

## 4. Atención de la autolesión no suicida en el servicio de urgencias

### CARE OF NONSUICIDAL SELF-HARM IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

María del Pilar Rascón Guijarro

Licenciada en Psicología por la Universidad de Almería.

#### RESUMEN

La autolesión no suicida (ANS) es un fenómeno complejo y preocupante que hace referencia a la destrucción directa y deliberada de la propia superficie corporal sin intención suicida. El significativo incremento de su prevalencia en los últimos años y las múltiples consecuencias negativas de esta conducta ha llevado a que se considere un problema de salud pública. A pesar de la inclusión de la ANS en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) como una entidad diagnóstica independiente, todavía se confunde con el comportamiento suicida y otros trastornos mentales. El propósito de la presente revisión bibliográfica es comprender la autolesión no suicida para encontrar modos de tratamiento especializados en la atención en urgencias. Trabajar el estigma que envuelve la ANS y ofrecer una formación que cambie las actitudes negativas de los profesionales puede favorecer que la persona deje de ocultar este problema y pida ayuda. Comprender las funciones de la ANS ayuda a dotar de sentido este comportamiento, siendo la función más frecuente la regulación emocional, que trata de adormecer un dolor emocional insoportable a través del dolor físico. Un enfoque biopsicosocial ofrece una visión más completa de la conducta autolesiva como un comportamiento complejo, multicausal y multifactorial que tiene su origen en experiencias vitales dolorosas. A pesar de que no hay muchos datos sobre la eficacia de las intervenciones en ANS, las revisiones sistemáticas y los metanálisis indican que las terapias psicológicas pueden ayudar a las personas que luchan contra la autolesión.

**Palabras clave:** Autolesión no suicida, autolesión, automutilación, autolastimarse, urgencia, emergencia.

#### ABSTRACT

*Non-suicidal self-injury (NSSI) is a complex and worrisome phenomenon defined as the deliberate destruction of one's own body tissue in the absence of suicidal intent. The significant increase in its prevalence in recent years and the multi-*

*ple negative consequences of this behavior have led it to be considered a public health problem. Despite the inclusion of NSSI in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) as an independent diagnostic entity, it is still confused with suicidal behavior and other mental disorders. The purpose of this bibliographic review is to understand non-suicidal self-injury in order to find specialized modes of treatment in emergency care. Working on the stigma that surrounds the NSSI and offering training that changes the negative attitudes of professionals can encourage the person to stop hiding this problem and ask for help. Understanding the functions of the NSSI helps to make sense of this behavior, the most frequent function being emotional regulation, which tries to numb unbearable emotional pain through physical pain. A biopsychosocial approach offers a more comprehensive view of self-injurious behavior as complex, multicausal, and multifactorial behavior that stems from painful life experiences. Although there is not much data on the efficacy of interventions in NSSI, systematic reviews and meta-analyses suggest that psychological therapies can help people struggling with self-harm.*

**Keywords:** Nonsuicidal self-harm, self-harm, self-mutilation, self-harm, urgency, emergency.

#### 1. INTRODUCCIÓN

##### 1.1. Historia y conceptualización de las autolesiones no suicidas

El comportamiento autolesivo aparece históricamente en diversas culturas y países, encontrándose en múltiples contextos religiosos, ritos antropológicos, arte, literatura e incluso en medios actuales como la televisión, internet y redes sociales.

Existen casos de conducta autolesiva descritos desde la antigüedad. La Biblia narra la historia del endemoniado de Gerasa que expiraba su culpa autolesionándose y “vagaba entre los sepulcros y la montaña, dando alaridos e hiriéndose con piedras” (San Marcos, 5:5). Desde el siglo IV después de Cristo, algunos miembros de la religión cristiana hacen un retiro durante meses para alejarse de las tentaciones terrenales y mortificar sus carnes, demostrando así su fe. En la religión musulmana se lleva celebrando durante siglos la fiesta de Ashura en la que algunos musulmanes salen a la calle y se autolesionan ante los demás, para mostrar su pesar por la muerte de un descendiente de Mahoma (López-Millán y Román-Sánchez, 2021).

Más adelante, en 1896, Gould y Pyle describen el caso de una mujer de 30 años que se realizó cortes profundos en la muñeca y en la mano, como protesta y malestar ante la retirada del opio que había tomado hasta entonces como un medicamento autorizado (López-Millán y Román-Sánchez, 2021).

En 1913, Emerson analiza casos de pacientes de ambientes psiquiátricos que rivalizaban por quién se realizaba más cortes en el cuerpo, lo que promovió la convicción de que las personas que se autolesionan padecen un tras-

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos autolesión no suicida.

Fuente. DSM-5 (Asociación Americana de Psicología, 2014).

- A. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p. ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).

*Nota:* La ausencia de intención suicida o bien ha sido expresada por el individuo, o bien puede inferirse de la realización repetida por parte del individuo de comportamientos que sabe, o ha aprendido, que no es probable que tengan como resultado la muerte.

- B. El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:
1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
  2. Para resolver una dificultad interpersonal.
  3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.

*Nota:* El alivio o respuesta deseados se experimentan durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.

- C. Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:
1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.
  2. Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.
  3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.
- D. El comportamiento no está aceptado socialmente (p. ej., piercings, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.
- E. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.
- F. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p. ej., trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello], trastorno de excoriación [dañarse la piel]).

torno mental. Este autor describe “El caso de Miss A” una paciente de 23 años que se cortaba ante recuerdos de las agresiones sexuales sufridas (López-Millán y Román-Sánchez, 2021).

En 1938, Menninger intentó describir por primera vez este comportamiento en su libro “El hombre contra sí mismo” utilizando la expresión “automutilación” para referirse a una forma de “suicidio atenuado”. Posteriormente, todas las formas de conductas autolesivas se interpretaron como inten-

tos de suicidio, sin tener en cuenta si la verdadera intención de dichas conductas era morir (Hooley et al., 2020).

A principios de 1980, Pattison y Kahan propusieron el término “síndrome de autolesión deliberado”, formado por tres características, la dificultad para resistir el impulso a hacerse daño, un estado de malestar previo y un estado de alivio tras el acto. Seguidamente, Favazza y Rosenthal sugirieron sin éxito la inclusión en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) del “síndrome de automutilación repetitiva” agregando a la definición anterior la preocupación de hacerse daño (Hooley et al., 2020).

Finalmente, en 2014, debido a la prevalencia y la gravedad de las autolesiones, se introduce esta conducta como una categoría diagnóstica específica en el DSM-5 (Asociación Americana de Psicología, 2014) y como un trastorno que precisa más estudio, bajo la denominación de “autolesión no suicida” (ANS), lo que ha permitido aclarar la definición actual (Tabla 1).

De momento, la ANS se incluye en el apartado “Afecciones que necesitan más estudio” hasta que se pueda categorizar como una entidad diagnóstica independiente en próximas ediciones del DSM (Vega et al., 2018).

Por otro lado, la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2019/2021) no contempla un diagnóstico específico para las conductas suicidas al considerarlas manifestaciones clínicas asociadas a otras condiciones, diferenciando entre las siguientes categorías (Bello et al., 2023):

- Autolesión no suicida:* lesión autoinfligida intencionalmente en el cuerpo, por lo general cortando, raspando, quemando, mordiendo o golpeando, con la expectativa de que la lesión solo produzca un daño físico menor.
- Ideación suicida:* conjunto de pensamientos, ideas o cavilaciones sobre la posibilidad de poner fin a la propia vida, que van desde pensar que uno estaría mejor muerto hasta la formulación de planes elaborados.
- Comportamiento suicida:* acciones concretas, como la compra de un arma o la acumulación de medicamentos, que se realizan como preparación para cumplir el deseo de acabar con la propia vida, pero que no constituyen un intento real de suicidio.
- Intento de suicidio:* episodio específico de comportamiento autodestructivo, llevado a cabo con la intención consciente de acabar con la propia vida.

A pesar de que las clasificaciones diagnósticas han diferenciado la autolesión de otros comportamientos suicidas, la jerga utilizada en el ámbito clínico no ha discriminado entre múltiples términos como “automutilación”, “autolesión deliberada”, “lesión autoinfligida”, “gesto suicida” o “parasuicidio” entre otros, contribuyendo a la confusión.

Además, existen dos grupos de investigación respecto a las autolesiones, por un lado, el enfoque europeo que utiliza el término “autolesión deliberada” (“delibérate self-harm”) para describir la conducta autolesiva sin tener en cuenta la motivación que promueve dicha conducta. Por

otro lado, el enfoque norteamericano si toma en consideración la motivación y plantea el término “autolesión no suicida” (“non suicidal self-injury”) como una conducta que implica un daño directo y deliberado contra uno mismo, en ausencia de intencionalidad suicida (Leiva Pereira y Concha Landeros, 2019).

Las autolesiones poseen unas características diferenciales, se asocia más con el sexo femenino, el abuso infantil, los trastornos de ansiedad, el trastorno depresivo mayor, la agresión e impulsividad, la edad menor de 45 años y los trastornos por uso de sustancias en comparación con los pacientes sin comportamiento suicida (Chartrand et al., 2015).

Entre los métodos referidos se encuentran cortar, quemar, morder, rascar o golpear. El método más documentado es el corte (más del 70%), aunque la mayoría declaran el empleo de varios métodos (Tabla 2). Las zonas del cuerpo sobre las que se inflige el daño habitualmente son los brazos, las piernas, las muñecas y el estómago (Vega et al., 2018). La ANS puede requerir atención médica de urgencias e intervención quirúrgica o endoscópica por cortes o tallados repetidos en la piel, quemaduras, traumatismos penetrantes autoinfligidos, frotamiento, comportamiento de autoincrustación o ingestión de cuerpos extraños. DSM explica que es frecuente entre los pacientes que se realizan cortes que lo hagan de manera repetida, superficial y paralela dejando un patrón de cicatrices peculiar con señales separadas 1 o 2 centímetros entre sí. Otros métodos utilizados por las personas que se autolesionan son clavar una aguja o la punta de un cuchillo afilado y quemarse la piel con la colilla de un cigarro o frotando la piel de forma repetida (Asociación Americana de Psicología, 2014).

