Relax, Alone, Forget, Family/Friends, Trouble?⁴¹ y el RAAPS ?Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services?⁴².

Dada la importancia de estos instrumentos en atención primaria para la pesquisa e identificación de FrALNS, se propone la clasificación y relación de estos con los FrALNS a identificar (tabla 2). La historia clínica es el instrumento más antiguo y más utilizado en atención primaria y, junto con un examen físico completo, permite la identificación de gran parte de los FrALNS³⁶.

La herramienta HEEADSSS permite la realización del enfoque biopsicosocial del adolescente con la identificación de FrALNS modificables, tales como maltrato infantil, desórdenes alimenticios, matoneo, factores estresantes

personales y familiares, comportamientos impulsivos y contagio social. Adicionalmente, identifica la orientación sexual como FrALNS no modificable. El HEADSSS es uno de los instrumentos más completos y recomendados para el abordaje psicosocial de los adolescentes⁴³.

El familograma, el ecomapa y el APGAR familiar son instrumentos que contribuyen, en atención primaria, al análisis de las relaciones entre los miembros de la familia y sus redes de apoyo. El familograma permite principalmente la evaluación de las relaciones entre los miembros de la familia, el ecomapa contribuye con la identificación de redes de apoyo hacia la familia y el APGAR familiar es útil para evidenciar disfuncionalidad en la familia. Estos instrumentos facilitan la determinación de FrALNS modificables: factores estresantes (familiares)⁴⁰.

Las escalas SCOFF o EAT26 permiten la identificación de riesgos para presentar desórdenes alimenticios (FrALNS modificable). Se recomienda su selección y utilización, dependiendo de la preferencia y experticia del médico de atención primaria, pero siempre se debe confirmar el riesgo con el uso de las 2 escalas^{17,27,44}.

La escala CRAFFT es un instrumento útil para el cribado del uso de sustancias psicoactivas en adolescentes (FrALNS modificable: comportamientos impulsivos), como consumo de bebidas alcohólicas, marihuana y otras drogas ilícitas^{27,41,45}.

El RAAPS es un instrumento que ayuda a la identificación de conductas de riesgo en los adolescentes, favoreciendo el hallazgo de FrALNS modificables, modulables y no modificables, como se ilustra en la [tabla 2](#)^{42,46}.

Prevención

Los médicos de atención primaria deben aprovechar cada oportunidad con los adolescentes para desarrollar la búsqueda activa y la modificación de los FrALNS, pues las intervenciones que contribuyen a la disminución de las ALNS y, con ella, del riesgo suicida subyacente deben instaurarse en el menor tiempo posible⁴.

Conclusiones

En los últimos años ha habido un incremento en el interés por las ALNS en adolescentes, principalmente por el aumento de casos asociados a redes sociales.

Las ALNS son conductas autolesivas sin intención suicida que se realizan de manera repetitiva con el objetivo de generar placer; constituyen un problema de salud pública subdiagnosticado. Las ALNS en los adolescentes se presentan como estrategias generadas para lograr una falsa regulación emocional, en las que se enmascara el dolor emocional con el dolor físico.

El reconocimiento temprano y la modificación de los factores de riesgo es la principal estrategia para prevenir la aparición de ALNS y es una oportunidad para los médicos de atención primaria para impactar en su aparición.

Aunque no existen criterios diagnósticos establecidos, la anamnesis y los hallazgos indicativos en el examen físico son cruciales en el diagnóstico de estas conductas autolesivas. Ante la dificultad de su manejo, todos los adolescentes con presencia de ALNS diagnosticadas deben ser manejados

