

Prevalencia de autolesión no suicida en adolescentes y jóvenes mexicanos: hallazgos nacionales de la Encodat 2025

Marycarmen N Bustos-Gamiño, M en TF,⁽¹⁾ Miguel Ángel López-Brambila, CD,⁽¹⁾ Eduardo Lazcano-Ponce, D en CE,⁽²⁾ María de los Ángeles Acosta-Martínez, LLLH,⁽¹⁾ Lourdes Gómez-García, D en C,⁽³⁾ Víctor Orozco-Estrada, M en TFam,⁽⁴⁾ Ricardo Ignacio Audiffred-Jaramillo, D en Inv C,⁽⁴⁾ María Elena Medina-Mora Icaza, D en Psic.^(1,5,6)

Bustos-Gamiño MN, López-Brambila MÁ, Lazcano-Ponce E, Acosta-Martínez MÁ, Gómez-García L, Orozco-Estrada V, Audiffred-Jaramillo RI, Medina-Mora Icaza ME. Prevalencia de autolesión no suicida en adolescentes y jóvenes mexicanos: hallazgos nacionales de la Encodat 2025. *Salud Publica Mex.* 2026;68:447-456. <https://doi.org/10.21149/18207>

Bustos-Gamiño MN, López-Brambila MÁ, Lazcano-Ponce E, Acosta-Martínez MÁ, Gómez-García L, Orozco-Estrada V, Audiffred-Jaramillo RI, Medina-Mora Icaza ME. Prevalence of non-suicidal self-injury in Mexican adolescents and young adults: national findings from the Encodat 2025. *Salud Publica Mex.* 2026;68:447-456. <https://doi.org/10.21149/18207>

Resumen

Objetivo. Estimar la prevalencia de autolesión no suicida en adolescentes y jóvenes mexicanos, y caracterizar la conducta considerando variables sociodemográficas. **Material y métodos.** Análisis secundario de la Encodat 2025, con una muestra de 7 428 adolescentes y jóvenes mexicanos de 12 a 29 años. **Resultados.** La prevalencia nacional de ANS alguna vez fue de 7.1%, con un promedio de edad de inicio de 13 años. El principal método de autolesión fueron los cortes, y la zona más frecuente, las extremidades superiores. El 19.1% requirió tratamiento médico debido a las lesiones. Las mujeres, población adolescente, personas que viven en la Ciudad de México y quienes estudian y trabajan o no tienen actividad, tuvieron mayor probabilidad de ANS. **Conclusión.** Es prioritario el trabajo preventivo con los adolescentes que refuercen herramientas de regulación emocional, así como en su contexto social.

Palabras clave: comportamiento autolesivo; ANS; cortes, adolescencia; México

Abstract

Objective. To estimate the prevalence of non-suicidal self-injury in Mexican adolescents and young adults and to characterize the behavior considering sociodemographic variables. **Materials and methods.** Secondary analysis of Encodat 2025 with a sample of 7 428 Mexican adolescents and young adults aged 12 to 29 years. **Results.** The national prevalence of NSSI at some point was 7.1%, starting at 13 years on average. The main method of self-injury was cutting, and the most frequent site was the upper extremities. 19.1% required medical treatment due to injuries. Women, adolescents, residents of Mexico City, and those who study and/or work or are not in employment, education, or training had a higher probability of NSSI. **Conclusion.** Preventive actions with adolescents, reinforcing their emotional regulation tools, as well as within their social context, are a priority.

Keywords: self-injurious behavior; NSSI; cutting; adolescence; Mexico

- (1) Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ciudad de México, México.
- (2) Dirección General, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- (3) Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ciudad de México, México.
- (4) Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Jalisco, México.
- (5) Unidad de Apoyo a la Salud Emocional y Psicológica, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.
- (6) Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

Fecha de recibido: 16 de marzo de 2026 • **Fecha de aceptado:** 13 de mayo de 2026 • **Publicado en línea:** 29 de julio de 2026

Autora de correspondencia: Dra. María Elena Medina-Mora Icaza. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Calz. México-Xochimilco 101, col. Huipulco. 14370, Tlalpan, Ciudad de México, México.

Correo electrónico: medinam@inprf.gob.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

La autolesión no suicida (ANS) se define como la destrucción intencional del tejido corporal sin la intención de morir¹ y se diferencia, a partir de la intencionalidad, del intento suicida. Su función principal es regular emociones displacenteras como enojo, ansiedad o tristeza, y puede consolidarse como estrategia recurrente de afrontamiento ante situaciones estresantes.²⁻⁴

Algunos estudios de metaanálisis han estimado una prevalencia global de ANS alguna vez en la vida de 22%, con más frecuencia entre las mujeres. El 20.3% de la población global reportó autolesionarse repetitivamente, y 11.6% presentó severidad de moderada a grave; 16% empleó múltiples métodos de autolesión.^{5,6} La bibliografía reporta su inicio entre los 11 y 15 años, lo que convierte este fenómeno en un factor de riesgo en la adolescencia, y está altamente asociada con el comportamiento suicida⁷⁻⁹ y con la presencia de trastornos mentales como depresión, ansiedad, estrés postraumático o trastorno límite de la personalidad.¹⁰⁻¹³ Quienes presentan entre 6 y 20 episodios de ANS en la vida tienen cuatro veces más riesgo de intento suicida,¹⁴ mientras que la presencia de algún padecimiento psiquiátrico puede aumentar hasta 2.2 veces el riesgo de ANS recurrente.¹⁵

El principal método para autolesionarse es el *cutting* o los cortes; otras formas incluyen quemaduras, rascarse, golpearse, morderse, jalarsé el cabello o tomar sustancias.^{6,15,16} Las mujeres suelen cortarse con mayor frecuencia, mientras que los hombres tienden a elegir métodos más violentos como golpes o quemaduras.^{4,6,8,12}

En México, no existe un registro nacional de autolesiones; la evidencia proviene, principalmente, de muestras escolares y comunitarias.¹⁷ Estudios en escolares de secundaria y bachillerato, realizados en 2013, refieren que entre 17.1 y 27.9% mencionó haberse autolesionado alguna vez, con mayor prevalencia en mujeres y con los cortes como el principal método utilizado.^{13,18} En población universitaria (2016), la prevalencia osciló entre 27.8 y 30.9%, con cortes como el método más frecuente en mujeres y quemaduras en hombres.¹⁵

El análisis de la ANS ha cobrado importancia internacional como un problema emergente en la adolescencia y juventud debido a su fuerte asociación con el suicidio. Existen reportes de estudios de metaanálisis sobre ANS cuyos métodos son heterogéneos y la mayor parte de ellos no tiene una base poblacional, pero que aportan, de manera importante, a la discusión sobre este fenómeno. En México, el estudio sobre ANS se ha enfocado en contextos escolares o clínicos, lo que limita la comprensión del fenómeno a nivel nacional. Por ello,

es fundamental contar con estimaciones representativas de la población general que permitan orientar estrategias preventivas y de intervención dirigidas a las juventudes.