**Tabla 2.** Tipo autolesión y prevalencia. Fuente: Elaboración propia (basado en Vega et al., 2018).

TIPO AUTOLESIÓN	PREVALENCIA
Cortar	70-90%
Golpear	21-44%
Quemar	15-35%
Rascar	-
Morder	-
Autoincrustación	-
Ingerir cuerpos extraños	-

La mayoría de los pacientes que se autolesionan declaran hacerlo de manera planificada, por tanto, dicho comportamiento no suele ser impulsivo (Vega et al., 2018). Las consecuencias de las autolesiones son múltiples y relevantes, ya que pueden llegar a ser graves o sufrir complicaciones médicas como las infecciones, requiriendo atención médica de urgencias. Además, no debe restarse importancia a la ANS puesto que en algunos casos puede llevar a una mortalidad accidental.

## 1.2. Objetivos

### Objetivo general.

Estudiar los comportamientos autolesivos no suicidas para encontrar modos de tratamiento especializados, individualizados y de calidad en la atención en urgencias.

### Objetivos específicos

1. Conceptualizar la ANS como un trastorno con identidad propia diferenciado del comportamiento suicida.
2. Analizar la frecuencia de aparición de la ANS y describir los factores de riesgo asociados para detectar los principales desencadenantes de las conductas autolesivas.
3. Explorar las comorbilidades de la ANS con otros trastornos mentales y comprobar si son fenómenos que concurren de manera causal o comórbida.
4. Estudiar las funciones de la ANS para comprender la finalidad de las autolesiones y alcanzar una visión más profunda y completa de esta conducta.
5. Conocer cómo influye el estigma que rodea a la ANS tanto en los pacientes que sufren autolesiones como en los profesionales sanitarios que los atienden y cómo el estigma se propaga a través de los medios de comunicación y las redes sociales.
6. Examinar los programas de prevención actuales y los tratamientos psicológicos eficaces de la ANS.

## 1.3. Justificación

Conocer un problema ayuda a solucionarlo, por tanto, en esta revisión bibliográfica se pretende analizar diferentes aspectos de las ANS con el objetivo de ofrecer un mejor abordaje en el servicio de urgencias.

Existen múltiples términos para referirse a las autolesiones, lo que ha generado una confusión en la detección de los casos y, por tanto, en el tratamiento ofrecido. Históricamente las autolesiones se han relacionado con el suicidio, siendo realmente problemas de salud diferentes que requieren una respuesta diferente. Además, la ANS ha sido erróneamente considerada un síntoma de otra patología mental, lo que supone un diagnóstico incorrecto y, por tanto, un plan terapéutico ineficaz.

A nivel epidemiológico, los estudios recogidos en este trabajo señalan el crecimiento exponencial de la ANS como una condición real, pero oculta. Por ello, la ANS se ha convertido en un problema de salud pública al que es necesario dar respuesta.

El estigma que rodea las autolesiones puede llevar a que profesionales sanitarios, familiares o incluso el propio paciente juzgue las ANS como comportamientos irracionales, impulsivos o manipulativos. El encubrimiento de estos comportamientos en el entorno y los prejuicios sociales que lo acompañan hacen de este trastorno un problema difícil de diagnosticar, y por tanto de tratar. Además, el estigma no solo es social, sino que también es el propio

individuo que se autolesiona quien esconde las heridas que se ha ocasionado. Las personas que se autolesionan asimilan el estigma como real, cargando con un sentimiento de culpa que lleva al ocultamiento y la falta de búsqueda de ayuda.

La bibliografía respalda que las actitudes actuales de los profesionales sanitarios hacia los pacientes que padecen ANS son negativas, perpetuando el estigma, el ocultamiento y la falta de búsqueda de ayuda. Muchos profesionales se sienten poco capacitados y con pocos recursos de apoyo para tratar de una manera adecuada a los pacientes con ANS, convirtiéndose la formación en algo fundamental.

Con frecuencia la ANS es juzgada como una conducta irracional y dañina sin llegar a comprender que la conducta autolesiva tiene una razón y un significado para la persona. Por esta razón, se hace imprescindible conocer las funciones de la ANS, puesto que ayuda a dotar de sentido este comportamiento. Además, se hace necesario desmitificar la búsqueda de atención que realizan las personas con ANS y comenzar a entender esta búsqueda de atención no como una manipulación sino como un proceso de comunicación emocional.

La literatura científica ha estudiado numerosos factores de riesgo asociados a la ANS (biológicos, psicológicos, sociales o contextuales) sin poder delimitar con precisión las interacciones que pueden establecerse entre los ellos o la función que juega cada factor por separado, por lo que se hace necesario una revisión más profunda.

Las intervenciones basadas en la prevención de la ANS pueden ser útiles pero también presentan múltiples inconvenientes. Por un lado, prohibir las autolesiones a un paciente con ANS puede llevar a suprimir su único modo de afrontar el malestar emocional sin proveerle de otras opciones para manejar su angustia. Por otro lado, puede llevar a la autoestigmatización y la culpabilidad por realizar esta conducta y a creer que no pueden controlar su conducta y deben ser otros los que ejerzan este control, reforzando actitudes paternalistas y de dependencia.

No se encuentran tratamientos eficaces para la ANS ni existen guías o protocolos específicos para ANS, por lo que se hace necesaria una revisión de los tratamientos disponibles y de la evidencia científica obtenida hasta el momento.

Por todo esto, el presente trabajo quiere contribuir a visibilizar la relevancia del manejo adecuado de la ANS en el servicio de urgencias, ya que su detección e intervención van a determinar la continuidad del tratamiento.

## 2. METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica narrativa del tema elegido. Para dar respuesta a los objetivos planteados en este trabajo se han utilizado diversas estrategias de búsqueda que se detallan a continuación. En primer lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica durante el período de Abril a Mayo del 2023 en las bases de datos PubMed, Cochrane, Dialnet Plus y Google Académico. La búsqueda se centró en "la atención de las autolesiones no suicidas en el servicio de

Tabla 3. Palabras clave según DeCS y MeSH. Fuente. Elaboración propia.

DeCS	MeSH
Autolesión no suicida	Non suicidal self-injury
Autolesión	Self-harm
Automutilación	Self-mutilation
Autolastimarse	Self-injury
Urgencia	Urgency
Emergencia	Emergency

urgencias". Para la consulta de las bases de datos se utilizaron los DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud) y MeSH en inglés que se mencionan en la Tabla 3, combinándolos con los operadores booleanos (Y/AND y O/OR). Debido a la multitud de términos utilizados para referirse a las autolesiones, la principal dificultad encontrada es que no existe un único descriptor para afinar en la búsqueda bibliográfica.

A continuación, se fijaron unos criterios de inclusión y exclusión para clarificar la selección de las publicaciones durante la búsqueda.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta durante la búsqueda fueron:

- Artículos científicos publicados en los últimos 5 años.
- Divulgados en idioma español o inglés.
- Artículos cuyo objeto de estudio estuviera relacionado con el tema propuesto.
- Muestra poblacional niños, adolescentes y adultos.

Los criterios de exclusión utilizados durante la búsqueda bibliográfica fueron:

- Artículos cuya muestra estuviera conformada por sujetos con características específicas como objetivo diferencial del estudio, por ejemplo, autismo, trastorno de personalidad límite, dolor crónico, colectivo *LGTBI*, etc.
- Artículos sobre autolesiones ante situaciones estresantes concretas como el bullying, el ciberbullying o a causa de la epidemia del *COVID-19*.
- Estudios que no discriminan entre autolesiones y otras conductas suicidas.

Con objeto de seleccionar las publicaciones más adecuadas para responder los objetivos planteados, se adaptaron las estrategias de búsqueda bibliográfica a cada una de las fuentes consultadas, pero en todas ellas los artículos fueron filtrados según las mismas características (publicados en los últimos 5 años y texto libre completo). Finalmente, los artículos fueron escogidos tras la lectura del título y el resumen.

- Estrategia de búsqueda en Pubmed. Se utilizaron dos descriptores "self-injurious behavior" AND "emergency".

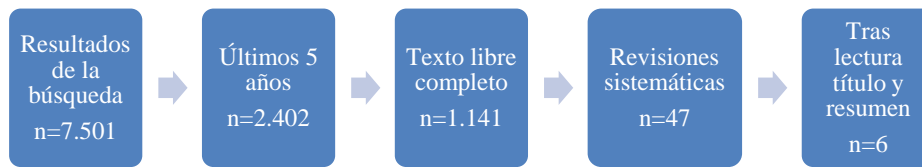


Figura 1. Estrategia de búsqueda en Pubmed.

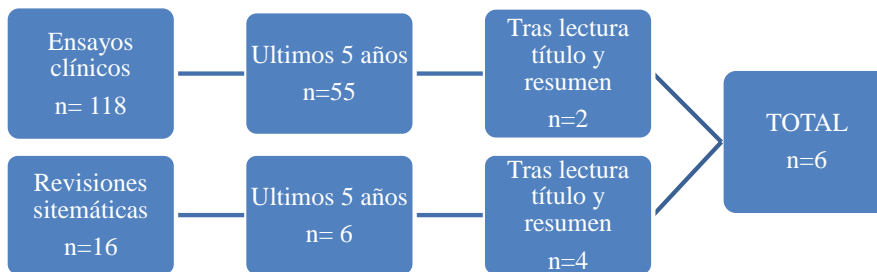


Figura 2. Estrategia de búsqueda en Cochrane.



Figura 3. Estrategia de búsqueda en Dialnet.

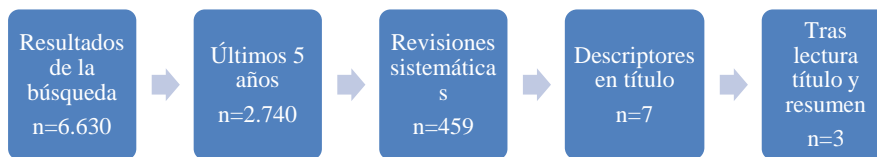


Figura 4. Estrategia de búsqueda en Google Scholar.

