

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autora: Norma Márquez

DEL AUTOLESINISMO AL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

2016

Citar como: Márquez, N. (2016). Del autolesinismo al suicidio en la adolescencia. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.



INDICE

Título	Página
1- Introduccion	pág.3
2- Planteamiento del problema.....	pág.4
3- Objetivos generales.....	pág.4
4- Objetivos específicos.....	pág.4
5- Marco metodológico.....	pág.4
6- Desarrollo.....	pág.5
6.1 Marco teórico conceptual.....	pág.5
A) Definiciones.....	pág.5
B) Clasificación de las lesiones.....	pág.6
6.2 Análisis del problema.....	pág.8
El suicidio.....	pág.8
Algunas estadísticas.....	pág.9
Asociación a otros trastornos.....	pág.17
Comportamientos Autodestructivos Indirectos y las autolesiones Deliberadas.....	pág.18
6.3 Importancia del tema en el contexto legal.....	pág.22
7- Conclusiones.....	pág.24
8- Referencias Bibliográficas.....	pág.28



1. INTRODUCCION

En el transcurso de nuestro cursado de la especialidad hemos tenido la posibilidad de conocer el tema de las autolesiones, enmarcadas dentro de lo que se conoce como lesiones autoinflingidas y estando el agredido en custodia, como por ejemplo.

Estas autolesiones se describen habitualmente como lesiones cortantes, lineales, paralelas superficiales en su gran mayoría, con predilección por las siguientes regiones: anterior de la muñeca (más frecuentemente en el lado contrario a la mano hábil), región ante braquial, región anterior de los muslos. Raramente son de marcada profundidad.

Llegando al final de la especialización y viendo el tema del suicidio infantojuvenil, encontré la mención de "autolesiones deliberadas" y fue allí donde enfoqué en el tema del suicidio y el autolesionismo en adolescentes.

El suicidio puede considerarse como el punto final de varias patologías ya que el 90 % de todos los suicidios se relacionarían con trastornos emocionales u otras enfermedades psiquiátricas. Viéndolo entonces como punto final de varias patologías existe o existirá un camino por el cual transita el suicida y es acá donde encontraríamos, entre otras, al autolesionismo/autolesiones deliberadas.

Desde la medicina legal, lo habitual es encontrarnos al final de ese camino, con el cadáver del suicida en la mesa de Morgagni, cuando sólo nos queda confirmar el mecanismo de muerte. En ese camino en el que transita el potencial suicida puede encontrarse con la medicina legal, por ejemplo, en el contexto de autolesiones que son evaluadas, cuando son de moderadas a graves, en el centro de atención médica, y en su mayoría, sin tomar contacto con el perito psiquiatra o médico legista. Y, como se verá en el desarrollo, se podría llegar a considerar la importancia de que estos pacientes sean evaluados al menos por uno de ellos, teniendo en cuenta no solo el trasfondo de la patología psiquiátrica, sino también con el trasfondo de abusos y maltrato dentro del ámbito familiar.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la medicina legal, como se dijo anteriormente, se puede llegar a tener contacto con el suicida cuando el hecho ya fue consumado, realizando la autopsia correspondiente y llegando a determinar el mecanismo de la muerte, pero, siendo el suicidio el resultado final de un camino, ¿qué es lo que lleva a un niño, joven o adolescente a atravesar dicho camino?, ¿dónde se encuadran las autolesiones deliberadas? y ¿existe otro punto en que la medicina legal interviene en dicho camino? ¿Son éstas abordadas desde la medicina legal?, ¿en qué contexto?

3. OBEJTIVOS GENERALES

El objetivo general del presente trabajo es poder aportar al médico legista una visión general de las autolesiones deliberadas, contextualizadas dentro del suicidio, más específicamente en la población infantojuvenil, aclarando algunas definiciones y ofreciendo antecedentes para que en el transcurso de la actividad legista estas puedan ser evaluadas con un enfoque más abierto que le permita verlas ya no sólo como simples lesiones superficiales, sino como parte de ese camino por el cual transita el suicida.

4. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Se enfatizará principalmente sobre los factores de riesgo y patologías que llevan a la práctica del autolesionismo/autolesiones deliberadas en adolescentes y la posible relación existente entre éstas y situaciones traumáticas vividas en la infancia; buscar desde que punto el médico legista puede aportar a la prevención del suicidio y no ser un mero espectador del final del camino.

5. MARCO METODOLÓGICO

Se usará búsqueda bibliográfica referente a las características generales y particulares sobre autolesionismo-autolesiones deliberadas en cuanto a su relación o no con el suicidio en la población adolescente. La búsqueda se realizará en libros de medicina legal, revistas

médicas y buscadores tales como Dialnet, Google Académico, PubMed, Science Research, entre otros.

Palabras Claves: Autolesionismo lesiones autodeliberadas, suicidio infantojuvenil, self-harm, deliberate self-harm, non-suicidal self-injury, en título, abstract y palabras claves

6. DESARROLLO

6.1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

A) DEFINICIONES

En los manuales diagnósticos actuales de los trastornos mentales y del comportamiento, el suicidio no tiene código autónomo. La CIE-10 (clasificación Internacional de Enfermedades) recoge los suicidios y autolesiones intencionalmente autoinflingidas (X60-X84), que incluye: "envenenamiento o lesión autoinflingida, intento de suicidio", en un código adicional en el capítulo XX sobre causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y98). En el capítulo XXI sobre factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (Z00-Z99), se describe en el apartado Z91.5 la "historia personal de lesión autoinflingida intencionalmente" que incluye: "parasuicidio, autoenvenenamiento e intento de suicidio".

Antes de adentrar en el desarrollo del trabajo se precisa conocer algunas definiciones fundamentales (3, 4)

Suicidio: la muerte autoinflingida con evidencia, implícita o explícita, de que la persona quería morir. Para la OMS: acto deliberado de quitarse la vida (OMS 2010)

Intento de suicidio: acto no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, que le cause autolesión o que, sin la intervención de otros la determinaría o bien aquel que haya una ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica.

Suicidio frustrado: acción de un agente accidental e imprevisible que impide la consumación con la muerte del sujeto.

Ideación suicida: pensamientos universales sobre el cese de la propia vida en situación de estrés intolerable. En la clínica se valora como tal la persistencia de la ideación en las 2 semanas previas a la exploración.

Autolesión: el comportamiento autolesivo consiste en infligirse daño corporal sin intención suicida o cortes en la piel, quemaduras, golpes. La conducta autolesiva repetitiva se

caracteriza por la presencia de impulsos irresistibles, recurrentes e intrusivos de infligirse daño físico que se acompaña de tensión creciente, ansiedad u otros estados disfóricos. Otros la nombran como autolesiones no suicidas (NSSI non-suicidal self injury).

B. CLASIFICACION DE AUTOLESIONES

No toda autolesión implica intento de autolisis. Las conductas autolesivas constituyen una cantidad importante, que puede diferenciarse en al menos 5 tipos:

a) Autolesión no autolítica (ALNA) directa (conducta parasuicida): acto deliberado en el que se produce un daño directo al cuerpo, pero sin intencionalidad suicida (por ejemplo, cortes superficiales en antebrazos o piernas).

b) ALNA indirecta: conducta que no daña directamente el cuerpo, pero que incluye maltrato a uno mismo (por ejemplo, involucrarse en relaciones abusivas, abuso de sustancias, conductas de riesgo, práctica de deportes de alto riesgo, desórdenes alimenticios y sexuales, múltiples cirugías, apuestas compulsivas, etc.). (2)

c) Intento autolítico frustrado (no letal): intento de suicidio que no alcanza su fin y cuyo método no era letal en sí mismo.

d) Intento autolítico letal frustrado: intento de suicidio que no alcanza su fin (la muerte) y cuyo método era potencialmente letal.

e) Suicidio consumado: se trata del intento autolítico que acaba con la vida del sujeto.



Fotografía N°2. Cortes profundos observados en la muñeca del mismo paciente



Fotografía N°3. Curación de los cortes presentados por un paciente



6.2 ANALISIS DEL PROBLEMA

EL SUICIDIO

El suicidio es una forma extrema de violencia autoinfligida.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2016), se calcula que mueren 800000 personas por suicidio cada año y es la segunda causa de muerte en jóvenes entre 15-29 años.

El suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial. Según la OMS por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos. Esta afirma que las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años y ese incremento ha sido más marcado entre los jóvenes, al punto de convertirlos en la actualidad en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo. El suicidio a nivel mundial se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas, situación epidemiológica cada vez mayor de los lazos sociales sufrido por los jóvenes.