El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia nacional de ANS en adolescentes y jóvenes mexicanos, así como caracterizar la conducta considerando variables sociodemográficas.

Material y métodos

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2025 (Encodat), levantada entre junio y octubre de 2025, es una encuesta de hogares con población de 12 a 65 años, con representatividad nacional y regional, con una muestra de 19 200 personas y con un cuestionario electrónico que es realizado cara a cara. Tiene un diseño probabilístico, multietápico, estratificado y por conglomerados. Los detalles metodológicos se publicaron previamente.¹⁹

Participantes

Para el presente análisis, se tomó la población participante de 12 a 29 años, divididos en dos grupos de edad: adolescentes de 12 a 19 años ($n=4\,434$; $N=17\,886\,442$) y jóvenes de 20 a 29 años ($n=2\,994$; $N=19\,743\,703$), con una muestra total de 7 428 individuos ($N=37\,630\,145$). Se utilizó la información sociodemográfica y las respuestas de la sección de autolesiones, en la que se encontró información completa de todas las variables de interés. Para quienes se autolesionaron no hubo omisión de respuestas en los indicadores de la sección. Para ver el cuestionario, puede consultarse el repositorio.²⁰

Variables

Variables sociodemográficas: sexo (hombre, mujer); cuatro rangos de edad en años para describir la población (12 a 14, 15 a 19, 20 a 25, 26 a 29); dos rangos de edad en años para la comparación del comportamiento autolesivo (12 a 19, 20 a 29); localidad de residencia (rural, 2 499 habitantes o menos, urbana, 2 499 habitantes o más); autodescripción étnica (indígena, no indígena) e índice de bienestar por terciles (bajo, medio y alto), que se estimó a partir de un análisis de componentes principales con indicadores de las características de la vivienda, bienes y servicios. También se exploró la situación laboral y educativa (sólo estudia, sólo trabaja, estudia y trabaja, no

estudia y no trabaja) y región geográfica (Norte, Centro, Cd. de México y Sur).*

Autolesión no suicida: consideró cualquier lesión autoinfligida de forma intencional y sin intención de morir, evaluada en tres periodos: alguna vez en la vida (sí, no); en los últimos 12 meses (sí, no) y en los últimos 30 días (sí, no). Para las prevalencias se utilizaron las preguntas “¿alguna vez, de forma intencional (es decir, a propósito), se ha lesionado dejando marcas en su piel o cuerpo, sin la intención de morir o suicidarse?”; “¿cuándo fue la última vez que se hizo alguna de estas lesiones?”, con respuestas: hoy (1); en los últimos 7 días (2); en los últimos 30 días (3); en los últimos 12 meses (4); más de 12 meses (5). Para la prevalencia de los últimos 12 meses, se consideraron las respuestas 1-4; para los últimos 30 días, se consideraron las respuestas 1-3.

Mecanismos de autolesión: describe el método utilizado para autolesionarse: cortes, quemaduras, marcas en la piel, rasguños o mordeduras, golpes y una categoría adicional de respuesta abierta que considera “otros” (sí, no). Las respuestas abiertas que coincidían con las categorías anteriores fueron recodificadas (26 observaciones recodificadas); las menos frecuentes se mantuvieron en “otros”, incluyendo conductas como ingestión de sustancias, asfixia, arrancarse el cabello o lanzarse desde alturas o hacia objetos (85 observaciones). Los participantes podían seleccionar múltiples mecanismos.

Número de mecanismos de autolesión: suma de mecanismos de autolesión que se han empleado, anteriormente descritos, codificado dicotómicamente (uno, dos o más).

Zona del cuerpo de lesión: refiere la parte del cuerpo donde se realizaron las lesiones: a) muñecas, brazos, manos; b) piernas; c) torso (abdomen, pecho, espalda), y d) otros. En esta última, de respuesta abierta, se recodificaron observaciones que coincidían con las anteriores categorías, agregando las menciones de “manos” a la categoría a; menciones de “pecho o espalda” a la categoría c (40 observaciones recodificadas); se dejaron en “otros” las menciones relacionadas con cara, cabeza o cuello (29 observaciones). La respuesta a cada opción fue dicotómica (sí, no) y los participantes podían elegir más de una opción.

* Región Norte: Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas; Región Centro: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, Tlaxcala, Zacatecas; región Cd. de México: Ciudad de México; región Sur: Campeche, Chiapas, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz.

Número de zonas de autolesión: suma de zonas del cuerpo donde se ha autolesionado, codificado dicotómicamente (uno, dos o más).

Edad de inicio: edad cuando se autolesionó por primera vez.

Tratamiento médico por las lesiones: esta información se obtuvo con la pregunta “¿necesitó tratamiento médico por alguna de estas lesiones?”, con respuesta dicotómica (sí, no).

Razones para autolesionarse: se exploró mediante siete preguntas dicotómicas (sí, no), se permitió elegir las opciones que aplicaran a su experiencia: a) porque quise saber qué se sentía; b) porque mis amistades lo hacen; c) por enojo; d) para disminuir mi estrés o ansiedad; e) para olvidar mis problemas; f) para vengarme de alguien, y g) para aliviar el dolor emocional.

Aspectos éticos

La encuesta fue aprobada por el Comité de Ética, Investigación y Bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública (registro CI: 1967). La participación fue voluntaria, las personas adultas firmaron su consentimiento informado y los y las adolescentes dieron su asentimiento de participación, acompañado del consentimiento por parte de su padre, madre o tutor.