La principal dificultad es que en Pubmed no existe un descriptor que se refiera exclusivamente a las ANS sino que la búsqueda debe realizarse con el descriptor supraordenado "self-injurious behavior" que no discrimina entre autolesiones, intento de suicidio o pensamiento autolítico. El segundo descriptor "emergency" estaba compuesto por diferentes términos entre los que se seleccionaron "emergency treatment", "emergency services, psychiatric", "emergency service, hospital" y "emergency medicine". Tal y como muestra la Figura 1 se seleccionaron 6 artículos.

- Estrategia de búsqueda en Cochrane. Se utilizaron los DeCS "non suicidal self-injury" OR "self-harm" OR "self-mutilation" OR "self-injury" AND "urgency" OR "emergency". En esta base de datos se tuvieron en cuenta tanto las revisiones sistemáticas como los ensayos clínicos, escogiéndose un total de 6 artículos (Figura 2).
- Estrategia de búsqueda en Dialnet. Se utilizó el descriptor en español "autolesión no suicida", siendo también 6 los artículos seleccionados (Figura 3).
- Estrategia de búsqueda en Google Scholar. Se utilizaron los descriptores "autolesión no suicida" y "urgencias", añadiéndose el filtro que dichos descriptores debían estar presentes en el título, siendo finalmente seleccionados 3 artículos (Figura 4).

- Estrategia de búsqueda Bola de Nieve. Se añadieron a la búsqueda otros artículos que eran referenciados en los artículos escogidos de las bases de datos anteriormente mencionadas e impresionaron tener un interés especial para ampliar la comprensión de la ANS. A través de la técnica bola de nieve se amplió este trabajo incluyendo 19 artículos más.

En total, se ha realizado la lectura completa de 40 artículos obtenidos a través de la búsqueda sistemática. A pesar de que este trabajo se basa fundamentalmente en artículos recientes publicados en los últimos 5 años, los artículos de interés encontrados a través de la técnica de bola de nieve son publicaciones previas a la fecha prefijada al ser muchos de ellos estudios originales y ampliamente referenciados.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Epidemiología de la autolesión no suicida

PREVALENCIA GENERAL. Los primeros estudios sobre ANS se remontan a principios de la década de los 80 y ubican la prevalencia en un 0.4%, incrementándose significativamente, hasta el 4% de la población general en 2018 (Vega et al. 2018). Estudios más recientes informan que cada

año, hay más de 500.000 asistencias hospitalarias por autolesiones en los EEUU y alrededor de 220.000 asistencias en Inglaterra, donde se observa la mayor incidencia de Europa (Zarska et al., 2022).

**PREVALENCIA INFANCIA.** La prevalencia de la ANS en la infancia es baja y suele ir asociada al síndrome de Gilles de la Tourette o Lesch-Nyhan, así como formas graves de autismo o discapacidad intelectual (Vega et al., 2018). Otro estudio encuentra también una prevalencia baja de 0.15% de "cutting" en niños de 10 a 14 años (Lince-González, 2020). A pesar de que no existen muchos estudios sobre ANS en la infancia, los individuos que han participado en estudios de adolescentes o adultos refieren que entre un 5,1% y un 24% se iniciaron en estas conductas antes de los 11 años (Vega et al., 2018).

**PREVALENCIA EN ADOLESCENTES.** En España, resalta la escasez de estudios epidemiológicos pero en la revisión de Vega et al. (2018) se detecta que el 32,7% de una muestra de estudiantes habían sufrido autolesiones a lo largo de su vida y que el 68% de ellos habían presentado algún episodio en el último año (Vega et al., 2018). La elevada prevalencia en adolescentes se encuentra en otro estudio con una muestra de estudiantes, donde el 70% reveló autolesionarse sin intención suicida (Ramírez y Restrepo, 2022). Existe un mayor porcentaje de ANS en mujeres adolescentes (87,6 %) con una edad media de 14,7 años (Witt et al., 2021a). La edad de inicio se sitúa entre los 12 y los 16 años, siendo la adolescencia un periodo de vulnerabilidad para la ANS (Vega et al., 2018). En el estudio de Franzen et al. (2022), el 63.5% de los niños y adolescentes que acudieron al servicio de urgencias psiquiátricas tuvieron como motivo principal las autolesiones o las tendencias suicidas. En concreto, el 22,52% de los casos presentaron autolesiones no suicidas, siendo la mayoría de ellos del sexo femenino.

**PREVALENCIA EN ADULTOS.** En el estudio de Chartrand et al. (2015) sobre pacientes atendidos en urgencias por motivos de salud mental se encuentra que las autolesiones no suicidas representan el 4,3 % de las atenciones en el servicio de urgencias y los intentos de suicidio supusieron el 14% de las presentaciones. En el estudio de Brown et al. (2015) sobre pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas por conductas autolesivas, hallándose que el 50% realizaron un intento de suicidio, 12% acudieron por autolesión no suicida y el 30 % presentaba otros síntomas psiquiátricos. En el estudio de Kang y Kim (2021) sobre pacientes atendidos en urgencias por conductas autolesivas encontraron tasas superiores de hasta el 76,6% (n = 443) para el grupo intento autolítico y el 23,4% (n = 135) para el grupo de autolesión no suicida.

**PREVALENCIA SEGÚN SEXO.** La mayoría de personas que practican ANS son mujeres (61,9 %) con una edad media de 31,8 años (Witt et al., 2021b). En otro estudio de prevalencia de ANS hay que el 61 % son mujeres, con una media de edad de 25,03 años y que la forma de autolesión más comúnmente referida fue cortarse (Taylor et al., 2021). Tradicionalmente se ha considerado que las ANS son más prevalentes en las mujeres, sin embargo, los patrones de género/sexo están cambiando con el tiempo y estudios recientes muestran tasas crecientes entre los hombres así como el mismo riesgo de repetición entre hombres y mujeres durante un año (Liu 2020). La revisión de Vega et al.

(2018) distingue que las adolescentes son más propensas a emplear métodos que implican ver sangre (como por ejemplo, cortarse o rascarse bruscamente), mientras que los adolescentes varones son más proclives a golpearse o quemarse.

**PREVALENCIA EN URGENCIAS.** Las tasas de presentación hospitalaria han aumentado en los últimos años, con preocupación de que los datos subestiman la presentación real (MacDonald et al., 2020). Existe una alta tasa de frecuentación al servicio de urgencias por casos de autolesiones, siendo la primera o segunda causa de atención en urgencias psiquiátricas tanto en adultos como en niños y adolescentes (Franzen et al., 2020). El estudio de Brunner et al. (2015) refiere que el 4% de los adultos y entre el 14% y el 15% de los adolescentes en los Estados Unidos y Canadá presentan autolesiones tipo autoincrustación, definida como la incrustación deliberada de objetos en los tejidos blandos para causar daño corporal sin intención suicida.

**CURSO.** El curso de la ANS es diverso, apareciendo las autolesiones en algunos pacientes como episodios aislados y en otros de forma recurrente. La revisión de Vega et al. (2018) menciona que el 63% de los individuos que se autolesionan continúan haciéndolo después de un año de haber comenzado a hacerlo. También destaca que autolesionarse frecuentemente y utilizando varios métodos diferentes predicen el hecho de autolesionarse en el año posterior.

### 3.2. Comorbilidad de la autolesión no suicida

Hasta hace poco se conceptualizaba la ANS como un síntoma que aparece en diversos trastornos mentales, entre ellos, los trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de estrés postraumático, trastorno depresivo, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad y, especialmente, el trastorno de personalidad límite (TLP). Sin embargo, aunque la ANS coexiste con varios trastornos mentales, se ha comprobado que los comportamientos autolesivos ocurren en ausencia de una enfermedad mental, debiéndose considerar como una condición independiente (Hooley et al., 2020; Vega et al., 2018).

En el estudio de Brown et al. (2015), el 85% de los pacientes que presentan autolesiones tipo "autoincrustación" tienen un diagnóstico psiquiátrico y el 70% ocurren en la población carcelaria. Los diagnósticos que se han relacionado con este tipo de autolesiones son la psicosis, la simulación, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno bipolar. Sin embargo, las enfermedades mentales que se asocian a las autolesiones en general son la depresión mayor recurrente, el TLP, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos alimentarios y el abuso de sustancias.

Para discriminar la ANS de otros trastornos mentales se hace necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial (Asociación Americana de Psicología, 2014).

a. *Trastorno de la personalidad límite (TLP).* Las autolesiones son uno de los criterios del trastorno de personalidad límite pero no constituye un criterio necesario

para el diagnóstico del *TLP*, es decir, una persona con *TPL* puede no autolesionarse. A menudo las personas con *TLP* presentan comportamientos alterados agresivos y hostiles, mientras que las personas con *ANS* suelen ser más cercanos y colaboradores y mantienen relaciones positivas. Además, existen diferencias en los sistemas de neurotransmisores, aunque no son evidentes en la exploración clínica.

- b. *Trastorno de comportamiento suicida*. La principal diferencia estriba en el objetivo del comportamiento, ya sea un deseo de morir (en el trastorno de comportamiento suicida), o bien un deseo de experimentar alivio (tal y como se describe en los criterios de la *ANS*). Puesto que los individuos con *ANS* pueden intentar suicidarse y llegar a hacerlo, es importante revisar los antecedentes de comportamientos suicidas y obtener información de terceras personas en cuanto a cambios recientes en la exposición a factores de estrés y en el ánimo. La probabilidad de un intento de suicidio se ha asociado con el uso previo de varios métodos para autolesionarse.
- c. *Tricotilomanía*. La tricotilomanía es un comportamiento dañino limitado a arrancarse el propio cabello, generalmente del cuero cabelludo, las cejas o las pestañas. Este comportamiento aparece como episodios que pueden durar horas, mientras que la *ANS* es una conducta más breve. La tricotilomanía es más probable que suceda durante un período de relajación o distracción, mientras que la *ANS* suele aparecer durante un episodio de angustia emocional.
- d. *Autolesión estereotipada*. La autolesión estereotipada puede implicar golpearse o morderse y generalmente se relaciona con una concentración intensa o ante situaciones de escasa estimulación.
- e. *Trastorno de excoiación*. El trastorno de excoiación consiste en rascar o frotar una zona de la piel que el individuo considera antiestética, manchada o irregular. Tanto en el trastorno de excoiación como en la *ANS*, la conducta va precedida de una sensación de ansia y se experimenta como placentera, aunque el individuo es consciente de que se está haciendo daño a sí mismo. El trastorno de excoiación no se asocia con el uso de ningún instrumento.