por el especialista en psiquiatría infantil y del adolescente o, en su defecto, por el especialista en psiquiatría, debido también al aumento del riesgo suicida.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;115:23–30, <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023>, 2018.
2. Mollà L, Batlle Vila S, Treen D, López J, Sanz N, Martín LM, et al. Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Rev Psicopatología Psicol Clin.* 2015;20:51–61, <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408>.
3. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015;9:31, <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-015-0062-7>.
4. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, Featherston OJ, Rapti I, Garcia-Anguita A, et al. Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: Meta-analyses of community-based studies 1990-2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2018;57:733–41.
5. Díaz de Neira M, García-Nieto R, de León-Martínez V, Pérez Fominaya M, Baca-García E, Carballo JJ. Prevalence and functions of self-injurious thoughts and behaviors in a sample of Spanish adolescents assessed in mental health outpatient departments. *Rev Psiquiatr Salud Ment Engl Ed.* 2015;8:137–45.
6. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015;38:55–64.
7. Villarroel GJ, Jerez CS, Montenegro MA, Montes AC, Igor MM, Silva IH. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2013;51:38–45.
8. Carvalho CB, Nunes C, Castilho P, da Motta C, Caldeira S, Pinto-Gouveia J. Mapping non suicidal self-injury in adolescence: Development and confirmatory factor analysis of the Impulse Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A). *Psychiatry Res.* 2015;227:238–45.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Fifth edition. American Psychiatric Association; 2013, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
10. González L, Vasco I, Nieto L. Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuad Hispanoam Psicol.* 2016;16:41–56.
11. Vargas Gutiérrez RM, Muñoz-Martínez AM. La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicol USP.* 2013;24:225–40.
12. Gromatsky MA, Waszczuk MA, Perlman G, Salis KL, Klein DN, Kotov R. The role of parental psychopathology and personality in adolescent non-suicidal self-injury. *J Psychiatr Res.* 2017;85:15–23.
13. In-Albon T, Bürli M, Ruf C, Schmid M. Non-suicidal self-injury and emotion regulation: A review on facial emotion recognition and facial mimicry. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2013;7:5.
14. Serafini G, Canepa G, Adavastro G, Nebbia J, Belvederi Murri M, Erbutto D, et al. The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: A systematic