Análisis estadístico

Se estimaron las prevalencias de las variables de interés, considerando grupos de edad y sexo, con intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Las comparaciones entre categorías se realizaron mediante el contraste de los intervalos de confianza; se consideró la falta de traslape entre intervalos como diferencias estadísticamente significativas. Se calcularon los coeficientes de variación para determinar la confiabilidad de las prevalencias obtenidas en cada variable. Los coeficientes superiores a 30% se consideraron por debajo del umbral debido a la baja confiabilidad y estabilidad de los datos, que puede deberse a la escasa población en la variable o categoría de respuesta.²¹ Los resultados se presentan en los cuadros para su visualización. No obstante, se agrega la nota aclaratoria y no se ofrece interpretación.

Se realizaron modelos lineales generalizados (glm) de la familia Poisson y liga (log) para analizar los factores asociados a ANS alguna vez, con modelos independientes para población total, por sexo y por grupos de edad; para los modelos por edad se utilizó la variable de agrupación 12 a 19 años y 20 a 29 años.

La significancia estadística se evaluó mediante pruebas Wald ajustadas al diseño. La bondad de ajuste se verificó mediante la evaluación del parámetro de dispersión phi, de manera que se mostraron valores aceptables, cercanos a 1, para cada modelo y la especificación del modelo mediante la prueba linktest, lo que mostró una adecuada especificación del modelo.²²

Los análisis estadísticos se realizaron considerando el diseño complejo de la encuesta con el prefijo svy incorporando factores de expansión, estratos y unidades primarias de muestreo. Se utilizó el software Stata® versión 19.

Resultados

El cuadro I muestra las características sociodemográficas para adolescentes y jóvenes. En el grupo de adolescentes hay una distribución similar entre hombres (51.1%) y mujeres (48.9%), con edades entre 15 y 19 años (62.2%), 58.8% sólo estudiaban y 27.3% se consideró indígena. Se concentran en zonas urbanas (77%) y en la región central del país (Centro 43.1%, Ciudad de México 5.9%).

Con respecto a jóvenes, también hay una distribución similar de hombres (48.0%) y mujeres (52.0%), la mayoría entre 20 y 25 años (53.6%) y sólo trabajan (58.7%), mientras 22.8% no estudia ni trabaja. La mayoría reside en zonas urbanas (81.1%) y en el centro del país (Centro 42.3% y Ciudad de México 8.3%).

En el cuadro II se describe la prevalencia de ANS y sus características, estratificado por sexo y por grupos etarios.

El 7.1% de adolescentes y jóvenes de 12 a 29 años se han autolesionado alguna vez en la vida. Los principales mecanismos empleados fueron los cortes (91.7%), rasguños o mordeduras (30.3%), y los golpes (27.7%). El 83.2% reportó haberse lesionado en las extremidades superiores y 26.7% en las extremidades inferiores. La edad promedio de inicio de ANS se estimó en 13.6 años. Por sexo, las mujeres reportaron mayor prevalencia de ANS alguna vez en la vida (10.2%), en el último año (2.7%) y en el último mes (1.3%) en comparación con los hombres (4, 1.2 y 0.5% respectivamente). Los principales mecanismos de autolesiones en mujeres fueron los cortes (93.6%) y los rasguños o mordidas (31%); en hombres fueron los cortes (86.6%) y los golpes (35.2%). Cabe resaltar que las quemaduras fueron significativamente más frecuentes en los hombres que en las mujeres (23.5 vs 9.3%). El 50.2% de las mujeres ha utilizado sólo un mecanismo de autolesión.

En relación con las zonas del cuerpo lesionadas, las muñecas, brazos o manos fueron las zonas que más se reportaron, con una proporción significativamente mayor en mujeres (87.5%) que en hombres (71.7%).

Las lesiones en el torso fueron relativamente en mayor proporción en los hombres (6.2%) que en las mujeres (2.8%). No hubo diferencias significativas de la edad de inicio entre hombres y mujeres.

El 19.1% de la población buscó atención médica por las lesiones, aunque los hombres acudieron relativamente con mayor frecuencia que las mujeres.

Por grupo etario, en adolescentes se presentaron mayores prevalencias de ANS en los últimos 12 meses (3.1%) y en los últimos 30 días (1.5%) en comparación con los jóvenes (0.9 y 0.2% respectivamente). En la población adolescente, los cortes (89.4%) y los rasguños o mordeduras (33.7%) fueron las principales lesiones autoinfligidas, y recurrieron, en su mayoría, a dos o más mecanismos de autolesión. Por su parte, en la población joven, los cortes (94.2%) y los golpes (27.5%) fueron las principales lesiones autoinfligidas reportadas, en las que 51.5% utilizó sólo un mecanismo de autolesión.

La edad de inicio en adolescentes (12.6 años) fue significativamente menor en comparación con jóvenes (14.8 años). En adolescentes no se observaron diferencias significativas en la edad de inicio por sexo, aunque los hombres iniciaron a autolesionarse, en promedio, 1.2 años antes que las mujeres.

En la figura 1 se muestra la prevalencia alguna vez en la vida de ANS por región. La Ciudad de México (12.8%) tuvo una prevalencia superior a la media nacional (7.1%) en la población de 12 a 29 años. La misma tendencia se observa al analizar la prevalencia por sexo (17.3% mujeres y 8.4% hombres). Las demás regiones tuvieron prevalencias similares al promedio nacional.

También se exploraron los motivos por los que adolescentes y jóvenes se autolesionaron. Las razones más frecuentes fueron para aliviar el dolor emocional (71.4%), para disminuir la ansiedad-estrés (63.2%) y olvidar problemas (58.9%). En un análisis por sexo, los principales motivos en hombres fueron aliviar el dolor emocional (58.1%), disminuir la ansiedad-estrés (53.9%) y por enojo (46.8%), mientras que en mujeres los principales motivos fueron para aliviar el dolor emocional (76.5%), para olvidar los problemas (68.0%) y disminuir la ansiedad-estrés (66.7%) (cuadro III).

En el cuadro III se presentan los factores sociodemográficos asociados con la ANS. En el modelo general, se encontró que las mujeres (P_{Ra}: 2.78, IC_{95%}: 2.11, 3.66) y quienes viven en la Ciudad de México (P_{Ra}: 1.90, IC_{95%}: 1.44, 2.51) tuvieron mayor probabilidad de presentar ANS; la Ciudad de México se mantuvo significativa en los modelos por sexo y grupo etario. La población mayor de 15 años presentó menor probabilidad de ANS en comparación con el grupo de 12 a 14 años.