A pesar de que los trastornos psiquiátricos son frecuentes en las personas que padecen *ANS*, la presencia de autolesiones no está necesariamente asociada a existencia de una enfermedad mental.

### 3.3. Suicidio y autolesión no suicida

En la sección "*Afecciones que necesitan más estudio*" del DSM-5 (Asociación Americana de Psicología, 2014) aparecen la *ANS* y el trastorno del comportamiento suicida como diagnósticos separados y se establecen criterios diferentes para cada uno de ellos.

La *ANS* es reconocido como el factor de riesgo más claro para el suicidio, incluso más que otros factores desencadenantes como los síntomas de depresión o problemas en el ámbito familiar (Vega et al., 2018). Las autolesiones se asocian con un mayor riesgo de muerte por suicidio (Hawton

et al., 2016). Se observa un aumento del riesgo de suicidio en pacientes que se autolesionan con frecuencia, con una historia de daño autoinfligido extensa, que utilizan múltiples métodos autolesivos y especialmente si en lugar de sentir dolor físico prima el alivio emocional inmediato (Nock, 2010).

Se prevé que uno de cada 25 pacientes que acuden a los servicios de urgencias con autolesiones morirán por suicidio dentro de 5 años, lo que demuestra la importancia de esta área en salud para salvar vidas (Zarska et al., 2022). Los hombres que acuden al servicio de urgencias con autolesiones tienen un alto riesgo de morir por suicidio, con el 2,7% de los hombres muriendo en el año siguiente a su presentación, más del doble de la tasa de mujeres (1,2%) (Hatcher et al., 2022). Por tanto, no hay que trivializar la presentación de autolesiones, por ejemplo, las personas que acuden a urgencias con laceraciones superficiales del antebrazo pueden ser erróneamente consideradas de menor riesgo para un resultado suicida.

Las *ANS* y los intentos de suicidio se diferencian según en el propósito autoinformado de la conducta, mientras que un intento de suicidio es un acto basado en la intención de morir, la autolesión se realiza por distintos motivos, siendo el principal regular el sufrimiento emocional (Arrieta, 2020). El estudio de Kong y Kim (2020) encuentra que el grupo de pacientes con intentos de suicidio se asoció de manera estadísticamente significativa con el sexo masculino, enfermedades crónicas, antecedentes de depresión, desempleo, no buscar ayuda después del intento, conciencia reducida y consulta psiquiátrica. El grupo con autolesiones mostró una puntuación estadísticamente más alta de "pedir ayuda", por ello, la atención en urgencias será clave para fidelizar a los pacientes que se autolesionan. En el estudio de Chartrand et al. (2015) no se observaron diferencias en sexo, edad, antecedentes de maltrato infantil, presencia de ansiedad o trastorno por consumo de sustancias aunque sí se encontraron diferencias en factores estresantes de la vida reciente, ideación suicida activa, depresión, atención psiquiátrica previa y el estado civil soltero contribuyendo a una mayor tasa de intentos autolíticos.

Desde un punto de vista conceptual, las autolesiones se diferencian de la conducta suicida en la intencionalidad, frecuencia y letalidad. Desde el punto de vista fenomenológico, presentan características diametralmente opuestas: quien desea morir quiere "*salir de la vida y dejar de sentir*", mientras que quien se autolesiona desea "*permanecer en vida y sentir*" (Bello, Rodríguez-Quiroga y Quintero, 2023).

A pesar de estas diferencias, algunos estudios argumentan que las autolesiones y el comportamiento suicida no son tan distintos, o incluso pueden llegar a ser comportamientos disfuncionales a lo largo de un continuum, denominado "*espectro autolesivo*", por lo que se requiere más investigación para aclarar las similitudes y diferencias entre ambos diagnósticos (Kang y Kim, 2020; Vega et al., 2018; Chartrand et al., 2015).

Más allá de las semejanzas y diferencias, y puesto que un porcentaje importante de los pacientes que se autolesionan acaban realizando un intento autolítico, prevenir la

Tabla 4. Diferencias suicidio y ANS. Fuente. Elaboración propia.

	SUICIDIO	ANS
Intencionalidad	Morir. Escapar del dolor emocional de manera definitiva	Hacerse daño a uno mismo. Escapar del dolor emocional a través del dolor físico
Riesgo de muerte	Elevado	Bajo
Frecuencia	Pocas veces	Muchas veces
Métodos más frecuentes	Autointoxicación, precipitación	Cortes
Métodos utilizados	Normalmente uno	Varios, incrementándose a lo largo del tiempo
Cronicidad	Raramente	A menudo
Funciones	Poner fin al sufrimiento emocional	Intrapersonales (disminuir el dolor emocional, anti-disociación o autocastigo). Interpersonales (obtener apoyo o evitar hacer algo).
Trastornos asociados	Trastornos psicóticos, trastornos afectivos, trastornos ansiosos, abuso de alcohol y sustancias	Trastornos de la personalidad, Trastornos de la conducta alimenticia, Trastorno por estrés post-traumático y Trastornos por consumo

autoagresión repetida es prevenir futuros comportamientos suicidas.

### 3.4. Estigma asociado a la autolesión no suicida

La ANS es un comportamiento mayoritariamente oculto, debido a su estigmatización, siendo su principal consecuencia la falta de búsqueda de ayuda por parte de los individuos que la sufren. Se puede distinguir entre estigma estructural y autoestigma. El estigma estructural comprende los estereotipos, los prejuicios y la discriminación socialmente construidos. El autoestigma es el proceso que provoca sentimientos como culpa, vergüenza o miedo al interiorizar el estigma social (Arrieta, 2020).

El estigma que perdura sobre las enfermedades mentales también incide sobre la ANS. Las personas que presentan ANS confiesan sentir miedo a confesarlo y ser etiquetados como “enfermos mentales” o “locos”, o ser ingresados en instituciones de salud mental. Además, el estigma social es más fuerte en aquellas enfermedades mentales que conllevan peligro para uno mismo debido a la percepción de la tendencia de violencia potencial (Arrieta, 2020).

Como se ha visto, el principal mito que recae sobre la población que se autolesiona es la búsqueda de atención, entendida peyorativamente. Sin embargo, esta afirmación es contradictoria porque la gran parte de las autolesiones son ocultas como consecuencia del sentimiento de vergüenza que experimenta la población, impidiendo la búsqueda de ayuda y, por tanto, su revelación (Arrieta, 2020).

La ANS se sigue asociando al suicidio y, por tanto, el estigma que envuelve al suicidio recae sobre la ANS. Este vínculo se expresa a través del miedo ante la ANS presente en la población porque, tanto la palabra suicidio como ANS asustan al sugerir la posibilidad de muerte del individuo (Arrieta, 2020).

La revisión sistemática de MacDonald (2020) refleja una ambivalencia y desorientación sobre lo que significa ser un individuo que se autolesiona. Por un lado, la revisión concluye

que la transición al rol de paciente fue vista como positiva puesto que la provisión de un plan de tratamiento puede proporcionar una sensación de alivio de que se están reconociendo las necesidades en lugar de ser descartado. Sin embargo, algunos participantes sintieron que su autenticidad y la legitimidad de su rol de paciente estaba en duda puesto que las heridas habían sido autoinfligidas. Algunos pacientes afirmaron sentirse avergonzados por el tiempo que los médicos tenían que dedicarles (autoestigma) y otros revelaron que los médicos fomentaron dicho sentimiento de vergüenza informando al individuo que estaban ocupando el lugar de pacientes más merecedores (estigma social).

Algunos pacientes tratan de esconder no solo sus cicatrices o heridas, sino que también hacen esfuerzos para ocultar las emociones o la verdadera naturaleza de sus lesiones. Entre las motivaciones para esconderse se incluyen evitar que la familia descubriera lo que había sucedido, el miedo al rechazo, evitar la vergüenza de pedir ayuda o evitar que los médicos pensarán que son “estúpidos” (MacDonald et al., 2020).

Además, siete de los 26 estudios incluidos la revisión sistemática de MacDonald et al. (2020) concluyeron que los encuentros negativos con los médicos habían inclinado al paciente a ocultar sus autolesiones y a no volver a buscar ayuda, siendo esto especialmente peligroso puesto que las lesiones que quedaron desatendidas condujo a numerosas infecciones.

El 83,7% de los pacientes que presentan autolesiones acude solo una vez al servicio de urgencias (Chartrand et al, 2015). A pesar del aumento de la prevalencia y la promoción activa de los servicios de ayuda, menos de la mitad de las personas que se autolesionaron informaron haber accedido a servicios médicos o servicios psicológicos. Los jóvenes y los hombres buscan con menor probabilidad el apoyo sanitario (McManus 2019).

Solamente un porcentaje muy bajo de personas con conductas autolesivas solicita ayuda sanitaria. En concreto



solo una de cada ocho personas que se autolesionan acude al departamento de emergencias, siendo la sobredosis por ingesta de pastillas el motivo de consulta más común (Ramírez y Restrepo, 2022).

Involucrar a los pacientes en un tratamiento oportuno y accesible es un desafío, ya que hasta la mitad de los pacientes dados de alta del servicio de urgencias abandonan o no participan en el tratamiento ambulatorio de seguimiento (Zarska et al., 2022). Otro estudio encontró que los usuarios que se dan de alta por sí mismos de la atención en urgencias eran más propensos a hacer otra llamada al servicio de ambulancias para una emergencia de salud mental dentro del mismo año (Duncan 2019).

En conclusión, el estigma que rodea a la ANS es el resultado de las cicatrices físicas, la etiqueta de enfermedad mental, su asociación con el suicidio, la incompreensión del comportamiento, la ilegitimidad como paciente y el propio autoestigma. Todo ello, lleva a la ocultación de la ANS y la no búsqueda de ayuda especializada.