En general, las tasas de suicidio aumentan con la edad, en la población de edad de 75 años o mayores, son aproximadamente 3 veces superiores a las del grupo de 15 a 24 años. El suicidio, excesivamente raro antes de la pubertad, se vuelve cada vez más frecuente en la adolescencia, pero en la población de 15 a 44 años, las lesiones autoinfligidas constituyen la 4 causa de muerte y la 6 causa de mala salud y discapacidad.

El suicidio es la tercera causa principal de muerte entre los adolescentes y jóvenes adultos (Center for Disease Control and Prevention). Para la OMS a nivel mundial, en la población de 15 a 44 años, las lesiones autoinfligidas representa la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad. En España, entre los 15 y 25 años el suicidio es la segunda causa de muerte, siendo la primera los accidentes de tránsito (3)

A pesar de que las tasas de suicidio son consistentemente más altas en los hombres, las mujeres intentan el suicidio de dos a tres veces más a menudo que los varones. (OMS. 3,4,13)

ALGUNAS ESTADISTICAS: (pongo en comparación Argentina con Santa Cruz por ser ésta última la provincia donde resido)

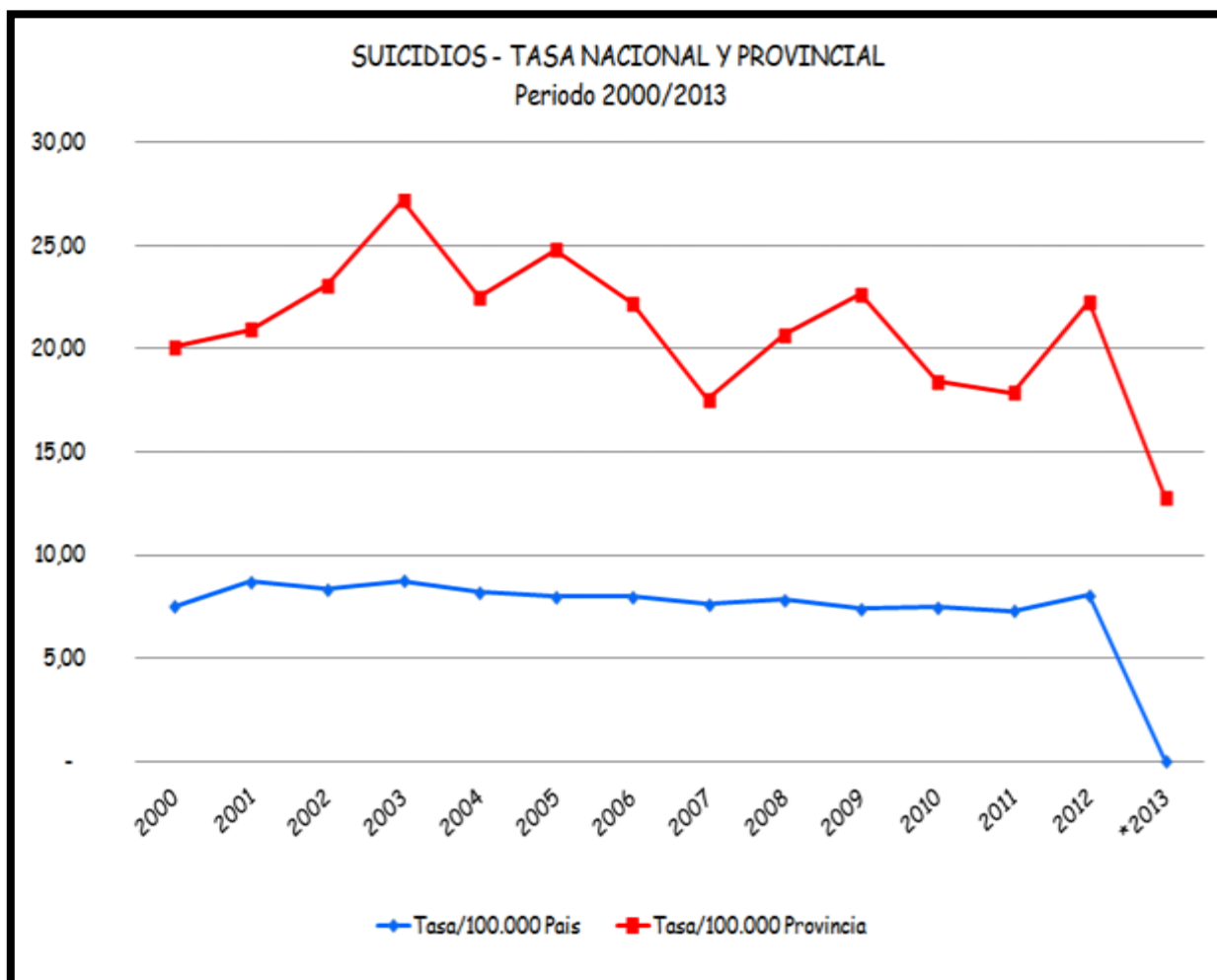
CASOS Y TASAS DE SUICIDIOS ARGENTINA Y SANTA CRUZ - Período 2000 a 2013

TASA DE SUICIDOS POR RESIDENCIA - PAIS Y PROVINCIA - PERIODO 2000/*2013						
AÑO	Nº DEFUNCIONES PAIS	Nº DEFUNCIONES PROVINCIA	POBLACION PAIS	POBLACION PROVINCIA	TASA POR 100.000 PAIS	TASA POR 100.000 PROVINCIA
2000	2787	26	37.031.802	206897	7,53	12,57
2001	3147	24	36.028.041	196876	8,73	12,19
2002	3178	32	37.944.014	217656	8,38	14,70
2003	3311	38	37.869.723	205953	8,74	18,45
2004	3137	30	38.226.051	209859	8,21	14,30
2005	3076	36	38.592.150	213845	7,97	16,83
2006	3119	31	38.970.611	217846	8,00	14,23
2007	2996	22	39.356.383	221871	7,61	9,92
2008	3123	29	39.745.613	225920	7,86	12,84
2009	2977	35	40.134.425	230005	7,42	15,22
2010	3024	30	40.518.951	273987	7,46	10,95
2011	2981	29	40.900.496	273964	7,29	10,59
2012	3332	39	41.281.631	273964	8,07	14,24
*2013		35	41.281.631	273964	0	12,78

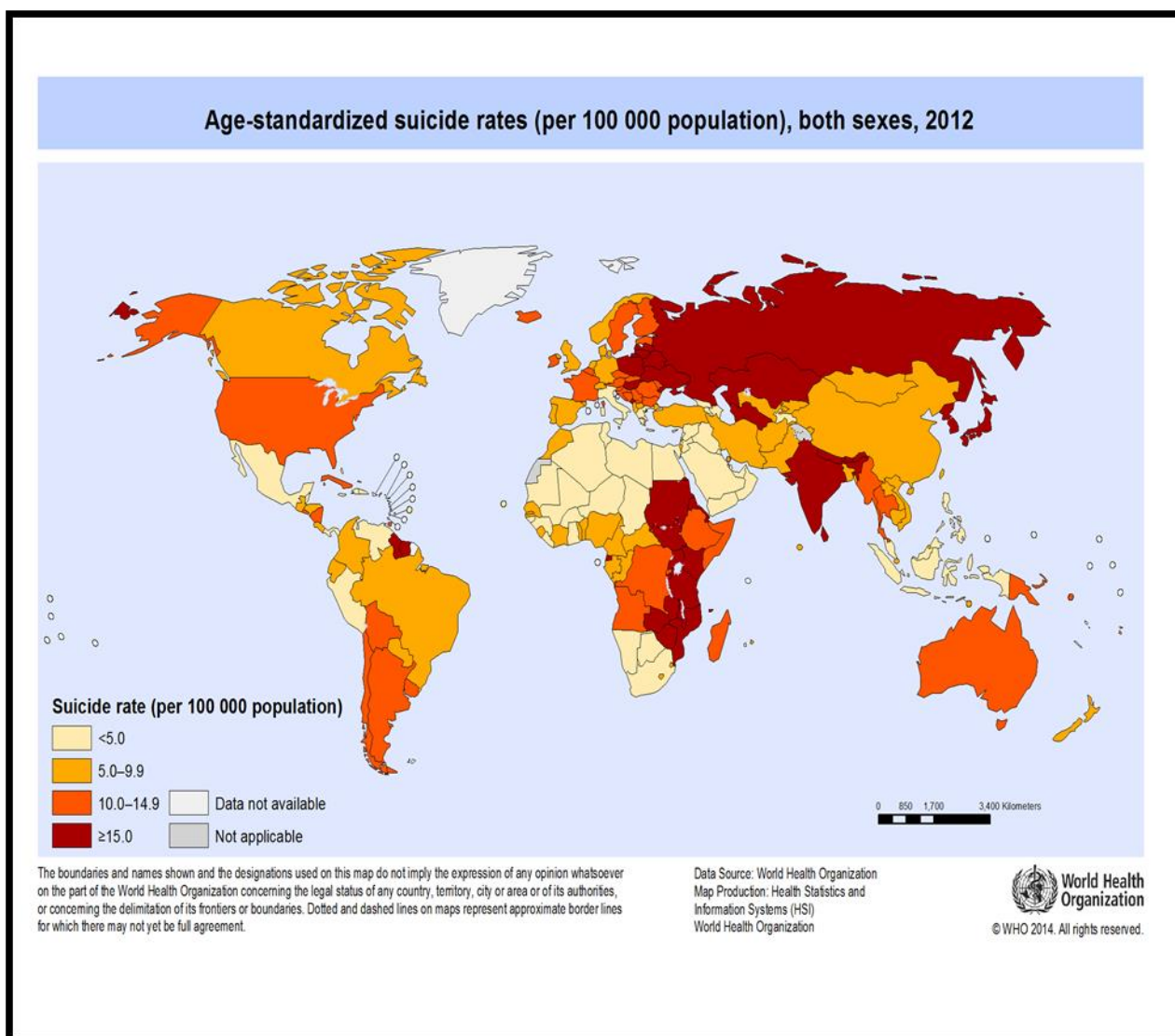
Fuente: Consolidado Nacional Ministerio de Salud de la Nación