La población que sólo estudia tiene menos probabilidad de ANS en comparación con los demás grupos.

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES DE 12 A 29 AÑOS.
MÉXICO, ENCODAT 2025

Variable	Adolescentes (N= 17 886 442; n= 4 434)			Jóvenes (N= 19 743 703; n= 2 994)		
	N	%	IC95%	N	%	IC95%
Sexo						
Hombre	9 134 289	51.1	48.7,53.5	9 478 800	48.0	45.2,50.8
Mujer	8 752 154	48.9	46.5,51.3	10 264 903	52.0	49.2,54.8
Edad (años)						
12-14	6 766 269	37.8	35.7,40.0	--	--	--
15-19	11 120 173	62.2	60.0,64.3	--	--	--
20-25	--	--	--	10 576 020	53.6	50.6,56.5
26-29	--	--	--	9 167 683	46.4	43.5,49.4
Localidad						
Rural	4 121 908	23.0	19.7,26.8	3 724 396	18.9	16.0,22.1
Urbana	13 764 535	77.0	73.2,80.3	16 019 307	81.1	77.9,84.0
Autoadscripción indígena						
Indígena	4 882 358	27.3	24.8,30.0	5 884 685	29.8	27.0,32.8
No indígena	13 004 085	72.7	70.0,75.2	13 859 018	70.2	67.2,73.0
Índice de bienestar						
Bajo	5 754 813	32.2	29.3,35.2	6 447 342	32.7	29.5,36.0
Medio	6 255 529	35.0	32.4,37.7	6 858 752	34.7	32.3,37.3
Alto	5 876 101	32.9	30.0,35.8	6 437 609	32.6	29.9,35.4
Estatus laboral y educativo						
Sólo estudia	10 515 919	58.8	56.3,61.2	1 990 928	10.1	8.5,11.9
Sólo trabaja	2 358 759	13.2	11.6,15.0	11 584 185	58.7	56.0,61.3
Estudia y trabaja	2 336 102	13.1	11.4,14.9	1 666 791	8.4	7.2,9.9
No estudia y no trabaja	2 675 663	15.0	13.2,16.9	4 501 799	22.8	20.6,25.2
Región						
Norte	4 024 610	22.5	20.7,24.4	4 841 555	24.5	22.7,26.4
Centro	7 707 464	43.1	39.7,46.6	8 346 495	42.3	39.1,45.5
Cd. de México	1 051 952	5.9	5.1,6.8	1 632 542	8.3	7.4,9.3
Sur	5 102 417	28.5	25.9,31.4	4 923 111	24.9	22.4,27.6

Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2025.

N: frecuencia con factor de expansión poblacional; n: frecuencia muestral.

IC95%: intervalo de confianza al 95%.

Se observó el mismo resultado en modelos específicos por sexo y población de 20 a 29 años. En adolescentes, quienes sólo trabajan o estudian y trabajan presentaron mayor probabilidad de ANS comparados con quienes sólo estudian.

Por grupo de edad, las mujeres adolescentes tuvieron 3.74 veces más probabilidad de ANS que los hombres, mientras que, en las jóvenes, la probabilidad fue 2.03 veces mayor.

Discusión

Este trabajo estimó la prevalencia de ANS en población adolescente y joven de México a partir de la Encodat 2025. Se encontraron diferencias entre grupos de edad y sexo, siendo los adolescentes y las mujeres los grupos que reportaron mayores prevalencias. La prevalencia de ANS alguna vez en la vida fue de 7.1%, resultado menor al reportado en el ámbito internacional y en

Cuadro II

Variable	Total (N= 37 630 145; n= 7 428)			Hombres (N= 18 613 088; n= 3 576)			Mujeres (N= 19 017 057; n= 3 852)			Adolescentes (N= 17 886 442; n= 4 434)			Jóvenes (N= 19 743 703; n= 2 994)		
	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%	IC95%
Prevalencia															
Autolesión alguna vez	2 686 805	7.1	6.3,8.0	740 173	4.0	3.2,4.9	1 946 632	10.2	8.9,11.7	1 399 818	7.8	6.7,9.1	1 286 987	6.5	5.3,7.9
Autolesión últimos 12 meses	732 176	1.9	1.6,2.4	226 974	1.2*	0.9,1.7	505 202	2.7	2.1,3.4	563 149	3.1	2.5,3.9	169 027	0.9*	0.6,1.3
Autolesión últimos 30 días	323 430	0.9	0.7,1.1	84 819	0.5*	0.3,0.7	238 611	1.3*	0.9,1.8	275 501	1.5*	1.1,2.1	47 929	0.2‡	0.1,0.5
Mecanismos															
Cortes	2 462 747	91.7	88.4,94.1	640 752	86.6	78.3,92.0	1 821 996	93.6	90.3,95.8	1 251 002	89.4	84.9,92.6	1 211 745	94.2	88.6,97.1
Quemaduras	354 961	13.2	9.7,17.7	173 811	23.5*	14.8,35.2	181 150	9.3*	6.3,13.5	190 782	13.6*	9.5,19.3	164 179	12.8*	7.6,20.7
Marcas en la piel	497 598	18.5	14.7,23.0	143 765	19.4*	12.9,28.1	353 834	18.2	14.0,23.3	265 099	18.9	14.1,25.0	232 500	18.1*	12.9,24.7
Rasguños o mordeduras	814 580	30.3	25.6,35.5	211 463	28.6*	20.5,38.2	603 117	31.0	25.3,37.3	472 102	33.7	27.7,40.4	342 477	26.6	19.6,35.0
Golpes	745 535	27.7	23.0,33.1	260 521	35.2	26.0,45.7	485 014	24.9	19.4,31.3	392 186	28.0	22.2,34.7	353 349	27.5*	19.7,36.9
Otros	355 436	13.2*	9.6,18.0	119 284	16.1*	10.0,24.9	236 152	12.1*	7.9,18.3	177 216	12.7*	8.7,18.1	178 219	13.8*	7.9,23.1
Número de mecanismos de autolesión															
1	1 268 004	48.2	41.9,54.5	305 217	42.8	32.0,54.4	962 787	50.2	42.7,57.7	609 000	45.1	37.0,53.4	659 004	51.5	41.3,61.6
2 o más	1 362 510	51.8	45.5,58.1	407 267	57.2	45.6,68.0	955 243	49.8	42.3,57.3	741 994	54.9	46.6,63.0	620 516	48.5	38.4,58.7
Zona de autolesión															
Muñecas, brazos o manos	2 234 732	83.2	79.2,86.5	530 995	71.7	62.0,79.8	1 703 737	87.5	83.4,90.7	1 129 896	80.7	75.3,85.2	1 104 836	85.8	79.4,90.5
Piernas	718 137	26.7	22.1,31.9	181 060	24.5*	17.2,33.6	537 077	27.6	22.1,33.8	400 705	28.6	22.9,35.1	317 433	24.7	18.0,32.8
Torso	100 281	3.7*	2.5,5.6	46 123	6.2*	3.5,11.0	54 158	2.8*	1.6,4.9	65 618	4.7*	2.9,7.6	34 663	2.7‡	1.2,5.7
Otros	156 565	5.8*	3.7,9.1	88 670	12.0*	6.5,21.0	67 895	3.5‡	1.9,6.4	102 420	7.3*	4.2,12.4	54 144	4.2‡	1.2,5.7
Número de zonas de autolesión															
1	2 210 919	82.3	77.4,86.3	639 761	86.4	78.5,91.7	1 571 158	80.7	74.7,85.6	1 123 676	80.3	73.8,85.4	1 087 243	84.50	77.3,89.7
2 o más	475 886	17.7	13.7,22.6	100 412	13.6*	8.3,21.5	375 474	19.3	14.4,25.3	276 141	19.7	14.6,26.2	199 744	15.5	10.3,22.7
Necesité tratamiento médico por alguna de las lesiones	513 772	19.1	14.8,24.4	197 642	26.7*	17.1,39.2	316 130	16.2*	11.9,21.8	260 472	18.6	13.7,24.7	253 300	19.7*	12.7,29.1
Edad de inicio															
	Media	IC95%		Media	IC95%		Media	IC95%		Media	IC95%		Media	IC95%	
	13.6	13.1,14.2		13.5	12.5,14.4		13.7	13.0,14.4		Total	12.6	12.0,13.2	Total	14.8	13.8,15.7
							Hombres	11.7	10.6,12.8	Hombres	15.0	13.6,16.3			
							Mujeres	12.9	12.2,13.5	Mujeres	14.7	13.4,15.9			

Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco; N: frecuencia con factor de expansión poblacional; n: frecuencia muestral; IC95%: intervalo de confianza al 95%; CV: coeficiente de variación; * CV 15-29% (estimación con confiabilidad media); ‡ Debajo de umbral CV ≥30%.

Encodacat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco; N: frecuencia con factor de expansión poblacional; n: frecuencia muestral; IC95%: intervalo de confianza al 95%; CV: coeficiente de variación; * CV 15-29% estimación con confiabilidad media); † Debate de umbral CV $\geq 30\%$.

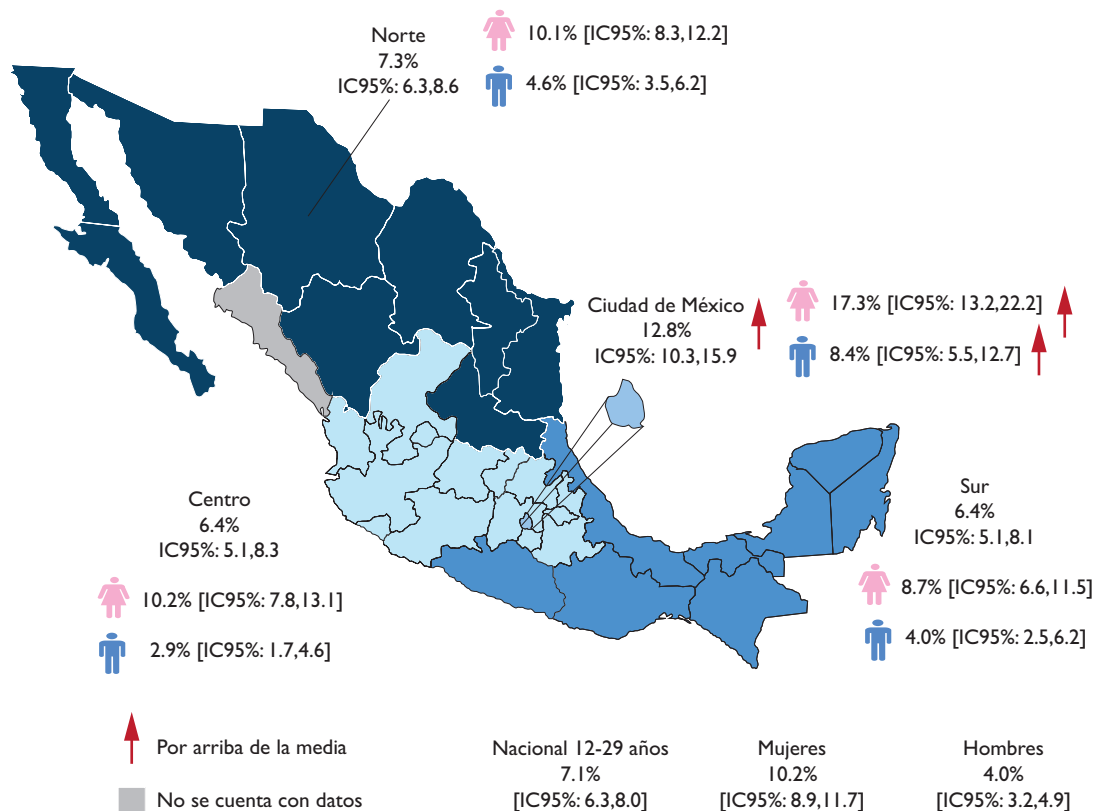


FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA ALGUNA VEZ EN LA VIDA, EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DE 12 A 29 AÑOS. MÉXICO, JUNIO-OCTUBRE 2025, ENCODAT 2025

Cuadro III
RAZONES PARA AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DE 12 A 29 AÑOS.
MÉXICO, ENCODAT 2025

Razones	Total			Hombres			Mujeres		
	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%	IC95%
Para saber qué se sentía	705 718	26.3	20.9,32.5	194 261	26.2	17.0,38.1	511 456	26.3	19.9,33.8
Sus amistades lo hacen	390 358	14.5*	10.2,20.2	86 031	11.6‡	5.1,24.5	304 327	15.6*	10.5,22.6
Por enojo	1 394 913	51.9	46.1,57.7	346 644	46.8	36.4,57.5	1 048 269	53.9	46.5,61.0
Para disminuir la ansiedad-estrés	1 697 305	63.2	56.5,69.4	398 877	53.9	42.8,64.6	1 298 428	66.7	58.4,74.1
Para olvidar los problemas	1 582 835	58.9	52.9,64.7	258 631	34.9*	25.1,46.3	1 324 204	68.0	61.0,74.3
Para vengarse de alguien	179 708	6.7*	4.4,10.0	74 201	10.0‡	5.2,18.3	105 507	5.4*	3.2,9.1
Para aliviar el dolor emocional	1 918 278	71.4	64.9,77.1	429 715	58.1	47.1,68.2	1 488 563	76.5	68.2,83.1

Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.