### 3.5. Actitudes de los profesionales sanitarios y autolesión no suicida

Los estudios revelan que las actitudes de los profesionales sanitarios hacia quienes se autolesionan son predominantemente negativas e, incluso discriminatorias. Las actitudes negativas incluyen parcialidad, juicio, estigma, discriminación, estereotipos y prejuicios. Por el contrario, las actitudes positivas incluyen empatía, compasión, ética, moralidad y deseo de ayudar (Fortune et al., 2021).

Hay una serie de razones para que los profesionales sanitarios hayan llegado a desarrollar estas actitudes negativas (Arrieta, 2020). Entre ellas, podemos encontrar:

- Entender la ANS como un comportamiento irracional e impulsivo que va en contra del instinto básico de supervivencia. Esto afecta desfavorablemente a la atención sanitaria que reciben.
- La creencia de la ANS como búsqueda de atención o como método de manipulación. Los profesionales sanitarios se refieren a estos pacientes como una pérdida de tiempo.
- Englobar a todas las personas que se autolesionan como un grupo impredecible y de riesgo. Esto conlleva una elevada desconfianza y, por tanto, una hipervigilancia. Las personas con conductas autolesivas requieren un tiempo que los profesionales estiman podrían dedicarle a otros pacientes.
- Considerar que la responsabilidad y la culpabilidad de la ANS recae únicamente sobre el individuo, es decir, creer que es una elección del paciente y que tiene el control para evitarla. La ANS es juzgada como moralmente incorrecta y una causa menos legítima para recibir atención. Los profesionales consideran que las personas que se autolesionan tienen menor derecho a recibir atención sanitaria que cualquier persona con otra patología.
- Realizar atribuciones motivacionales incorrectas de la ANS y desconocer sus funciones.

- El estigma que envuelve a la ANS y sobre el que los profesionales sanitarios también son vulnerables.
- La falta de formación específica sobre ANS en los profesionales sanitarios, que lleva a que los profesionales se sientan incapacitados e incompetentes para trabajar con personas que se autolesionan, causando frustración.

Las actitudes negativas de los profesionales sanitarios hacia los pacientes con ANS se visibilizan en la revisión sistemática de MacDonald (2020). En diecisiete de los 26 estudios incluidos en la revisión de MacDonald (2020) se valora negativamente la calidad de la atención de la autolesión en el hospital. Algunos estudios describieron encuentros hostiles de los médicos como la falta de sensibilidad cuando trataban las heridas, tener que esperar en un cubículo sucio, el abuso verbal o ser denegado el alivio del dolor. Por el contrario, otros estudios destacaron ejemplos de atención amable y compasiva, utilizando pequeñas estrategias como aligerar el ambiente contando chistes o fomentando una pequeña charla, tratando con delicadeza sus heridas, reconociendo que tal vez no quieran que queden cicatrices ni exhibir sus marcas, cuidando el espacio físico destacando la importancia de la intimidad y la comodidad o brindando alternativas para aquellos que necesitaban autolesionarse.

Cinco estudios incluidos en la revisión sistemática de MacDonald (2020) informaron que la mayoría de pacientes habían vuelto a presentar autolesiones o intentos de suicidio después de haber sido atendido en el hospital, incluso uno de ellos encontró que la atención clínica recibida a menudo había sido el desencadenante de la elevación de la angustia.

Muchos médicos se sienten poco capacitados y carecen de confianza para apoyar a quienes presentan ANS. Como posible consecuencia de no estar adecuadamente preparado para hacer frente a las autolesiones, los médicos pueden experimentar emociones de irritación e ira, junto con sentimientos de impotencia hacia una persona que se hace daño a sí misma (MacDonald et al., 2020).

En la revisión sistemática de Zarska et al. (2022) se encuentra que las personas que se autolesionan y acuden al servicio de urgencias suelen ser atendidos por personal sanitario generalista sin formación especializada en salud mental.

Los profesionales sanitarios declaran que no han recibido ninguna preparación para trabajar con estos pacientes y que sus conocimientos han sido adquiridos a través de la experiencia. Análogamente, señalan la escasez de pautas, guías o protocolos para el manejo de la ANS y expresan el deseo de instruirse para ofrecer una mejor atención sanitaria (Arrieta, 2020).

En la misma línea, algunos estudios revelan que la formación de los profesionales sanitarios puede contribuir a desarrollar actitudes más positivas hacia los pacientes con ANS. En la revisión sistemática de Zarska et al. (2022) se observa que la formación de los profesionales sanitarios se vincularon con mejoras previas y posteriores en el conocimiento del personal, y menos consistente con la

**Tabla 5.** Efectos de la formación en el profesional y el paciente. Fuente: Elaboración propia según revisión de Zarska et al. (2022).

EFFECTOS DE LA FORMACIÓN EN EL PROFESIONAL	EFFECTOS DE LA FORMACIÓN EN EL PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora del conocimiento/ comprensión de las tendencias suicidas y las autolesiones.</li> <li>• Habilidades en la evaluación y manejo de pacientes.</li> <li>• Actitudes flexibles hacia el suicidio y las autolesiones.</li> <li>• Confianza en el abordaje del caso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento en el número de pacientes que deseaban un seguimiento posterior al alta.</li> <li>• Mayor aceptación del tratamiento</li> <li>• Mayor compromiso a la continuidad del tratamiento.</li> <li>• Reducción de los intentos de suicidio y las autolesiones.</li> <li>• No necesidad de ingreso psiquiátrico al menos en los 3 meses siguientes.</li> </ul>

mejora en habilidades, actitudes y confianza. Estas mejoras se encontraron especialmente en los estudios que incluyeron estrategias reflexivas y experienciales más que la mera transmisión de conocimiento o la simple exposición de carteles informativos. A nivel del paciente, las intervenciones que involucran estrategias comunes de prevención del suicidio como la planificación de la seguridad y el contacto de seguimiento, se vincularon constantemente a pre-post reducciones en los intentos de suicidio (ver Tabla 5).

El cuidado amable y comprensivo alivia los sentimientos de vergüenza de los pacientes, facilita el reconocimiento de sus dificultades y les ayuda a asumir un rol de paciente más dignificado (MacDonald et al., 2020).

Las revisiones anteriores se han centrado en la atención hospitalaria pero los pacientes entran en contacto con muchos profesionales antes de llegar al servicio de urgencias, desde el personal de atención telefónica de emergencias hasta policía, personal de seguridad, equipos de bomberos, conductor de ambulancia o personal no clínico, entre otros. De hecho, 1 de cada 10 contactos con la ambulancia están relacionados con la salud mental y las autolesiones (Duncan, 2019). Por tanto, sería importante incluir a dichos profesionales en un plan formativo transversal e integral sobre autolesiones no suicidas.

Además, es necesario tener en cuenta que no sólo es importante atender a las actitudes de los médicos hacia los pacientes que se autolesionan sino también atender el contexto de las organizaciones sanitarias, que tienen un papel

fundamental en la formación de estas actitudes y que pueden favorecer o dificultar su tratamiento, por ejemplo a través de la disponibilidad de profesionales formados o del tiempo requerido para curar no solo la herida física sino también la herida emocional.

Sería interesante ampliar la investigación sobre las actitudes y experiencias tanto del paciente desde dentro como del equipo sanitario y demás profesionales que entran en contacto con el episodio autolesivo, así como investigar el impacto que la capacitación del personal genera en los pacientes.

### 3.6. Funciones de la autolesión no suicida

DSM-5 describe la ANS como un trastorno mental desde un enfoque patológico pero una perspectiva funcional puede ayudar a comprender mejor la naturaleza de la ANS.

El análisis de las funciones de la ANS ofrece una comprensión más amplia de los procesos que originan y mantienen los comportamientos autolesivos, así como de las circunstancias antecedentes y los efectos consecuentes de la ANS.

Una de las clasificaciones de las funciones de la ANS más conocidas es la que propone Nock (2010) según dos dimensiones.

En la primera dimensión se diferencia entre:

- *Automática o intrapersonal*: La ANS ayuda a la regulación o cambio del estado interno.
- *Social o interpersonal*: La ANS favorece la regulación o cambios del entorno externo.

La segunda dimensión distingue:

- *Refuerzo negativo*: Cuando la ANS reduce o elimina un estado negativo, haciendo a ésta más probable.
- *Refuerzo positivo*: Cuando la ANS produce o favorece un estado positivo o deseable, haciendo a ésta más probable.

A partir de estas dos dimensiones, Nock (2010) propone cuatro funciones:

- *Función de refuerzo negativo intrapersonal*: La ANS ayuda a disminuir o eliminar un estado afectivo negativo. Por ejemplo, interrumpir emociones negativas como la rabia, la culpa o la frustración, salir de una sensación de entumecimiento o detener impulsos suicidas.

**Tabla 6.** Clasificación de las funciones de la ANS de Nock (2010). Fuente: Elaboración propia según Modelo de Nock (2010).

	Refuerzo positivo	Refuerzo negativo
Intrapersonal	Autolesión para generar un estado interno deseado. Ej. Para sentir algo, aunque sea dolor y salir de un estado disociativo.	Autolesión para disminuir un estado interno negativo. Ej. Para disminuir el dolor emocional.
Interpersonal	Autolesión para generar una respuesta externa deseada. Ej. Para obtener atención, ayuda o compasión por parte de los demás.	Autolesión para evitar exigencias externas. Ej. Para evitar hacer algo que me da miedo, me genera inseguridad o no me apetece hacer.

- *Función de refuerzo positivo intrapersonal:* La ANS ayuda a producir o generar un estado afectivo positivo. Por ejemplo, promover sentimientos positivos, incitar un estado de relajación o sentir algo, aunque sea dolor.
- *Función de refuerzo negativo interpersonal:* La ANS ayuda a escapar de situaciones interpersonales no agradables. Por ejemplo, evitar una discusión o evadirse de un castigo.
- *Función de refuerzo positivo interpersonal:* La ANS ayuda a conseguir una respuesta social deseable. Por ejemplo, obtener ayuda, conseguir atención o reflejar la desesperación.