SUICIDIOS - TASAS/100000 – ARGENTINA Y SANTA CRUZ

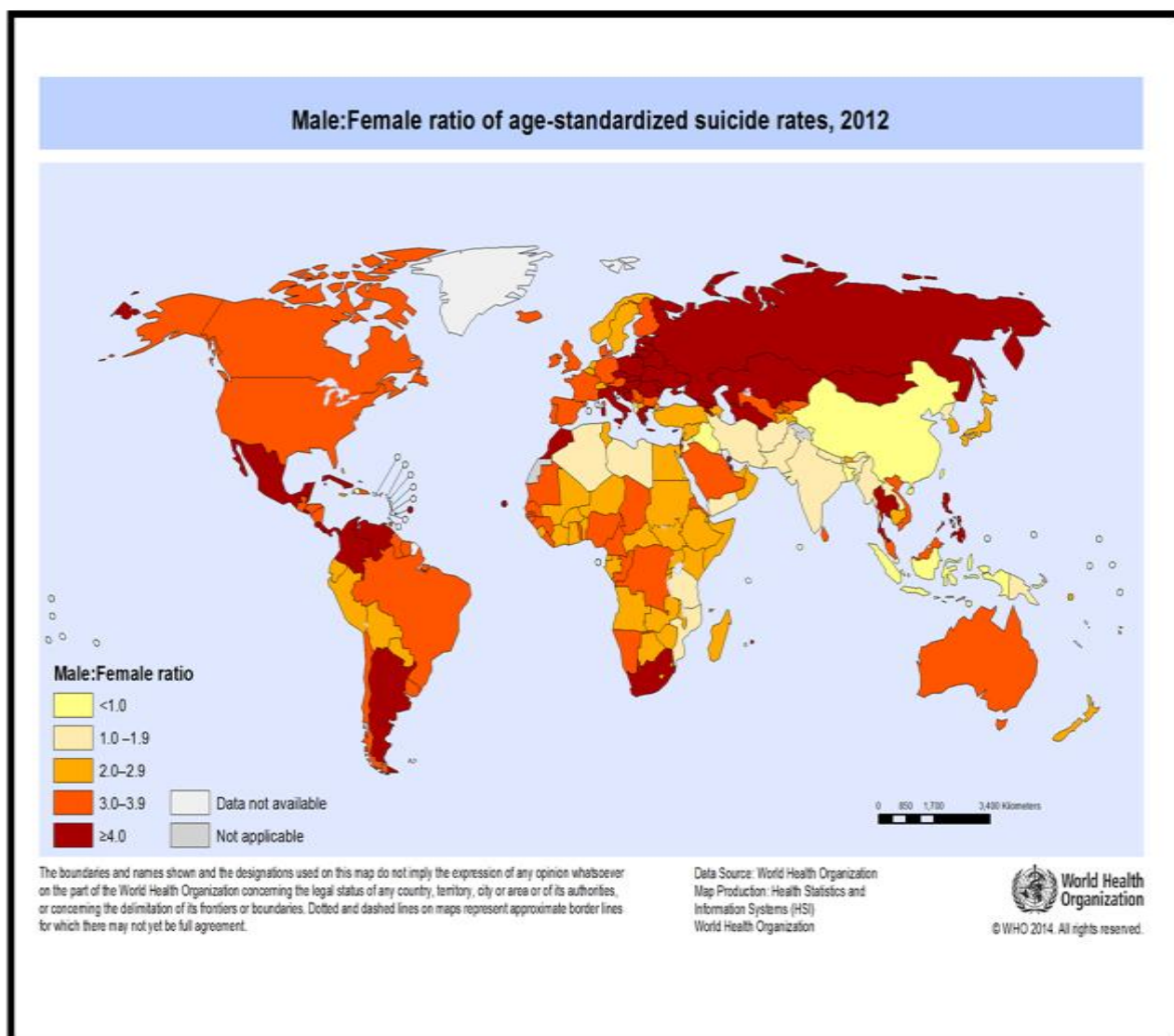
Período 2000 a 2013



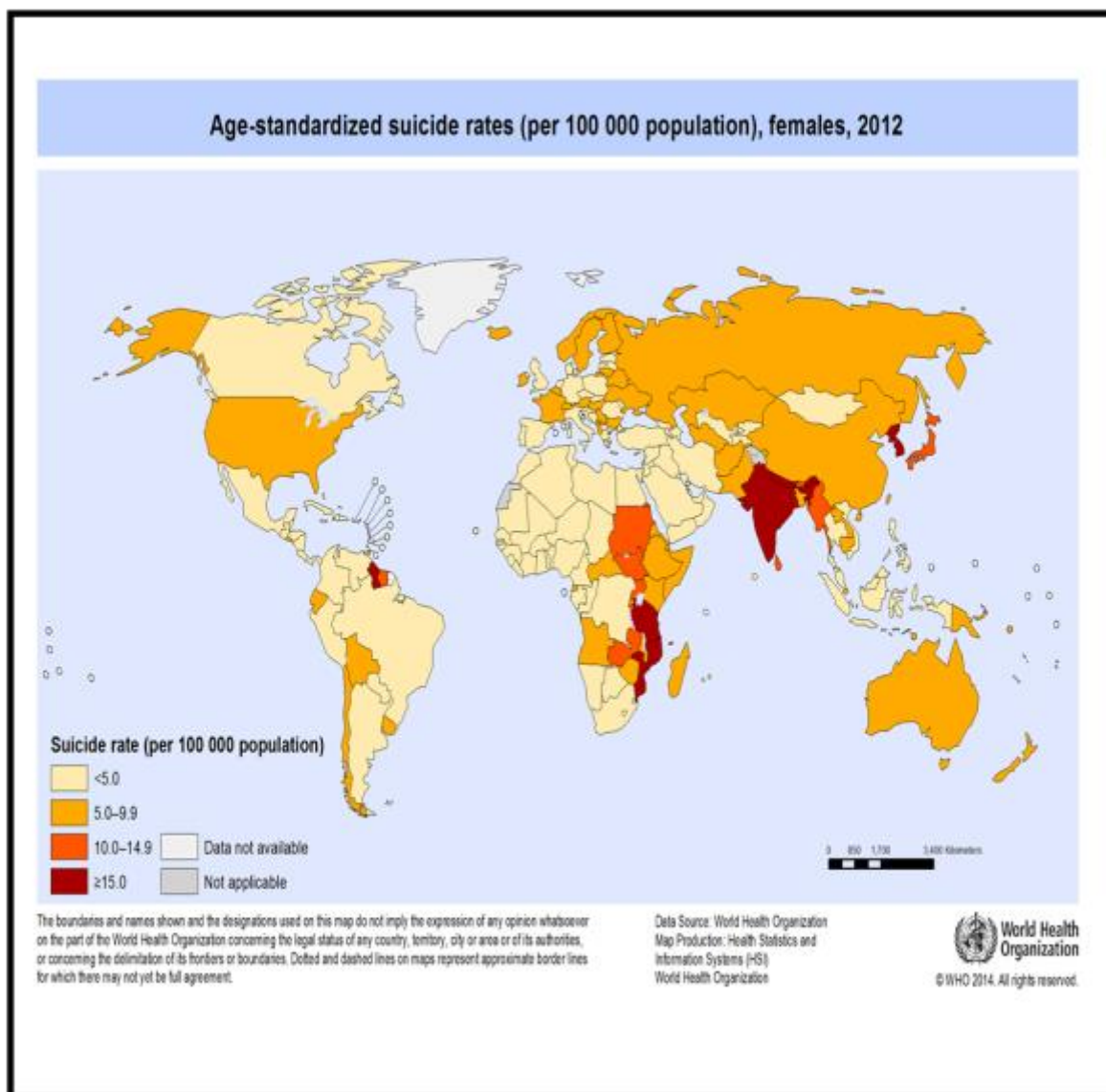
Fuente: Consolidado Nacional Ministerio de Salud de la Nación.