IC95%: intervalo de confianza al 95%.

CV: coeficiente de variación.

* CV 15-29.9% (estimación con confiabilidad media).

‡ Debajo de umbral CV ≥30%.

Cuadro IV
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS CON AUTOLESIÓN NO SUICIDA ALGUNA VEZ EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DE 12 A 29 AÑOS.
México, ENCODAT 2025

	Total					Hombres					Mujeres					Adolescentes					jóvenes				
	N	%	PRa	IC95%	p	N	%	PRa	IC95%	p	N	%	PRa	IC95%	p	N	%	PRa	IC95%	p	N	%	PRa	IC95%	p
Sexo																									
Hombre	740 173	4.0	1.0													340 862	3.7	1.0			399 311	4.2	1.0		
Mujer	1 946 632	10.2	2.78	2.11,3.66	<0.001											1 058 956	12.1	3.74	2.68,5.21	<0.001	887 677	8.6	2.03	1.30,3.18	0.002
Edad (años)																									
12-14	549 653	8.1	1.0			163 357	4.8	1.0			386 296	11.5	1.0			549 653	8.1	1.0							
15-19	850 165	7.6	0.79	0.60,1.04	0.091	177 505	3.1	0.55	0.33,0.94	0.030	672 660	12.4	0.90	0.65,1.25	0.536	850 165	7.6	0.75	0.57,0.98	0.038					
20-25	765 398	7.2	0.59	0.40,0.85	0.005	262 754	5.1	1.08	0.66,1.75	0.767	502 644	9.3	0.42	0.28,0.64	<0.001						765 398	7.2	1.0		
25-29	521 589	5.7	0.41	0.24,0.70	0.001	136 557	3.2	0.81	0.44,1.50	0.498	385 033	7.9	0.31	0.17,0.57	<0.001						521 589	5.7	0.72	0.47,1.11	0.141
Localidad																									
Rural	478 650	6.1	1.0			104 235	2.8	1.0			374 415	9.2	1.0			293 930	7.1	1.0			184 721	5.0	1.0		
Urbana	2 208 154	7.4	1.22	0.90,1.64	0.204	635 937	4.3	1.38	0.85,2.24	0.186	1 572 217	10.5	1.17	0.84,1.63	0.348	1 105 888	8.0	1.19	0.82,1.72	0.368	1 102 266	6.9	1.32	0.73,2.41	0.361
Autoadscripción indígena																									
Indígena	774 741	7.2	1.0			179 928	3.4	1.0			594 813	11.0	1.0			413 449	8.5	1.0			361 292	6.1	1.0		
No indígena	1 912 064	7.1	0.94	0.73,1.23	0.664	560 245	4.2	1.07	0.72,1.58	0.745	1 351 819	9.9	0.91	0.68,1.21	0.500	986 369	7.6	0.86	0.64,1.17	0.335	925 695	6.7	1.02	0.65,1.62	0.916
Índice de bienestar																									
Bajo	872 407	7.1	1.0			269 362	4.7	1.0			603 045	9.4	1.0			451 191	7.8	1.0			421 215	6.5	1.0		
Medio	1 063 898	8.1	1.13	0.81,1.56	0.477	273 593	4.2	0.98	0.64,1.50	0.918	790 305	12.1	1.25	0.87,1.80	0.233	542 563	8.7	1.20	0.81,1.77	0.360	521 335	7.6	1.05	0.62,1.76	0.856
Alto	750 501	6.1	0.82	0.60,1.11	0.197	197 218	3.1	0.73	0.47,1.12	0.143	553 282	9.2	0.86	0.61,1.21	0.383	406 063	6.9	0.96	0.66,1.41	0.834	344 438	5.40	0.72	0.44,1.19	0.199
Estatus laboral y educativo																									
Sólo estudia	779 791	6.2	1.0			165 742	2.9	1.0			614 049	9.1	1.0			712 295	6.8	1.0			67 496	3.4	1.0		
Sólo trabaja	928 495	6.7	1.91	1.26,2.89	0.002	315 931	3.8	1.74	1.08,2.80	0.023	612 564	10.9	1.69	1.03,2.77	0.037	271 574	11.5	2.68	1.64,4.37	<0.001	656 922	5.7	2.05	1.06,3.97	0.033
Estudia y trabaja	330 934	8.3	1.86	1.28,2.70	0.001	140 744	5.4	2.28	1.39,3.74	0.001	190 190	13.4	1.76	1.15,2.69	0.010	178 800	7.7	1.66	1.04,2.66	0.034	152 133	9.1	2.79	1.37,5.67	0.005
No estudia y no trabaja	647 585	9.0	1.74	1.26,2.39	0.001	117 756	6.0	2.53	1.58,4.03	<0.001	529 829	10.2	1.91	1.38,2.66	<0.001	237 148	8.9	1.40	0.93,2.09	0.104	410 436	9.1	2.57	1.31,5.01	0.006
Región																									
Norte	650 893	7.3	1.0			206 665	4.60	1.0			444 228	10.1	1.0			337 282	8.4	1.0			313 612	6.5	1.0		
Centro	1 047 688	6.5	0.86	0.66,1.13	0.280	227 708	2.9	0.79	0.53,1.19	0.266	819 980	10.2	0.96	0.71,1.29	0.789	527 943	6.8	0.80	0.57,1.13	0.203	519 745	6.2	0.94	0.60,1.46	0.777
Cd. de México	343 500	12.8	1.90	1.44,2.51	<0.001	114 381	8.4	1.65	1.14,2.40	0.008	229 119	17.3	2.03	1.52,2.72	<0.001	150 513	14.3	1.76	1.25,2.49	0.001	192 987	11.8	1.95	1.28,2.98	0.002
Sur	644 724	6.4	0.84	0.63,1.10	0.207	191 418	4.0	0.79	0.53,1.18	0.248	453 305	8.7	0.87	0.63,1.20	0.389	384 080	7.5	0.87	0.62,1.21	0.404	260 644	5.3	0.79	0.48,1.29	0.340

Encodac: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco; PRa: *prevalece ratio ajusted* (razón de prevalencias ajustadas); IC95%: intervalo de confianza al 95%; p: P value.