Otra clasificación de las funciones de la ANS es la propuesta por Klonsky (2007) donde aparecen los siguientes modelos:

- *Modelo de regulación del afecto.* La ANS ayuda a disminuir o eliminar un estado emocional negativo, como la ira, la tristeza o la frustración.
- *Modelo anti-disociación.* La ANS interrumpe el episodio disociativo, ya sea de despersonalización o desrealización. La lesión física permite a la persona sentirse viva y real de nuevo, contrarrestando el ensimismamiento y vacío.
- *Modelo anti-suicidio.* La ANS cambia el foco de atención de los pensamientos suicidas a la herida física. La ANS sería utilizada como factor protector contra el suicidio.
- *Modelo de autocastigo.* La ANS sirve para reducir la culpa, la vergüenza, la decepción o el odio hacia uno mismo al sentir que se han inflingido el castigo merecido.
- *Modelo de límites interpersonales.* La ANS ayuda a para delimitar el "yo" y diferenciarlo del "otro", reafirmando así la identidad y la autonomía.
- *Modelo de influencia interpersonal.* La ANS busca influir en otras personas. La interpretación incorrecta de este modelo ha contribuido a la creencia de que la finalidad de la ANS es la búsqueda de atención, entendida despectivamente. Sin embargo, los sujetos declaran que el sentido de la ANS traspasa la expresión corporal de la angustia, es decir, buscan ayuda para su angustia a través de la ANS. Lo llaman un "grito de ayuda silencioso" (Troya et al., 2019).
- *Modelo de búsqueda de sensaciones.* La ANS lleva a experimentar sensaciones intensas como euforia o éxtasis.
- *Modelo de autocuidado.* La ANS es utilizada para encontrar consuelo y cuidado a través de la curación de la herida física, especialmente cuando la herida emocional es invalidada por el entorno o por el individuo mismo.

Los cuatro primeros modelos se corresponden con funciones intrapersonales y los cuatro últimos modelos con funciones interpersonales. Las funciones intrapersonales sugieren que el objetivo de la ANS es modificar un estado interno (emociones, sentimientos, pensamientos) mientras que en las funciones interpersonales el objetivo es modificar el medio externo. Las funciones intrapersonales son las más frecuentes, predominando el modelo de regulación del afecto, respaldado por el 90% de las personas que se autolesionan. Sin embargo, los modelos funcionales no son

mutuamente excluyentes puesto que la mayoría de los sujetos afirman que pueden coexistir diferentes funciones (Vega et al., 2018).

Aunque en las clasificaciones anteriores no se menciona, algunas personas revelan una función de recuperación del control. Las personas utilizan la ANS cuando se sienten incapaces de ejercer el control sobre sus vidas porque la ANS les concede sentir que lo recuperan (deciden hacerse daño, por qué, cómo, dónde y cuándo), aunque sea momentáneamente (Troya et al., 2019).

Otra de las funciones que puede cumplir la ANS es la de comunicar, especialmente cuando el lenguaje verbal es insuficiente para expresar el dolor emocional. Algunas personas que se autolesionan explican que las lesiones físicas son una expresión visual de su dolor emocional (expresan lo mucho que les duele por dentro). La ANS se puede describir como la externalización de un estado afectivo negativo, haciendo físico, visible y tangible un sufrimiento no físico, invisible e interno. También puede entenderse como un proceso comunicativo cuya expresión, la lesión física, es una declaración definitiva, auténtica y de identidad que valida la angustia emocional de la persona, así como una forma de autocomunicación, un testimonio fiel de su experiencia. Por lo tanto, la ANS actúa simultáneamente como una estrategia de liberación emocional y como validación de su experiencia dolorosa. Se trata de un acto de habla corporal (Arrieta, 2020).

Otro aspecto relevante del análisis funcional lo constituye el análisis de los efectos de la ANS, siendo el alivio el estado afectivo más frecuentemente declarado por los sujetos tras la ANS (Klonsky, 2007). Por tanto, la ANS es una respuesta para manejar un estado afectivo negativo, es decir, un mecanismo de afrontamiento contra el sufrimiento emocional. Las personas revelan que la ANS es una forma de trabajar las emociones porque les permite adormecer un dolor psicológico insoportable a través del dolor físico, aunque sea brevemente. La ANS transforma el dolor emocional en un dolor físico más manejable, en resumen, es un mecanismo de regulación emocional a través del cuerpo (Troya et al., 2019).

En conclusión, a pesar de que existen varias clasificaciones sobre las funciones de las autolesiones, la función de la ANS es única para cada persona e incluso diferente para el mismo individuo según el contexto.

### 3.7. Medios de comunicación, internet y redes sociales

La teoría del contagio social expone que la ANS está influida por procesos de aprendizaje social e imitación. Por tanto, observar estas conductas en la televisión, en internet o en la escuela puede suponer un factor de riesgo para el desarrollo de ANS (Jarvi et al., 2013).

A lo largo de un año se han llegado a generar 42 millones de búsquedas en Google sobre términos asociados a las conductas autolesivas (Jarvi et al., 2013). La información que se obtiene a partir de estas búsquedas puede resultar ser beneficiosa o perjudicial. En función del uso, la información obtenida en internet podría utilizarse para colaborar en el tratamiento, mejorar el aislamiento y animar a

la remisión; o todo lo contrario, podría normalizar en exceso estos comportamientos, estigmatizar o reforzar socialmente las autolesiones (Lewis et al., 2014).

Un ejemplo de los mitos que se transmiten sobre la ANS se puede encontrar en el estudio de Dyson (2016) que señala que el 87,2% de las páginas webs describen a las autolesiones como “*adictivas e imposibles de parar*” y el 23,9% declaran que “*no tienen por qué ser dolorosas*”. Es destacable que en la mayoría de las páginas web analizadas aparecía material gráfico explícito sobre dichas autolesiones.

Otro ejemplo en la misma línea se encuentra en el estudio de Brown (2018) sobre el papel de las redes sociales, y en especial Instagram, encontrando que se publican con frecuencia imágenes explícitas de autolesiones y que el refuerzo social en las redes desempeña un papel importante en los cuadros más graves. En concreto, el 10% de dichas imágenes muestran sin filtro heridas causadas por cortes en las piernas o en los brazos. Además, inquieta particularmente la edad media de los usuarios, con una media de 14,8 años.

Muchos pacientes reconocen haber buscado ayuda en las redes sociales, obteniendo información de baja calidad, generalista y contribuyente a la propagación de falsas ideas, mitos y estigmas de la ANS (Dyson et al., 2016).

La influencia de los medios de comunicación sobre las conductas suicidas y la ANS puede observarse a través de dos efectos. El primero es el efecto Werther que hace referencia a un contagio por imitación de los suicidios o las autolesiones asociado con la exposición a noticias sobre personas que se hacen daño a sí mismas. El segundo se designa efecto Papageno para referirse a la influencia protectora que los medios de comunicación pueden ejercer en la conducta suicida, al considerar que estos agentes intervienen activamente en la construcción de la realidad social (Bello, Rodríguez-Quiroga y Quintero, 2023).

Por todo ello, se hace necesario prevenir que los medios de comunicación, internet y las redes sociales normalicen las conductas autolesivas y tomen medidas para que la información transmitida sea clara, concisa y contribuya a la

petición de ayuda. También es conveniente que los profesionales dispongan de información actualizada y puedan remitir a pacientes y familiares a recursos online de calidad.

### 3.8. Etiología de la autolesión no suicida

#### a) Modelo biológico

En el estudio de Stanley et al. (2010) encontraron diferentes aspectos biológicos asociados a las conductas autolesivas:

- Bajos niveles de opioides endógenos (entre sus funciones destaca la analgesia).
- Bajos niveles de serotonina en los núcleos del Rafe (estructura encargada del control de impulsos y la agresividad).
- Alteración en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (ocupado de la respuesta sistémica al estrés).
- Valores matutinos más altos de cortisol (encargado de la respuesta al estrés).
- El alelo T de la proteína G beta-3 está especialmente relacionado con la recurrencia de las autolesiones.

En consecuencia, existe una predisposición bioquímica en los individuos que se autolesionan, que junto a los factores ambientales puede llevar a una alteración en la nocicepción.

#### b) Modelo psicológico

Uno de los modelos más completos que explica las autolesiones es el modelo integrado del desarrollo y mantenimiento de la ANS (Nock, 2010). Este modelo sugiere que las autolesiones son el resultado de la interacción entre factores de riesgo distales y proximales. Los individuos que presentan factores de riesgos distales (p.ej. trauma en la infancia), pueden desarrollar factores proximales intra-

Tabla 7. Etiología de las ANS. Fuente. Elaboración propia.

<b>a) Modelo biológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El alelo T de la proteína G beta-3 estaba asociado con el desarrollo de autolesiones repetitivas.</li> <li>• Bajos niveles de opioides endógenos (entre sus funciones destaca la analgesia).</li> <li>• Bajos niveles de serotonina en los núcleos del Rafe (estructura encargada del control de impulsos y la agresividad).</li> <li>• Alteración en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (ocupado de la respuesta sistémica al estrés).</li> <li>• Valores matutinos más altos de cortisol (encargado de la respuesta al estrés).</li> </ul>
<b>b) Modelo psicológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Impulsividad</li> <li>• Agresividad</li> <li>• Expresión emocional pobre</li> <li>• Trastornos psicopatológicos (depresión, ansiedad, TLP, adicciones, etc)</li> </ul>
<b>c) Modelo social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soledad</li> <li>• Rechazo social</li> <li>• Experiencias traumáticas</li> <li>• Apego</li> </ul>

personales (ej. emocionalidad depresiva) e interpersonales (ej. déficits en habilidades sociales). Estas vulnerabilidades unidas a otros factores de riesgo específicos como la autocrítica o el autocastigo dificultan que la persona pueda emitir una respuesta adaptativa ante situaciones estresantes, aumentando así la probabilidad de autolesionarse. En el anexo 1 (figura 5) aparece una representación del modelo integrado de la ANS (Nock, 2010).

El estudio de Ramírez y Restrepo (2022) destaca que el factor de riesgo intrapersonal (ej: cogniciones negativas) y los problemas de salud mental (ej: somatizaciones) están asociados a la ANS.

La revisión de Vega et al. (2018) menciona como factores de riesgo específicos para sufrir ANS la historia previa de autolesiones, los rasgos de personalidad del cluster B y la presencia de desesperanza. Dentro de los rasgos de personalidad destaca la emocionalidad negativa, el autodesprecio y la impulsividad (Vega et al., 2018).