Tasa de suicidio estandarizada por edad (por 100.000 habitantes), ambos sexos, 2012, según OMS



Relación hombre:mujer de las tasas de suicidio estandarizadas por edad según OMS



Tasa de suicidio estandarizada por edad (por 100.000 habitantes), mujeres, 2012, según OMS

Entre algunos de los factores de riesgo para el suicidio (OMS 2012):

INDIVIDUAL • INTENTOS SUICIDAS • DESORDENES MENTALES • ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL • DESESPERANZA • SENSACIÓN DE AISLAMIENTO • TENDENCIAS AGRESIVAS • IMPULSIVIDAD • HISTORIAS DE ABUSO O TRAUMAS • DESORDENES EMOCIONALES AGUDOS • ENFERMEDAD PSIQUIATRICA MAYOR INCLUYENDO DOLOR CRONICO • HISTORIA FAMILIAR DE SUICIDIO • FACTORES NEUROBIOLOGICOS	SOCIOCULTURAL • Barreras para acceder al sistema de salud, especialmente salud mental y tratamiento de abuso de sustancias • Algunas creencias culturales y religiosas • Exposición a conductas suicidas, incluyendo la influencia de otros que han muerto por suicidio SITUACIONAL • Pérdida de trabajo y financiera • Pérdidas sociales y de relaciones • Eventos de vida estresantes • Fácil acceso a medios letales
--	--

La conducta suicida es un proceso complejo que abarca desde la ideación suicida, la elaboración de un plan suicida, la obtención de los medios para hacerlo, el intento de suicidio y el suicidio como desenlace fatal, conductas que se solapan entre ellas. Se realizan entre 10-50 intentos de suicidio por cada suicidio consumado, lo cual varía con la edad, en los grupos de mayores de 65 años la proporción se estima de 1-4 intentos por cada suicidio; y en las poblaciones jóvenes, entre 30-200 por cada suicidio, en la población con antecedentes de tentativa de suicidio. Resulta un padecimiento multicausal en el que intervienen determinantes psicológicos, biológicos, genéticos, sociales, contextuales y situacionales (3). Es lamentable que exista un sub-registro de la conducta suicida, mucho más teniendo en cuenta que el comportamiento suicida no fatal es un fuerte predictor de suicidio. (4)

Hay dificultades para llegar a un consenso en la definición, en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992), por lo que la OMS propone como criterios operativos de un suicidio: a) un acto con resultado letal; b) deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto; c) sabiendo o esperando el resultado letal y d) la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social.

Aun cuando el fenómeno del suicidio consumado en niños y adolescentes concita gran preocupación a nivel mundial, son escasos los estudios sistemáticos cualitativos en este grupo etario. El trabajo de Ladame (año 1995, 2005,) a partir de un estudio multicéntrico europeo sobre el suicidio en jóvenes y, por otro lado, la investigación cualitativa de Lindner (2005) sobre los aspectos biográficos de hombres con conductas suicidas, son ricos ejemplos del esfuerzo por abordar situaciones conflictivas, de impacto social, desde una perspectiva dinámica. La ausencia del objeto de estudio, es decir del suicida, constituye una traba evidente para el análisis de la información. Es posible que esto explique la existencia de una abundante literatura científica concerniente a los intentos de autoeliminación y la escasez de estudios cualitativos en casos de suicidios consumados en jóvenes. Hay publicaciones como la de Brent DA. 1988, que señalan la existencia de un perfil claramente diferenciado entre los adolescentes con ideación suicida, quienes intentan quitarse la vida y aquellos que consuman el suicidio. Por tal motivo, es poco probable que las hipótesis o teorías que surgen de la investigación en casos de intentos de autoeliminación, puedan sostenerse cuando hablamos de suicidios. Diversas investigaciones (Marttunen MJ, 1991; Rodríguez Almada H, 2005) mostraron la utilidad del empleo del método de la autopsia psicológica para estudiar el suicidio infanto-juvenil (5, 6,7) El análisis epidemiológico de la información obtenida en otros países, bajo una mirada descriptiva-cuantitativa, resulta relevante y enriquecedor en cuanto a la planificación de políticas de prevención. Sin embargo, la comprensión en profundidad acerca de los mecanismos psíquicos implicados y la psicopatología subyacente, no puede ser abordada bajo una mirada estrictamente y meramente cuantitativa. (8)

A pesar que, ambos, Ideación Suicida (IS) y autolesiones no suicidas (ALNS) son conocidas como factores de riesgo para comportamientos suicidas, algunos estudios han examinado cómo el tener una historia de uno o ambos de estos factores predice prospectivamente el riesgo aumentado de intentos suicidas.

La teoría de la "capacidad adquirida para el suicidio" de Joiner , expone que para efectuar un intento de suicidio grave o mortal, una persona debe experimentar reducciones en la sensibilidad al miedo y al dolor suficientes para vencer los reflejos de auto preservación (es decir, la capacidad adquirida para el suicidio), en la que la participación en las autolesiones no suicidas puede reducir las inhibiciones alrededor de la violencia autoinfligida, que imparte un mayor riesgo de intentos de suicidio entre las personas con riesgo suicida que sería observado en los pacientes con ideación suicida que no tienen un historial de autolesiones no suicidas. (9, 10)

En un estudio prospectivo realizado en Pittsburg (Pittsburgh Girls Study, Lori N. Scotta, Paul A. Pilkonis, Alison E. Hipwella, Kate Keenanb, and Stephanie D. Steppa. 2003-2004.) (11), en niñas, una gran muestra de la comunidad, para comparar grupos de niñas que no

informaron ideación suicida o autolesiones no suicidas, solamente ideación suicida, o ambos ideación suicida y autolesiones no suicidas e ideación suicida entre principios y finales de la adolescencia en cualquier momento, o recientes intentos de suicidio en la adolescencia tardía y la adultez temprana. En comparación con las niñas sin ideación suicida o historia de autolesiones no suicidas y los que sólo tienen una historia de la ideación suicida, las niñas con antecedentes de ambos autolesiones no suicidas e ideación suicida eran significativamente más propensas a informar posteriormente intentos de suicidio recientes y de por vida. Los resultados son consistentes con la teoría de la capacidad adquirida para el suicidio y sugieren que las adolescentes que han participado en autolesiones no suicidas y también informaron ideación representan un grupo de alto riesgo, en particular en la necesidad de prevención e intervención esfuerzos.

Ideación suicida, definida como el pensamiento o la intención de realizar comportamientos con la intención de poner fin a la vida de uno, predice fuertemente el intento de suicidio. La ideación suicida tiende a surgir por primera vez durante la adolescencia, y la prevalencia de esta es mayor entre los adolescentes en comparación con todos los otros grupos de edad, especialmente con altas tasas entre mujeres.

La edad de inicio de autolesiones no suicidas en muestras de la comunidad es en la adolescencia temprana, entre las edades de 11 y 15. Alguna evidencia sugiere que autolesiones no suicidas es más frecuente y tiene una edad más temprana de inicio de las adolescentes mujeres que entre los varones.