Encodat: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco; PRa: *prevalece ratio ajusted* (razón de prevalencias ajustadas); IC95%: intervalo de confianza al 95%; p: P value.

estudios previos realizados en poblaciones escolares y clínicas en México.^{4,6,10,15,18} Las mayores prevalencias de ANS se encontraron en adolescentes. En el ámbito internacional, se estima una edad de inicio de 14 años, similar a lo descrito en este trabajo. El comienzo de ANS a edades tempranas se asocia con mayor cronicidad de episodios autolesivos. La mayor frecuencia de ANS propicia que las lesiones resultantes sean más severas a causa de la desensibilización al dolor y para lograr el mismo efecto a nivel psicológico.²³ La severidad de las lesiones resultantes determina el uso de servicios de salud. Una encuesta realizada en Suiza mostró que la población adolescente con autolesiones recurrentes empleó servicios de salud con mayor frecuencia. El 19.1% de los adolescentes y jóvenes requirió atención médica alguna vez, lo que puede apuntar a la cronicidad de las ANS en esta población.²⁴

Por sexo, las mujeres presentaron mayor probabilidad de autolesionarse en comparación con los hombres (PRA; 3.74 para adolescentes y 2.03 para jóvenes), lo cual puede referir diferencias por género en la expresión del comportamiento autolesivo. Estudios señalan que las mujeres tienden a internalizar el malestar emocional, lo que puede aumentar la frecuencia de ANS como forma de alivio. En los hombres, el malestar se gestiona externamente, por ejemplo, con el consumo de sustancias o alcohol, y las ANS suelen ser impulsivas o experimentales.^{3,4,6,25,26}

La inmadurez cerebral y emocional durante la adolescencia y la juventud favorece la adopción de mecanismos de afrontamiento inadecuados. En general, la ANS se asocia con experiencias interpersonales negativas.^{4,9,27} Las principales razones para autolesionarse identificadas fueron aliviar el dolor emocional (71.4%) y disminuir la ansiedad o el estrés (63.2%) y, en menor proporción, porque los amigos lo hacen (14.5%). Según investigaciones anteriores, los cortes se identificaron como la forma más frecuente de autolesión, aunque también se observaron diferencias por sexo. Las mujeres recurren con mayor frecuencia a los cortes, mientras que los hombres emplean mecanismos más violentos o de mayor impacto físico, como golpearse o quemarse.^{4,15,26} El presente trabajo mostró que los cortes fueron el método más utilizado en ambos sexos y grupos de edad (91.7%), principalmente, en extremidades superiores del cuerpo (83.2%).

Las ANS son un fenómeno complejo en el que intervienen factores de riesgo como violencia, acoso escolar, pobreza, conformación familiar, desigualdades educativas o problemas de salud mental.^{9,12} Con respecto al contexto comunitario, aunque se ha explorado en estudios previos, se han obtenido resultados diversos. Un análisis en hospitales de tercer nivel en China en-

contró que los adolescentes en contextos suburbanos tenían menor riesgo de autolesión, comparado con aquellos que vivían en zonas urbanas.²⁸ Por otro lado, un estudio que comparó las visitas a urgencias por ANS en adolescentes de Estados Unidos encontró que hubo mayor demanda de aquéllos que vivían en zonas rurales.²⁹ Esta investigación encontró que la población que vive en Ciudad de México, un entorno más urbanizado que otras regiones del país, presentó mayor probabilidad de ANS.

Se identificó, además, que quienes estudian y trabajan o no están estudiando ni trabajando presentaron un mayor riesgo de ANS. Un estudio previo en jóvenes de la Ciudad de México encontró que quienes no estudiaban ni trabajaban tenían un riesgo 77% mayor de presentar conductas suicidas alguna vez en la vida, mientras que, en población española, el no trabajar o estudiar incrementó el riesgo de ANS recurrente. Estas condiciones pueden asociarse con estrés debido a la sobrecarga de roles, o bien, por la falta de actividad, las desigualdades para el acceso a la educación y el peso del contexto sociocultural.^{30,31} Los hallazgos sugieren que es necesario identificar la población en riesgo de lesionarse intencionalmente para diseñar estrategias preventivas adaptadas al género, edad y región geográfica, así como integrar a padres o tutores, con el fin de introducir mejores estrategias de afrontamiento y prácticas parentales positivas.

Limitaciones

Este trabajo es una primera aproximación nacional a la estimación de las prevalencias de ANS en población joven de México. Sin embargo, no está exento de limitaciones. Los datos parten de una encuesta que buscó estimar prevalencias de consumo de sustancias, no es específica para recabar información sobre salud mental. Las variables sobre lesiones autoinfligidas dependen de autorreportes; al ser un tema sensible, es posible que las prevalencias sean subestimadas, además de ser una encuesta de aplicación cara-cara. Debido a la gran relevancia que tienen otros factores de riesgo, como la comorbilidad psiquiátrica y el consumo de sustancias, se recomienda incluir estas variables en futuros estudios nacionales.