- review. *Front Psychiatry*. 2017;8:149, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2017.00149>.
15. Thomassin K, Shaffer A, Madden A, Londino DL. Specificity of childhood maltreatment and emotion deficit in nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of youth. *Psychiatry Res*. 2016;244:103–8.
 16. Brown RC, Heines S, Witt A, Braehler E, Fegert JM, Harsch D, et al. The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: Data from a representative sample of the general population. *BMC Psychiatry*. 2018;18:181, <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-018-1754-3>.
 17. Vieira AI, Machado BC, Moreira CS, Machado PPP, Brandão I, Roma-Torres A, et al. Eating disorders and non-suicidal self-injury: Structural equation modelling of a conceptual model. *Eur Eat Disord Rev*. 2018;26:431–7, <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2611>.
 18. Vieira AI, Machado BC, Machado PPP, Brandão I, Roma-Torres A, Gonçalves S. Putative risk factors for non-suicidal self-injury in eating disorders: Non-suicidal self-injury in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2017;25:544–50.
 19. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal self-injury in adolescence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19:20, <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>.
 20. 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 Dysregulation*. 2015;2:2.
 21. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev*. 2015;42:156–67.
 22. Zielinski MJ, Hill MA, Veilleux JC. Is the first cut really the deepest? Frequency and recency of nonsuicidal self-injury in relation to psychopathology and dysregulation. *Psychiatry Res*. 2018;259:392–7.
 23. Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY. Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *Can J Psychiatry*. 2014;59:565–8.
 24. McKean AJS, Pabbati CP, Geske JR, Bostwick JM. Rethinking lethality in youth suicide attempts: First suicide attempt outcomes in youth ages 10 to 24. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57:786–91.
 25. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. OMS; 2018 [consultado 10 Jun 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
 26. Brausch AM, Williams AG, Cox EM. Examining intent to die and methods for nonsuicidal self-injury and suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 2016;46:737–44.
 27. Bode DV, Roberts TA. Self-injurious behavior in an adolescent. *Am Fam Physician*. 2011;83:609–11.
 28. Liu ZZ, Chen H, Bo QG, Chen RH, Li FW, Lv L, et al. Psychological and behavioral characteristics of suicide attempts and non-suicidal self-injury in Chinese adolescents. *J Affect Disord*. 2018;226:287–93.
 29. Koenig J, Brunner R, Fischer-Waldschmidt G, Parzer P, Plener PL, Park J, et al. Prospective risk for suicidal thoughts and behaviour in adolescents with onset, maintenance or cessation of direct self-injurious behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26:345–54.
 30. Szewczuk-Bogustawska M, Kaczmarek-Fojtar M, Moustafa AA, Mahlberg J, Frydecka D, Oleszkowicz A, et al. Assessment of the frequency criterion for the diagnosis of non-suicidal self-injury disorder in female adolescents with conduct disorder. *Psychiatry Res*. 2018;267:333–9.
 31. Ulloa Flores RE, Mayer Villa PA, de la Peña Olvera F, Palacios Cruz L, Victoria Figueroa G. Lesiones autoinfligidas con fines no suicidas según el DSM-5 en una muestra clínica de adolescentes mexicanos con autolesiones. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.002>. En prensa.
 32. Victor SE, Davis T, Klonsky ED. Descriptive characteristics and initial psychometric properties of the Non-Suicidal Self-Injury Disorder Scale. *Arch Suicide Res*. 2017;21:265–78.
 33. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;12:CD012013, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012013>.
 34. Plener PL, Brunner R, Fegert JM, Groschwitz RC, In-Albon T, Kaess M, et al. Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: Consensus based German guidelines. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2016;10:46, <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-016-0134-3>.
 35. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54, 97.e2-107.e2.
 36. Rodríguez Sanz J, Álvarez-Ude Bejarano DZG, Álvarez-Ude Cotera F. La entrevista con el adolescente: los elementos clave. *FMC*. 2015;22:360–8.
 37. González López E, García Lázaro MI, Otero Puime A. Family medicine in the training of the doctors of the future, and nowadays. *Med Clin Engl Ed*. 2017;148:192–3.
 38. Zambrini DB. La medicina familiar y su futuro en la era global. *Aten Primaria*. 2011;43:330.
 39. Smith GL, McGuinness TM. Adolescent psychosocial assessment: The HEEADSSS. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2017;55:24–7.
 40. Román C, Angulo R, Figueroa G, Hernández M. El médico familiar y sus herramientas. *Rev Med MD*. 2015;6:294–9.
 41. Cote-Menendez M, Uribe-Isaza MM, Prieto-Suárez E. [Validation for Colombia of the CRAFFT substance abuse screening test in adolescents] Spanish. *Rev Salud Publica Bogota Colomb*. 2013;15:220–32.
 42. Suárez-Pinto TA, Blanco-Gómez A, Díaz-Martínez LA. Validación de la versión en español del *Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services* en adolescentes colombianos. *Arch Argent Pediatr*. 2016;114:448–114457, <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.448>.
 43. Doukrou M, Segal TY. Fifteen-minute consultation: Communicating with young people-how to use HEEADSSS, a psychosocial interview for adolescents. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2018;103:15–9.
 44. Harrington BC, Jimerson M, Haxton C, Jimerson DC. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician*. 2015;91:46–52.
 45. D'Amico EJ, Parast L, Meredith LS, Ewing BA, Shadel WG, Stein BD. Screening in Primary Care: What is the best way to identify at-risk youth for substance use? *Pediatrics*. 2016;138, pii: e20161717.
 46. Darling-Fisher CS, Salerno J, Dahlem CHY, Martyn KK. The Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services (RAAPS): Providers' assessment of its usefulness in their clinical practice settings. *J Pediatr Health Care*. 2014;28:217–26.