Teniendo en cuenta la aparición del desarrollo de autolesiones no suicidas y la ideación suicida, no es de extrañar que los dos a menudo co-ocurran durante la adolescencia y la superposición entre los dos probablemente aumenta el riesgo de comportamiento suicida. De acuerdo con la teoría de la capacidad adquirida para el suicidio, uno, no solamente tiene que tener el deseo de poner fin a la propia vida sino que también debe superar el miedo y el dolor asociado con lesiones autoinfligidas para aumentar su capacidad de participar en comportamientos suicidas. Las autolesiones no suicidas puede aumentar la capacidad para la violencia autoinfligida a través de la desensibilización al miedo y dolor asociado con estos comportamientos. Por lo tanto, los que tienen una historia de ambos autolesiones no suicidas y la ideación suicida pueden estar en mayor riesgo de comportamiento suicida en comparación con aquellos con ninguno o sólo uno de estos factores de riesgo. La evidencia que apoya la teoría de la capacidad adquirida recientemente ha comenzado a surgir. Por ejemplo, una mayor frecuencia de autolesiones no suicidas se asocia con más intentos de suicidio letales, y una mayor duración de las autolesiones no suicida está asociado con el suicidio más frecuentemente.

Los adolescentes con antecedentes de ambos intentos de suicidio y autolesiones no suicidas reportan menos temor acerca de la participación en el comportamiento suicida que los que tienen el intento de suicidio y sin antecedentes de autolesiones no suicidas, sugiriendo que las autolesiones no suicidas puede desensibilizar a las personas al miedo asociado con el suicidio.

Hay estudios que muestran los múltiples factores de riesgo para los intentos de suicidio y se ve que una combinación de ideación suicida y autolesiones no suicidas estaban muy asociadas con la historia de los intentos de suicidio. Esto, se basan principalmente en estudios retrospectivos de los individuos con antecedentes pasados de autolesiones no suicidas y / o comportamiento suicida, y no se encontró ningún estudio publicado que haya

examinado prospectivamente autolesiones no suicidas e ideación suicida para predecir el futuro comportamiento suicida.

Según el estudio TORDIA (Treatment of SSRI-Resistant Depression in Adolescents) las autolesiones no suicidas son un problema común entre los jóvenes con depresión resistente al tratamiento y un predictor significativo de futuro intento suicida y autolesiones no suicidas, lo que subraya la necesidad crítica de las estrategias que se dirigen a la prevención tanto de las autolesiones no suicidas y el comportamiento suicida.(13) En comparación con el conocimiento de la conducta suicida de los adolescentes, se sabe menos, sobre los correlatos y los predictores de las autolesiones no suicidas en los adolescentes, en parte debido a los esfuerzos para distinguir entre las conductas autolesivas con y sin la intención de suicidio han sido relativamente recientes.

ASOCIACION A OTROS TRASTORNOS:

Como factores de riesgo, destacan la depresión (Nixon et al., 2008), y trastorno límite de la personalidad (TLP) (Swannell et al., 2008). Hay datos epidemiológicos que señalan que el 80% de pacientes con TLP han tenido al menos un episodio de autolesiones no suicidas, y que de los adolescentes que se autolesionan, el 30% mantiene dicha conducta en la vida adulta (Ferrara y col, 2012)

Los jóvenes con una historia de autolesiones no suicidas tienen mucha sintomatología de depresión-ansiedad, síntomas del trastorno límite de la personalidad, problemas de conducta, consumo de sustancias, síntomas disociativos, el estrés, y las historias de abuso y/o violencia. Las autolesiones no suicidas parecerían también estar asociadas con tasas elevadas de intentos suicidas y predecirían el futuro suicidio y los intentos suicidas en adultos. Impresionaría que la cuestión de cómo las autolesiones no suicidas predicen un futuro suicidio y/o intentos de suicidios en adolescentes necesita ser estudiado en mayor profundidad.

Se resalta tanto la prevalencia e importancia de las autolesiones no suicidas e intentos suicidas en adolescentes con depresión crónica resistente al tratamiento. En consonancia con los resultados que indican tasas relativamente altas de autolesiones no suicidas en la población general de adolescentes, las historias de autolesiones no suicidas son relativamente frecuente y son más comunes que las historias de intentos suicidas. Además, las autolesiones no suicidas e intentos de suicidio tienden a ocurrir al mismo tiempo, presentando historias basales de ambos: autolesiones no suicidas y los intentos suicidas, y estos jóvenes con frecuencia se presenta con doble depresión (depresión mayor superpuesta a un trastorno distímico). Los jóvenes con antecedentes de ambos, autolesiones no suicidas e intentos suicidas, también reportaron los niveles más altos de ideación suicida, desesperanza, síntomas depresivos, los conflictos familiares, y eran más propensos a tener historias de abuso físico o sexual.

Los factores que predisponen al suicidio son muchas e incluyen trastornos psiquiátricos preexistentes y ambos factores facilitadores biológicos y socio-psicológicos. En la mayoría

de los adolescentes que se suicidan sufrían de un trastorno psiquiátrico asociado en el momento de su muerte. Más de la mitad habían sufrido de un trastorno psiquiátrico durante al menos 2 años.

Los trastornos del humor, la falta de comunicación entre padres e hijos, y los intentos de suicidio previos son factores de riesgo de suicidio en los niños y niñas. Las sustancias y / o abuso de alcohol aumenta significativamente el riesgo de suicidio en los adolescentes de 16 años o más. La patología familiar y una historia de comportamiento suicida familiar también pueden aumentar el riesgo y deben ser investigados.

Entre los factores que los adolescentes ubican como causales de su intención suicida están: la inestabilidad familiar por peleas o incomunicación, la pérdida de un ser querido, el aislamiento social y los sentimientos de soledad y de fracaso. Otros autores sitúan dicha problemática adolescente en función de los cambios propios de esta etapa evolutiva, o como el efecto de un debilitamiento.

Las conductas autolesivas no deben minimizarse. Exponen al adolescente a situaciones de riesgo y dan cuenta del malestar que una persona y/o grupo humano padece. La intervención del equipo de salud posibilita el trabajo terapéutico sobre dicho sufrimiento y la prevención de comportamientos de riesgo en el futuro.

COMPORTAMIENTOS AUTODESTRUCTIVOS INDIRECTOS Y LAS AUTOLESIONES DELIVERADAS

Los comportamientos autodestructivos indirectos, ISDB (Indirect Self Destructive Behavior), son definidos por Farberow (en Maris, Berman & Silverman, 2000) como aquellos comportamientos autoagresivos en los que no hay intención suicida ni conciencia o expectativa de suicidio. Estos comportamientos conforman un continuum lineal o continuum autodestructivo (Adam, 1985), aumentando el nivel de riesgo de muerte con cada repetición.

A los comportamientos autodestructivos indirectos, se lo considera tanto síntoma que se presentan en pacientes con diferentes cuadros psicopatológicos (depresiones mayores, trastornos borderline de la personalidad, trastornos de pánico y algunos trastornos esquizofrénicos) como síndrome independiente (Maris, Berman & Silverman, Op. Cit.).

Entre ellos se encuentran: el fumar en exceso, alcoholismo, deportes de alto riesgo, desórdenes alimenticios y sexuales, incumplimientos sistemáticos de indicaciones médicas, apuestas compulsivas, automutilaciones, drogadicción.

Las autolesiones deliberadas, constituyen una de las formas de comportamientos autodestructivos indirectos, definidas como alteraciones o destrucciones directas y deliberadas del cuerpo SIN intención suicida consciente.

Las conductas autolesivas no deben minimizarse. Exponen al adolescente a situaciones de riesgo y dan cuenta del malestar que una persona y/o grupo humano padece. La intervención del equipo de salud posibilita el trabajo terapéutico sobre dicho sufrimiento y la prevención de comportamientos de riesgo en el futuro.

El foco es el AQUÍ Y AHORA y en la búsqueda de sensaciones de alivio, el daño surge como una defensa.

Si el cuerpo es la primera intencionalidad y a través de él se habita el mundo, partiendo de la noción de "cuerpo vivido" (Martínez Carlos, 2007), (14) se intenta profundizar los rasgos de esta corporalidad restrictiva, donde solo a través de la autolesión es posible aliviar la angustia, para poder habitar y experimentar el mundo.