Las personas que se autolesionan y participan en foros online describen sus experiencias empleando palabras relacionadas con la adicción (p. ej., urgencia, tolerancia, recaída) y comparan a menudo sus ANS con el consumo de sustancias (Pritchard et al., 2021). También describen múltiples intentos de abandonar la conducta, relatan su urgencia compulsiva por lastimarse y narran con detalle la sensación de pérdida de control que experimentan. Se crea así un círculo vicioso en el que la persona se siente mal y se autolesiona; la autolesión le libera de la angustia y, de nuevo, la persona se deja arrastrar por la urgencia de liberarse del malestar.

### c) Modelo social

La ANS es un mecanismo de afrontamiento ante el sufrimiento emocional, pero hay que cuestionarse qué provoca estas emociones dolorosas que no pueden exteriorizarse con el lenguaje verbal y deben reflejarse a través del daño autodirigido. En muchos casos, estas emociones dolorosas vienen precipitadas por el contexto social, entendiéndose la ANS como una respuesta física a emociones angustiosas que derivan de experiencias sociales. Las autolesiones narran historias escritas en el cuerpo y, por tanto, dichas historias no pueden leerse de forma descontextualizada. Esta perspectiva social de la ANS intenta afrontar la complejidad que existe detrás de la conducta, aceptando que no puede ser estudiada como un fenómeno aislado y que existe un contexto social generador del comportamiento (Arrieta, 2020).

El ambiente social cumple un papel importante en el inicio y el mantenimiento de la conducta autolesiva. Estos individuos suelen ser altamente sensibles y tener pocas habilidades de expresión emocional, viviendo la soledad de una manera muy estresante. Asimismo, se ha advertido que algunas personas usan la autolesión como una estrategia de protección tras sufrir un rechazo (Muehlenkamp et al., 2011). Además, aparece una fuerte correlación entre la ANS y las experiencias traumáticas, especialmente las sufridas en la infancia.

Los factores importantes para desarrollar comportamientos de autolesión encontrados en la revisión de Duarte Tano-

ri, Vera Noriega y Fregoso Borrego (2021) a nivel familiar fueron la muerte de los padres, un historial de abuso, la relación con los padres y los conflictos familiares, mientras que a nivel escolar la variable significativa fue la victimización en el acoso escolar.

Además, es común encontrar referencia a las autolesiones en muchos contextos, ya sean religiosos, artísticos, literarios o incluso en medios actuales como televisión, cine, música e internet (Leiva Pereira y Concha Landeros, 2019).

En conclusión, se debe priorizar el trabajo sobre el origen del malestar que lleva a la necesidad de realizar la conducta autolesiva, pues actuando sobre los procesos que generan el estado negativo, estaríamos actuando sobre el nacimiento de la ANS.

### 3.9. Apego y autolesión no suicida

La teoría del apego (Bowlby, 1976) es una de las teorías más influyentes en el estudio del apego, concibiéndose como la tendencia de los seres humanos a desarrollar vínculos afectivos estables con determinadas personas a lo largo de la vida.

Los ensayos experimentales de Mary Ainsworth de los años 70 suponen otro hito histórico en el estudio del apego (Oliva, 2004), encontrándose patrones conductuales característicos de cada uno de los tipos de apego: apego seguro, apego inseguro evitativo, apego inseguro ambivalente y apego desorganizado.

El apego o la vinculación con el otro es una de las funciones que pueden cumplir las autolesiones, en concreto, el apego forma parte de las funciones interpersonales. De hecho, en el estudio sobre el apego de Leiva Pereira y Concha Landeros (2019) se encuentra que los individuos con sentidos de vinculación perturbado pueden usar mecanismos autodestructivos como la ANS para regular sus emociones y para compensar la falta de apoyo social percibido. Los resultados de ese estudio revelan que las personas que se autolesionan muestran generalmente estilos de apego desorganizado (42,8%) y ambivalente (33,3%).

Estos resultados son importantes puesto que los psicoterapeutas o el personal sanitario de urgencias pueden funcionar como figuras de apego sustitutas, proporcionando una base segura para la exploración de las experiencias dolorosas.

### 3.10. Evaluación de la autolesión no suicida

A pesar de que casi todas las guías de práctica clínica indican la necesidad de evaluación, la evidencia sugiere que solo el 60% de las personas que se autolesionan reciben una evaluación de salud mental en el momento de su presentación en el departamento de emergencias (Stewart y Lees-Deutsch, 2022).

En el servicio de urgencias, la evaluación debe tener en cuenta tanto la información aportada por el paciente como por sus padres u otras personas significativas y debe contener un examen físico y mental, los antecedentes personales y familiares tanto médicos como psiquiátri-

cos, los posibles estresores psicosociales y las circunstancias que rodearon al episodio autolesivo. El nivel de riesgo se estratifica en función de la exploración psicopatológica, la evaluación de fortalezas (estrategias de afrontamiento y vinculación terapéutica) y el apoyo sociofamiliar (Bello, Rodríguez-Quiroga y Quintero, 2023).

El estudio de Faura-García et al. (2021) destaca que algunos modelos de intervención han generado sus propios instrumentos de evaluación de las autolesiones. La terapia grupal de regulación emocional basada en el modelo de evitación experiencial utiliza el cuestionario *"Deliberate Self-Harm Inventory"* (Gratz, 2001). En la misma época, la terapia dialéctico-conductual construye el *"Suicide Attempt Self-Injury Interview"* (Linehan et al., 2006). Más reciente, la aproximación de las etapas de cambio utiliza dos escalas, *"Scales to assess Decisional Balance"* y *"Processes of Change, and Self-Efficacy"* (Kruzan et al., 2020). El modelo de factorización creó el *"Functional Assessment of Self-Mutilation"* (Lloyd, 1997) y a través del modelo de 4 funciones de ANS se diseñó el *"Self-Injurious Thoughts and Behaviors Questionnaire-Nonsuicidal"* (Nock et al., 2007).

En el estudio anteriormente mencionado de Faura-García et al. (2021) se seleccionaron los ocho instrumentos de evaluación de ANS con mayor potencial clínico y datos sobre su validez y fiabilidad en población hispanoparlante:

- *"Cédula de Autolesiones sin intención suicida basada en el DSM-5 – Métodos"* (CA-M) (Albores-Gallo et al., 2014). El CA-M es un autoinforme con 12 ítems que mide la frecuencia de las ANS a través 12 métodos (p.ej., cortándose la piel) con respuesta tipo likert de 5 puntos que va de nunca a siempre. Propone dos dimensiones, autolesiones debajo de la piel y autolesiones por encima de la piel. La evidencia sobre su consistencia interna es positiva pero limitada. A pesar de encontrar dos factores, este autoinforme no obtuvo datos suficientes para estimar su validez.
- *"Cédula Diagnóstica de Autolesiones"* (CDA) (Emiliano, 2014). Discrimina autolesión suicida y no suicida a través de un algoritmo diagnóstico basado en los criterios del DSM-5. Consta de 84 ítems que evalúan múltiples características sobre ANS como funciones, frecuencia, método, historia, urgencia, suicidio, drogas, asistencia médica y psicológica, primera vez, ideación, revelación, práctica grupal, previo y post episodio, interferencia de la ANS, cese, afecto, área y conductas de riesgo. Consta de tres dimensiones (métodos, pensamientos y disfunción) que consiguen discriminar entre población clínica y comunitaria. Además, dispone de puntos de corte con buena sensibilidad y especificidad. Posee una óptima consistencia interna y correlaciones adecuadas a su validez concurrente y divergente.
- *"Cuestionario de Riesgo de Autolesión"* (CRA) (Solís-Espinoza y Gómez-Peresmitre, 2020). Consta de 17 ítems que evalúan el riesgo de autolesión midiendo la intención de iniciar la conducta de autolesión, función, frecuencia, método, primera vez, intención e intento de suicidio, dificultad para parar e influencia grupal. La consistencia interna ha obtenido una evidencia positiva limitada y la validez estructural una evidencia negativa limitada.
- *"Evaluación Funcional de la Automutilación"* (*"Functional Assessment of Self-Mutilation"*, FASM) (adaptación española de Calvete et al., 2015). Formado por 37 ítems que valoran en cada una de las 10 formas de autolesión, su ocurrencia, obtención de tratamiento médico y frecuencia en el último año. A continuación, se evalúa el tiempo durante el que se contempla la autolesión, edad de la primera vez, ocurrencia alguna vez en la vida, ocurrencia bajo influencia de drogas o alcohol, grado de dolor físico durante el episodio autolesivo e intencionalidad suicida. Por último, evalúa 22 funciones o razones por las que el individuo se daña a sí mismo. Su validez estructural y su consistencia interna han conseguido una evidencia positiva pero limitada.
- *"Inventario de Declaraciones sobre Autolesión"* (*"Inventory of Statements About Self-Injury"*, ISAS) (Klonsky y Glenn, 2009). Compuesto por 39 ítems que evalúan la frecuencia de 12 métodos autolesivos a lo largo de la vida, urgencia, historia, dolor, práctica grupal, primera vez e intención de parar. También evalúa 13 funciones. En población española se identificaron dos subdimensiones, a saber, funciones interpersonales e intrapersonales. La validez de constructo ha conseguido una fuerte evidencia positiva, la consistencia interna una evidencia positiva moderada y la validez de criterio una evidencia positiva limitada.
- *"Impulsividad, Autolesión No Suicida e Ideación Suicida en Adolescentes"* (*"Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents"*, ISSIQ-A) (Carvalho et al., 2015). El ISSIQ-A es una versión para adolescentes del ISSQ. Está formado por 56 ítems que se dividen en cuatro partes que valoran impulso, autolesión, conducta de riesgo e ideación suicida. Paralelamente mide frecuencia, método, función, primera vez, práctica grupal, parar y dolor.
- *"Cuestionario de Autolesionismo"* (*"Self Harm Questionnaire"*, SHQ) (Ougrin y Boege, 2013). Consta de 15 ítems, siendo los 3 primeros de tamizaje para determinar la presencia y frecuencia de conducta autolesiva suicida y no suicida. Los siguientes ítems evalúan el último episodio autolesivo preguntando cuando sucedió, método, motivación, vivencia durante la autolesión, su finalidad, consumo de sustancias, planificación, consecuencias, ejecución y revelación. La versión mexicana cuenta con una sensibilidad para detectar autolesión del 97.96% y una especificidad de 54.39%. Los valores predictivos son adecuados, con un valor predictivo positivo de 64.86% y un valor predictivo negativo de 96.88%.
- *"Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas"* (*"Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview"*, SITBI) (Nock et al., 2007). Es una entrevista estructurada de 169 ítems con 6 módulos (ideación suicida, plan suicida, gestos suicidas, intentos de suicidio, pensamientos autolesivos y conducta autolesiva). Los módulos de pensamiento autolesivos y conducta autolesiva evalúan frecuencia (número de episodios en la vida, año, mes, semana), 11 métodos, edad de inicio, 4 funciones, 10 precipitantes, gravedad del episodio, consumo de drogas durante, tratamiento médico, influencias sociales, intensidad y la

probabilidad estimada por el encuestado de futuras ANS. Su validez de constructo ha obtenido una evidencia positiva limitada y su fiabilidad una evidencia negativa limitada.