Agradecimientos

A la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) por su apoyo a través de la beca de doctorado con número CVU-1038751. A la doctora Corina Benjet por su retroalimentación para este documento.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY. Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *Can J Psychiatry*. 2014;59(11):565-8. <https://doi.org/10.1177/070674371405901101>
- Guan M, Liu J, Li X, Cai M, Bi J, Zhou P, et al. The impact of depressive and anxious symptoms on non-suicidal self-injury behavior in adolescents: a network analysis. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05599-1>
- Vázquez-López P, Armero-Pedreira P, Martínez-Sánchez L, García-Cruz JM, Bonetde-Luna C, Notario-Herrero F, et al. Self-injury and suicidal behavior in children and youth population: learning from the pandemic. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2023;98(3):204-12. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2022.11.005>
- Moloney F, Amini J, Sinyor M, Schaffer A, Lancôt K, Mitchell RHB. Research review: sex differences in the clinical correlates of nonsuicidal self-injury in adolescents – a systematic review. *J Child Psychol Psychiatry*. 2025;66(8):1263-73. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14114>
- Lim KS, Wong CH, McIntyre RS, Wang J, Zhang Z, Tran BX, et al. Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: a meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>
- 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;13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.912441>
- Poudel A, Lamichhane A, Rana-Magar K, Prasad-Khanal G. Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factors. *BMC Psychiatry*. 2022;1:22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03763-z>
- Voss C, Hoyer J, Venz J, Pieper L, Beesdo-Baum K. Non-suicidal self-injury and its co-occurrence with suicidal behavior: an epidemiological-study among adolescents and young adults. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;142(6):496-508. <https://doi.org/10.1111/acps.13237>
- Richardson R, Connell T, Foster M, Blamires J, Keshoor S, Moir C, Zeng I. Risk and protective factors of self-harm and suicidality in adolescents: an umbrella review with meta-analysis. *J Youth Adolesc*. 2024;53:1301-22. <https://doi.org/10.1007/s10964-024-01969-w>
- Benjet C, Borges G, Miah S, Albor Y, Gutiérrez-García RA, Zavala Berben A, et al. One-year incidence, predictors, and accuracy of prediction of suicidal thoughts and behaviors from the first to second year of university. *Depress Anxiety*. 2022;39:727-40. <https://doi.org/10.1002/da.23278>
- Mason GE, Auerbach RP, Stewart JG. Predicting the trajectory of non-suicidal self-injury among adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2025;66(2):189-201. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14046>
- Burke TA, Bettis AH, Walsh RFL, Levin RY, Lawrence HR, Sheehan AE, et al. Nonsuicidal self-injury in preadolescents. *Pediatrics*. 2023;152(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2023-063918>
- Mayer PA, Morales NM, Figueroa GV, Ulloa Flores RE. Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud Publica Mex*. 2016;58(3):335-6. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i3.7893>
- Griep SK, MacKinnon DF. Does nonsuicidal self-injury predict later suicidal attempts? A review of studies. *Arch Suicide Res*. 2022;26(2):428-46. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1822244>
- Castro Silva E, Benjet C, Juárez-García F, Jurado-Cárdenas S, Lucio Gómez-Maqueo ME, Valencia-Cruz A. Non-suicidal self-injuries in a sample of Mexican university students. *Salud Mental*. 2017;40(5):191-9. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.025>
- Zhang X, Mori Y, Abio A, Khorasani ZK, Gilbert S, Grimland M, et al. Cross-national research on adolescent mental health: a systematic review comparing research in low, middle and high-income countries. *BMJ Glob Health*. 2025;10(7). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-019267>
- Gómez-Peresmitré G, Platas-Acevedo RS, León-Hernández R, Guzmán-Saldaña R. Self-injurious behavior and its characteristics in a sample of Mexican adolescent students. *Healthcare*. 2023;11(12). <https://doi.org/10.3390/healthcare11121682>
- Albores-Gallo L, Méndez-Santos JL, Xóchitl-García Luna A, Delgadillo-González Y, Chávez-Flores CI, Martínez OL. Nonsuicidal self-injury in a community sample of older children and adolescents of Mexico City. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014;42(4):159-68 [citado mayo 4, 2026]. Disponible en: <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/539>
- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública. Metodología de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2025. *Salud Publica Mex*. 2025;67(5):515-22. <https://doi.org/10.21149/17295>
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2025. Cuestionario Individual. México: INSP, 2026 [citado mayo 4, 2026]. Disponible en: <https://encuestas.insp.mx/repositorio/encuestas/ENCODAT2025/descargas.php>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Guía de Diseño de la Muestra para Encuestas. Fase de diseño de la norma técnica del proceso de producción de información estadística y geográfica. México: Inegi, 2024 [citado abril 30, 2026]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/infraestructura/aseguramiento/doc/guia_de_diseño_de_la_muestra_para_encuestas.pdf
- Pregibon, Daryl. Goodness of link tests for generalized linear Models. *J R Stat Soc*. 1980;29(1):15-14. <https://doi.org/10.2307/2346405>
- Muehlenkamp JJ, Xhanga N, Brausch AM. Self-injury age of onset: a risk factor for NSSI severity and suicidal behavior. *Arch Suicide Res*. 2019;23(4):551-563. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486252>
- Steinhoff A, Ribeaud D, Kupferschmid S, Raible-Destan N, Quednow BB, Hepp U, et al. Self-injury from early adolescence to early adulthood: age-related course, recurrence, and services use in males and females from the community. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;30:937-51. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01573-w>
- Benjet C, Gutiérrez-García RA, Abrego-Ramírez A, Borges G, Covarrubias-Díaz A, Durán M del S, et al. Psychopathology and self-harm among incoming first-year students in six Mexican universities. *Salud Publica Mex*. 2019;61(1):16-26. <https://doi.org/10.21149/9158>
- Zavaleta-Ramírez P, Rosetti M, Albores-Gallo L, Sarmiento-Hernández E. Clinical characteristics and prevalence of adolescent self-harm before, during and after the Covid-19 pandemic: retrospective cross-sectional database study. *BJPsych Open*. 2025;11(2). <https://doi.org/10.1192/bjo.2025.4>
- Montebarocci O, Sirri L. The role of defense mechanisms in self-injurious behaviors: a systematic review. *J Clin Psychol*. 2026;82(6):827-45. <https://doi.org/10.1002/jclp.70113>
- Zhang Y, Qian W, Ma Z, Xu J, Zhu Y, Ouyang F, et al. The non-suicidal self-injury behaviour and its influencing factors in adolescents. *BMC Pediatr*. 2026;26(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-025-06416-8>
- Hoffmann JA, Hall M, Lorenz D, Berry JG. Emergency department visits for suicidal ideation and self-harm in rural and urban youths. *J Pediatr*. 2021;238:282-89. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.07.013>
- Goldman-Mellor SJ, Caspi A, Harrington H, Hogan S, Nada-Raja S, Poulton R, Moffitt T. Suicide attempt in young people: a signal for long-term health care and social needs. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(2):119-27. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2803>
- Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051333>