En las autolesiones deliberadas (DSH Deliberate Self Harm) existen alteraciones, modificaciones o destrucción del cuerpo sin intento suicida consiente (algunas aceptadas culturalmente como los tatuajes y piercings). Conducta que origina un daño o una herida al propio cuerpo o partes del mismo y se caracteriza por la intencionalidad, reiteración y falta de intención suicida (Favazza, 1996). Estas no deben darse en presencia de alucinaciones ni en presencia de diagnósticos como autismo o retraso mental grave. Tienen falta de control de impulso, aumento de la tensión y por una sensación de alivio sucesiva a la puesta en acto de la autoagresión.

En general surgen en al comienzo de la adolescencia, doce-catorce años, y lo más común es que sean superficiales/moderadas.

Sus modalidades más frecuentes son el cortarse (cutting), quemarse (burning), escarificaciones, insertar objetos debajo de la piel o uñas, morderse, entre los más frecuentes (Favazza, 1998).

Los lugares donde mayormente se ubican estas lesiones son los brazos, las piernas, el tórax, y zonas frontales del cuerpo, fáciles de acceder y ocultar, para así mantener en secreto estos actos. (15)

Dentro de la suicidiología estos son considerados tanto síntomas como síndromes independientes. Es síntoma en enfermedades psicopatológicas como por ej: depresiones mayores, trastornos borderline de la personalidad, trastornos de pánico y algunos trastornos esquizofrénicos.

Una historia de vida, particularmente la infancia, donde ha habido abusos sexuales y maltratos, constituyen un predictor significativo de autolesiones deliberadas y suicidio.

Muchas formas de comportamientos autodestructivos indirectos se inician como mecanismos de afrontamiento y por su repetición y resultados algunos se vuelven habituales y hasta adictivos.

El acto de automutilación redefine los límites del cuerpo, diferenciando el SÍ de los demás. La sangre derramada desde las heridas prueba que adentro del cuerpo hay vida. Semejante conducta puede estar, en efecto, relacionada con la falta de cuidados maternos durante la infancia, especialmente en relación con la falta de contacto corporal o con el caregiver. Algunos elaboraron la hipótesis que la preferencia de los brazos como partes para herir el propio cuerpo pueda también tener un latente significado de castigo hacia la madre más

que a sí mismo, porque los brazos representarían los brazos de la madre que no acunaron y protegieron correctamente al niño. En esta perspectiva es importante destacar la importancia del rol de la piel. El sef-injurer siente la necesidad de atacar su propio límite, de modo que el dolor callado podría encontrar un desahogo con el fin de ser regulado y calmado. El dolor y la herida autoinflingida son pensados como una forma ritualizada que le permite al individuo reconfigurar a su gusto los confines entre sí mismo y el mundo que lo rodea. (14)

Para quién perpetúa la autolesión, la incisión de su propia piel sería un acto de reivindicación de su propia existencia. El hecho de autoagredirse se convertiría, inconscientemente, en una forma de autoayuda, en un acto extremo porque extrema es la condición en donde el cutter se encuentra; una condición de alienación total, no sólo con respecto al mundo que lo rodea sino directamente con respecto a su misma corporalidad (Ladame 2004).

La palabra es uno de los usos posibles del cuerpo, cuando falla esta posibilidad de simbolización aparece la acción, la lesión como escritura en el cuerpo, como intento de liberación de tensión o angustia o de búsqueda de sí. La lesión parece inscribirse como "corte" en la experiencia vivida del cuerpo en un doble sentido: corte en cuanto a lesión y corte en cuanto a interrupción de esa experiencia. De este modo se configura un mundo ser-en-el-mundo, por momentos intolerable, desbordante, y riesgoso.

"Mi cuerpo no es uno de los tantos objetos-cuerpo, sino que es irreductible y originariamente mío porque es totalmente uno con el sujeto que soy". El cuerpo es la experiencia primaria del mundo, el ser es siempre corporalidad.

El cuerpo es fuente de significados, el yo-cuerpo realiza la existencia y expresa en el comportamiento una significación.

En estos sujetos con autolesiones deliberadas, la existencia se realiza a través de la lesión. El cuerpo, campo de expresión y relación, se realiza en el corte, en la quemadura, en la redundancia de tatuajes como comportamiento significativo y no como una idea que se traduce en el cuerpo. El comportamiento autolesivo, deviene así realización y expresión de la propia existencia.

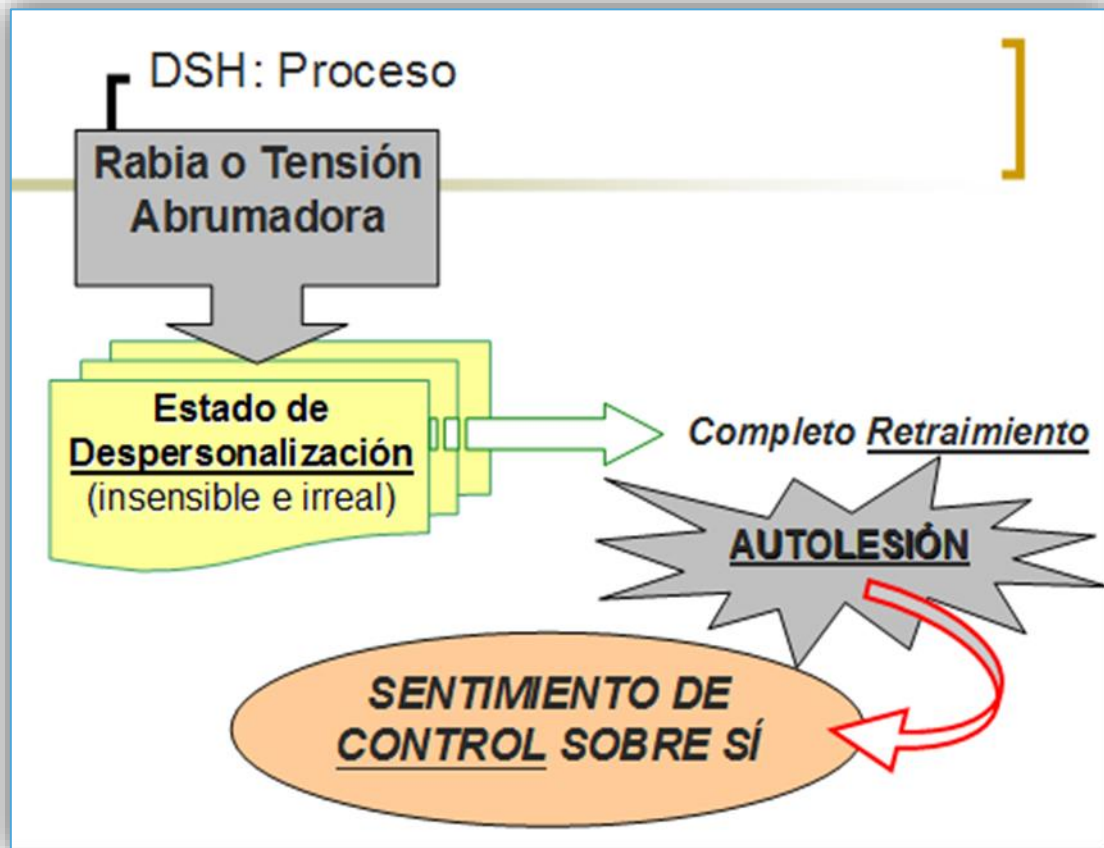
Los cortes surgen como único modo de sostenerse ligado a la existencia mundana. Si esta se torna insoportable, el sujeto queda atrapado y no puede sino abandonarse a un continuo autodestructivo, como único modo de comportamiento posible: *modo restrictivo de existencia*. Estas autolesiones son como modos morbosos de autoayuda, en la búsqueda de liberación de ciertos pensamientos o sensaciones, sin el fin de terminar con la vida, sino como la forma hallada para poder continuar con ella.

Viéndolo de esta manera, "proceso en el cual un comportamiento puede permitir a la vez placer y descartar o atenuar una sensación de malestar interno", las autolesiones deliberadas pueden considerarse una conducta adictiva. En este caso, en vez de existir un objeto externo que se ingiere o incorpora, lo adictivo lo constituye la lesión misma (comportamiento lesivo), o sea, el corte o mutilación en el propio cuerpo.

La adicción está íntimamente relacionada con el sentimiento de vacío, la pérdida de identidad y la angustia, a los que intenta borrar implicando para ello al cuerpo en una

búsqueda patológica de estimulaciones, intentado producir una transformación de sensaciones y el estado psíquico del sujeto.

En tanto único modo posible de disminuir la angustia, y dar sentido a la propia existencia, de realizarla o llenar ese espacio vacío de significaciones, las autolesiones deliberadas son concebidas como modos restrictivos de existencia, como modos particulares y específicos de apertura al mundo que atrapan al sujeto en un continuum autodestructivo.



6.3 LA IMPORTANCIA DEL TEMA EN EL CONTEXTO LEGAL

El Código Penal no califica al intento de quitarse la vida como delito. El artículo 19 de la Constitución Argentina establece el principio de autonomía personal, reconociendo el derecho de las personas a decidir libremente sobre su propia vida y su propio cuerpo, impidiendo al Estado –y a cualquier sujeto- interferir en dichas decisiones adoptadas libremente por la persona. Por lo tanto, no se debe denunciar a la policía ni adoptar medidas de encierro por intento de suicidio. (Constitución Argentina establece: “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”.)

Toda lesión grave se deberá denunciar ante la autoridad fiscal, judicial y/o policial para que investigue si se halla configurado alguno de los delitos de lesiones previstos por el Código Penal (arts. 89 a 94). Deber que le corresponde al profesional de la salud en ejercicio de su función (El art. 177 del Código Procesal Penal de la Nación sostiene que: “Tendrán obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier rama del arte de curar, en cuanto a los delitos contra la vida y la integridad física que conozcan al prestar los auxilios de su profesión, salvo que los hechos conocidos estén bajo el amparo del secreto profesional.”)

Considerando que el adolescente que comete un intento de suicidio se encuentra en situación de vulnerabilidad o amenaza grave de derechos del niño, niña o adolescente (Ley N° 26061 –arts. 9, 3º pár., 30 y 33): Art. 9, 3er párrafo: La persona que tome conocimiento de malos tratos, o de situaciones que atenten contra la integridad psíquica, física, sexual o moral de un niño, niña o adolescente, o cualquier otra violación a sus derechos, debe comunicar a la autoridad local de aplicación de la presente ley.

Art. 30: Deber de comunicar. Los miembros de los establecimientos educativos y de salud, públicos o privados y todo agente o funcionario público que tuviere conocimiento de la vulneración de derechos de las niñas, niños o adolescentes, deberá comunicar dicha circunstancia ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local, bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión.”. Es obligatoria la comunicación a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local. Esto es a los efectos de solicitar medidas de protección integral de derechos que se estimen convenientes.

Todo lo anterior, teniendo en cuenta que detrás de las de las autolesiones deliberadas (como así también toda la conducta suicida) puede estar en estrecha relación con situaciones de abuso o maltrato, por ejemplo.

A tener en cuenta cuando se evalúa un paciente que llega a una consulta de emergencia por alguna de las lesiones que pueden producirse desde las autolesiones al intento suicida:

- Evaluación de factores de Riesgo: a) sexo varón, b) letalidad del método: determinada por la peligrosidad para la integridad física (ALTA: ahorcamiento, armas de fuego, intoxicaciones, etc; MODERADA Y BAJA: ingestión de sustancias o medicamentos de baja toxicidad y pequeña cantidad, cortes leves o escasos y superficiales, cualquier otra conducta de autoagresión)
- Evaluación del estado psíquico al momento de la consulta: estado de conciencia, ideación implícita de autolesión, de muerte y/o suicida, expresión manifiesta de planes autoagresivos, alucinaciones, ideas delirantes, insomnio, impulsividad, etc.
- Evaluación de existencia de consumo de: alcohol o drogas, acción autolesiva repetida o intentos previos, presencia de trastorno mental previo.
- Presencia de evento estresante desencadenante del acto o ideación autolesiva (abuso sexual y/o maltrato por ej)
- Evaluación de estrategias terapéuticas inmediatas y a largo plazo.

Los factor de riesgo de alta letalidad dentro de los intentos suicidas son: Heridas cortantes profundas o en gran cantidad (cortes profundos en los cuatro miembros o en la cara), por lo tanto ante la presencia de un adolescente o niño con este tipo de lesiones debe hacer sospechar la posibilidad de intento suicida.

Factor de riesgo de moderada o baja letalidad: Cortes leves, escasos y superficiales (por ej: uno o dos cortes en antebrazo). Cualquier otra conducta de autoagresión de características tales que no hubieren podido ocasionar daño severo.

En cuanto su estado de conciencia lo permita, deberá obtenerse el consentimiento informado del propio adolescente. Es necesario que los/las adolescentes tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que sean consideradas, debiéndoseles suministrar información sobre su estado de salud, los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados. Ley 26.529, arts. 2 inc. e; Ley N° 26.657, art. 10.

Teniendo en cuenta y la intención de llegar al paciente antes que su camino culmine en el suicidio, que las autolesiones en ocasiones son lesiones graves, el trasfondo que algunos sufren (como antecedentes de abuso), ¿no deberían ser evaluados por un perito psiquiatra, o el cuerpo médico forense?

7. CONCLUSIONES

Se sugiere que los individuos con la ideación suicida que realizan autolesiones no suicidas, tienen un mayor riesgo de intentos de suicidios. Las autolesiones no suicidas se produce aproximadamente en un 13-21% en comunidades de adolescentes y es un fuerte predictor de intentos de suicidio por encima y más allá de otros factores de riesgo, incluyendo la ideación suicida, depresión, trastorno borderline de la personalidad, problemas familiares, y el trauma o exposición a abusos y maltrato familiar. Aproximadamente 30% de los adolescentes refieren haber pensado en el suicidio en algún momento, sólo una pequeña proporción de quienes tengan la ideación suicida nunca intente suicidarse. Por lo tanto, la identificación de factores que aumentan la probabilidad de que la progresión desde la concepción hasta intentos de suicidio es de suma importancia para los esfuerzos de prevención.

Sabiendo ahora la relación existente entre ideación suicida, autolesiones deliberadas, intento suicida y el suicidio, deberíamos considerar que el adolescente que llega a ser atendido en una guardia médica, no debería ser dado de alta luego de una simple curación plana y sutura (para el mejor de los casos, no así cuando se producen mutilaciones), sino más bien, debería ser evaluado por el perito psiquiatra, que es la persona idónea para poder objetivar el trasfondo que lleva a joven a tal situación, tomando en cuenta no solo las patologías subyacentes sino también la relación con episodios de abuso y maltrato familiar.

Podría llegar a utilizarse el SHQ (Self-Harm Questionary, cuestionario de autolesionismo), Anexo1, como complemento de la intervención del perito. Dicho cuestionario, originalmente presentado en el Journal of Adolescence (16) y posteriormente adaptado al castellano para la población mexicana, sería una herramienta útil en identificar la presencia de pensamientos y conductas auto-lesivas en adolescentes. Las tres primeras preguntas son para determinar la presencia de autolesionismo; las preguntas restantes se enfocan en los aspectos específicos de la conducta autolesiva. El método tiene una sensibilidad para detectar autolesionismo del 95%, sensibilidad del 35%, valor predictivo positivo de 72% y su valor predictivo negativo 90%.

Anexo 1: Cuestionario de Autolesionismo en Español

Preguntas de tamizaje:

Pregunta 1. ¿Alguna vez has pensado en lastimarte a propósito, sin querer morir? Por ejemplo, ¿alguna vez has pensado en cortarte los brazos, muñecas u otra parte de tu cuerpo, o haber pensado en tener una sobredosis? (Marca una casilla).

- 1.- No ☐
2.- Sí, una vez ☐
3.- Sí, dos, tres o cuatro veces ☐
4.- Sí, cinco o más veces ☐

Pregunta 2. ¿Alguna vez has pensado en suicidarte? (Marca una casilla)

- 1.- No ☐
2.- Sí, una vez ☐
3.- Sí, dos, tres o cuatro veces ☐
4.- Sí, cinco o más veces ☐

Pregunta 3. ¿Alguna vez te has lastimado a propósito? Por ejemplo, ¿te has cortado a ti mismo, o has tenido una sobredosis que no fuera accidental? Esto incluye todos los episodios de autolesionismo, hayas querido o no morir en ese momento. (Marca una casilla)

- 1.- No ☐
2.- Sí, una vez ☐
3.- Sí, dos, tres o cuatro veces ☐
4.- Sí, cinco o más veces ☐

Si contestaste "No" a la pregunta 3, este es el final del cuestionario. Continúa sólo si contestaste "Sí" a la pregunta 3.

Pregunta 4. ¿Cuándo te lastimaste por última vez? (Marca una casilla)

- 1.- En las últimas 24 hrs. ☐
2.- En la última semana ☐
3.- En el último mes ☐
4.- En el último año ☐
5.- Hace más de un año ☐

Pregunta 5. ¿Cuándo te lastimaste por última vez, tú...? (Marca una casilla)

- 1.- Te cortaste la piel (especifica cómo) ☐
2.- Tuviste una sobredosis o tomaste veneno (especifica cómo) ☐
3.- Ambos, te cortaste la piel y tuviste una sobredosis o tomaste un veneno (especifica cómo) ☐
4.- Hiciste algo más (especifica cómo) ☐

Pregunta 6. Cuando te lastimaste por última vez, ¿qué hizo que pensaras en lastimarte? (Selecciona las casillas que apliquen)

- 1.- Problemas familiares ☐
2.- Problemas con tu novio(a) ☐
3.- Problemas con la policía ☐
4.- Problemas escolares ☐
5.- Problemas de salud ☐
6.- Problemas con el alcohol ☐
7.- Problemas con alguna droga ☐
8.- Algún otro (Especifica): ☐

Pregunta 7. ¿Qué sentimientos experimentaste antes de lastimarte? (Selecciona las casillas que apliquen)

- 1.- Enojo ☐
2.- Tristeza ☐
3.- Preocupación ☐
4.- Excitación ☐
5.- Desorientación ☐
6.- Tensión ☐
7.- Vergüenza ☐
8.- Miedo ☐
9.- Algún otro (Especifica): ☐

Pregunta 8. ¿Qué sentimientos experimentaste después de lastimarte? (Selecciona las casillas que apliquen)

- 1.- Enojo ☐
2.- Tristeza ☐
3.- Preocupación ☐
4.- Excitación ☐
5.- Desorientación ☐
6.- Tensión ☐
7.- Vergüenza ☐
8.- Miedo ☐
9.- Alivio ☐
10.- Algún otro (Especifica): ☐

Pregunta 9. ¿Después de lastimarte, tú...? (Marca una casilla)

- 1.- Te sentiste mejor ☐
2.- Te sentiste peor ☐
3.- Te sentiste igual ☐

Pregunta 10. Cuando te lastimaste por última vez, ¿tú querías...? (Marca una casilla)

- 1.- Morirte ☐
2.- Autocastigarte ☐
3.- Mostrarle a alguien más cómo te sentías ☐
4.- Dejar de sentirte mal ☐
5.- Evitar hacer algo más ☐
6.- Sentirte mejor ☐
7.- Conseguir que otros hicieran algo ☐
8.- Conseguir detener a otros de hacer algo ☐
9.- Algo más (Especifica): ☐

Pregunta 11. Cuando te lastimaste por última vez, ¿ingeriste...? (Marca una casilla)

- 1.- Drogas y alcohol ☐
2.- Drogas ☐
3.- Alcohol ☐
4.- Ninguno ☐

Pregunta 12. Antes de lastimarte por última vez ¿Cuánto tiempo pasaste pensando en ello? (Marca una casilla)

- 1.- Meses ☐
2.- Semanas ☐
3.- Días ☐
4.- Minutos ☐
5.- Segundos ☐

ANEXO 1

García-Mijares et al.

Anexo 1: Cuestionario de Autolesionismo en Español (continuación)

Pregunta 13. Antes de lastimarte por última vez, ¿hiciste algún plan acerca de cómo lo ibas a realizar? (Marca una casilla)

- 1.- No ☐
 2.- Sí, parcialmente ☐
 3.- Sí, detalladamente ☐

Pregunta 14. Antes de lastimarte por última vez, ¿le hiciste saber a alguien acerca de tu intención? (Marca una casilla)

- 1.- A nadie ☐
 2.- A alguien a quien conocía ☐

Especifica a quien:

¿Cómo se lo hiciste saber?:

- 3.- Alguien a quien no conocía ☐
 ¿Cómo se lo hiciste saber?:

Pregunta 15. Después de lastimarte por última vez, ¿le hiciste saber a alguien sobre lo que habías hecho? (Marca una casilla)

- 1.- A nadie ☐
 2.- A alguien a quien conocía ☐

Especifica a quien:

¿Cómo se lo hiciste saber?:

- 3.- Alguien a quien no conocía ☐
 ¿Cómo se lo hiciste saber?:

ANEXO 1

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Autolesiones deliberadas. Entre la restricción y el alivio. VERTEX Rev. Arg. De Psiquiat. 2014, Vol XXV: 213-219
- 2- Lineamientos para la prevención del intento de suicidio en adolescentes. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2012
- 3- Recomendaciones Terapéuticas en Trastornos Mentales, 3 Ed, RTM-III. Pere Antoni Soler Isa, Josep Gascon Barrachina.
- 4- OMS. Preventing Suicide. A Resource for non-fatal Suicidal Behavior Case Registration. 2014.
- 5- Encycl Med Chir (Elsevier-Paris), Psychiatrie, 37-216-H-10, 1999
- 6- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40(7 Suppl): 24S-51S
- 7- Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, Zelenak (1988). Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. Arch Gen Psychiatry. 1988 Jun; 45(6):581-8.
- 8- Rodríguez Almada H, Irene García M, Ciriacos C (2005). Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. Rev Med Uruguay; 21: 141-150
- 9- García I. et al. Gac. int. cienc. forense ISSN 2174-9019 N° 21. Octubre-Diciembre, 2016 Suicidio de niños y adolescentes: estudio exploratorio cualitativo de ideal types a partir del discurso materno
- 10- Phillip N. Smith, Kelly C. Cukrowicz. The acquired capability for suicide: a comprison of suicide attempters, suicide ideatrors, and non-suicidal controls. Depression and Anxiety. April 2010 .
- 11- Lori N. Scotta, Paul A. Pilkonisa. Non-Suicidal Self-Injury and Suicidal Ideation as Predictors of Suicide Attempts in Adolescent Girls: A Multi-wave Prospective Study. Compr Psychiatry. 2015 April ; 58: 1–10. doi:10.1016/j.comppsy.2014.12.011.
- 12- Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance-United States, 2009. MMWR Surveill Summ. 2010; 59(SS05):1–142. [PubMed: 20520591].
- 13- Joan Rosenbaum Asarnow et al. Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant depression in Adolesentes: findings from the TORDIA Trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. PMC 2012 Agust 1.
- 14- Martinez,C. (2007) Introducción a la suicidiología. Teoría, investigación e Intervenciones. Bs.As. Lutr Editorial
- 15- Maura Manca. Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo?. Psicoanálisis- Vol XXXIII- N°1 – 2011 – pp 77-88

- 16- Sánchez Mabel. Un mundo maravilloso. El acto suicida en la juventud. 3 edición, 2013. Ed. iRojo.
- 17- Ougrin D, Boege I. Brief report: the Self Harm Questionnaire: a new tool designed to improve identification of self harm in adolescents. *J Adolesc.* 2013 Feb; 36 (1):221-225.
- 18- WHO. Preventing suicide: a community engagement toolkit Pilot version 1.0 . 2016
- 19- LADAME, F; PERRET-CATIPOVIC. Tentative de suicide a l'adolescence.
- 20- Santa Mina EE and Gallop RM (1998). Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behavior: a literature review. *Can J Psychiatry* 43 (8), 793-800.
- 21- Haw C, Hawton K, Houston K and Townsend E (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry* 178, 48-54.
- 22- Kahan J and Pattison EM (1984). Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate self-harm syndrome (DSH). *Am J Psychiatry, Suicide Life Threat Behav* 14 (1), 17-35.
- 23- Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E and Bond A (1997). Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide. *Br J Psychiatry*, 171, 556-560.
- 24- Pattison ME and Kahan J (1983). The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*, 140, 867-872. Dear GE, Thomson DM and Hills AM (2000). Self-harm in prison. Manipulators can also be suicide attempters. *Crim Justice Behav*, 27 (2), 160-175.
- 25- Pattison EM and Kahan J (1983). The Deliberate Self-Harm Syndrome. *Am J Psychiatry* 140 (7), 864-172.
- 26- Santa Mina EE and Gallop RM (1998). Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behavior: a literature review. *Can J Psychiatry* 43 (8), 793-800.
- 27- Ferreira de Castro E, Cunha M, Pimenta F (1998). Parasuicide and mental disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 97, 25-31.
- 28- St Germain SA, Hooley JM. Direct and indirect forms of nonsuicidal self-injury: evidence for a distinction. *Psychiatry Res.* 2012;197:78---84.