Puesto que las conductas autolesivas son más prevalentes en población adolescente que en adultos se necesitan instrumentos de evaluación específicos para este tipo de población. En la revisión sistemática de Chávez-Flores et al. (2017) se identificaron 11 instrumentos para evaluar ANS en adolescentes. Entre estos cuestionarios, el *ABUSI* y el *ISSIQ-A* consiguieron las mayores puntuaciones al evaluar los siguientes criterios: Validez de contenido, validez de criterio, validez de constructo, consistencia interna, fiabilidad, sensibilidad, efecto piso, efecto techo, interpretabilidad y acuerdo.

- “*Self-harm, and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents*” (*ISSIQ*). Valora impulsividad, comportamientos de riesgo, autolesión no suicida y la función intrapersonal e interpersonal de la ANS. La validez de contenido, la validez de constructo y la consistencia interna consigue puntuaciones positivas.
- “*The Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale*” (*ABUSI*). Evalúa los criterios A, B, C y D del DSM-5. Obtiene puntuaciones positivas en consistencia interna, validez de constructo y fiabilidad.

El estudio de Hooley et al. (2020) señala que otros cuestionarios como el “*Functional Assessment of Self-Mutilation*” (*FASM*), “*Inventory of Statements about Self-Injury*” (*ISAS*), y “*Deliberate Self-Harm Inventory*” (*DSHI*) son útiles para detectar métodos autolesivos leves como arrancarse costras, rozar la piel con superficies ásperas o pellizcarse. Estos instrumentos de evaluación utilizan “checklist” y pueden ayudar a identificar riesgos futuros de progresar hacia autolesiones más agresivas.

Según Brown y Plener (2017) el cuestionario más completo y utilizado para medir la frecuencia y severidad de los comportamientos autolesivos es *SITBI* (“*Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview*”) (Nock et al., 2007) siendo su versión española el test *EPCA* (“*Escala de pensamientos y conductas autolesivas*”) (García-Nieto et al., 2013).

El 18% de los pacientes que se detectó habían realizado un intento de suicidio en la última semana mediante una evaluación estandarizada no fueron identificados como tales mediante una evaluación clínica (Brown et al., 2015). Por tanto, el uso de medidas de evaluación estandarizadas puede mejorar la sensibilidad y la precisión para discriminar el comportamiento suicida y el comportamiento de autolesión no suicida en los servicios de urgencias psiquiátricas.

### 3.11. De la prevención a la reducción del daño

La prevención de la ANS que se puede realizar en el servicio de urgencias es una prevención secundaria que trata de reducir la probabilidad de que se vuelvan a repetir los episodios autolesivos. Para cumplir este objetivo se pueden utilizar diversos abordajes.

En seis de los estudios incluidos en la revisión sistemática de Zarska et al. (2020) se plantean tres tipos de intervenciones:

- Entrevista de resolución de problemas que se realiza en el momento de la admisión al servicio de urgencias. Consiste en unas hojas de trabajo para el balance decisional y la identificación de los pros y contras de asistir al tratamiento o involucrarse en una autolesión. Además, se corrigen conceptos erróneos sobre el tratamiento ambulatorio, se recuerda al paciente su cita ambulatoria programada y se realizan tres llamadas telefónicas para tres meses después del alta.
- Intervención conductual de 2 etapas que incluye:
  - Plan de seguridad individualizado (SPI)*. Desarrollado por Stanley y Brown (2012) consiste en ayudar a los pacientes a identificar señales de advertencia personales de una crisis de suicidio en desarrollo, estrategias para hacer frente a sentimientos suicidas subsiguientes, apoyos profesionales y personales disponibles durante una crisis suicida y maneras de reducir el acceso a medios letales. A pesar de haberse encontrado un efecto positivo en la reducción de los intentos de suicidio, la contribución del SPI hacia la reducción de las autolesiones no está claro.
  - Breves llamadas telefónicas estructuradas de seguimiento (SFU)* para evaluar el riesgo y revisar el plan de seguridad hasta la primera cita ambulatoria.
- Intervención multicomponente con detección del riesgo de suicidio por el médico de urgencias, plan de seguridad autoadministrado e información a los pacientes por parte del personal de enfermería así como llamadas telefónicas de seguimiento para favorecer el compromiso con el tratamiento.

Las intervenciones en el servicio de urgencias que utilizan estrategias comunes de prevención del suicidio como la planificación de la seguridad y el contacto de seguimiento, se vincularon constantemente con una reducción de los intentos autolíticos. Hubo alguna evidencia de una mayor asistencia al seguimiento ambulatorio y evidencia débil para menos ingresos psiquiátricos. En comparación, la Terapia Centrada en Soluciones parece mostrar una evidencia cualitativa y cuantitativa más sólida para estas mejoras tras el entrenamiento en ella a los profesionales sanitarios del servicio de urgencias (Zarska et al., 2022).

La mayor parte de las terapias para las ANS utilizan procedimientos restrictivos como la retirada de objetos cortantes, la incomunicación, la inmovilización o la supervisión de la medicación. Estas estrategias pueden ser útiles mientras el paciente permanece en el servicio de urgencias, cesando las autolesiones mientras los pacientes están recibiendo atención sanitaria. Sin embargo, estas estrategias restrictivas son difíciles de mantener a largo plazo ya que tanto a los pacientes como a los familiares les resulta complicado sostener dichas estrategias fuera del ámbito sanitario (Thomas y Haslam, 2017).

En el estudio de James et al. (2017) se considera a este tipo de intervenciones como no terapéuticas pues tienden a generar una serie de efectos negativos:

- No calma los sentimientos negativos*. Los métodos restrictivos prohíben la ANS impidiendo satisfacer la necesidad del individuo de aliviar su malestar emocional.

- b. Aumenta la angustia. La mayoría de los pacientes afirman que su angustia crece al reprimir la autolesión.
- c. Aumenta el riesgo de nuevas autolesiones.
- d. Aumenta la frecuencia de las autolesiones.
- e. Cambio a métodos de lesión más agresivos.
- f. No ofrecen estrategias alternativas para paliar su dolor emocional.
- g. Pérdida de control sobre sí mismo. Prohibir al paciente ejecutar la autolesión no permite al individuo renunciar por su propia voluntad a estas conductas dañinas.
- h. Ruptura de la alianza terapéutica. Las terapias que utilizan métodos restrictivos deterioran la relación médico-paciente puesto que obligar al paciente a no utilizar su única estrategia para paliar su angustia emocional es valorado negativamente.

La alternativa que se propone es la denominada “reducción del daño”, que inicialmente ha sido aplicada en drogodependencias, siendo un ejemplo de ello la terapia de mantenimiento con metadona. Esta estrategia no busca eliminar la conducta disfuncional sino disminuir los efectos nocivos de estos comportamientos (James et al., 2017).

La aplicación de la reducción del daño a la ANS implica aceptar las autolesiones como un método legítimo para manejar la angustia emocional hasta que la persona aprenda nuevas estrategias de regulación emocional, minimizándose el riesgo y el daño asociado a las lesiones. En este método terapéutico se facilita instrumental seguro y limpio y se enseña formas seguras y cuidados para las lesiones posteriores (Thomas y Haslam, 2017). La reducción del daño no solo ha conseguido reducir la incidencia, frecuencia y gravedad de las lesiones sino que también ha aumentado la sensación de control y de poder del paciente sobre su trastorno, promoviendo su autonomía y responsabilidad (Thomas y Haslam, 2017).

Debido a los posibles inconvenientes del enfoque de la reducción del daño no se recomienda aplicar a todos los pacientes que sufren ANS, por lo que habrá que estudiar bien cada caso. La reducción del daño es más bien un mecanismo a corto plazo para manejar la angustia emocional mientras se va entrenando en estrategias de afrontamiento a largo plazo alternativas a la ANS (Murphy et al., 2019). Este método requiere más estudios de investigación para valorar pormenorizadamente su seguridad y eficacia (James et al., 2017).

En conclusión, no solo es importante prevenir la ANS sino también reducir el daño hasta que se puedan entrenar estrategias de promoción de la salud y de afrontamiento del malestar alternativas a las autolesiones.

### 3.12. Tratamiento de la autolesión no suicida

TRATAMIENTO EN ADOLESCENTES. La adolescencia es el período del ciclo vital con mayor prevalencia de ANS, por lo que se hace necesario utilizar tratamientos específicos para esta población.

En la revisión sistemática de Witt et al. (2021a), la tasa más baja de repetición de conductas autolesivas la obtuvo la Terapia Dialéctico-Conductual versión adolescentes (DBT-A) obteniéndose un 30 % de recurrencia de las autolesiones en comparación con Tratamiento Habitual (TAU), Tratamiento Habitual Mejorado (EUC) o psicoterapia alternativa que alcanzaron el 43 %. No hay suficiente evidencia de una diferencia para la psicoterapia individual basada en Terapia Cognitiva Conductual (TCC) y Tratamiento Habitual (TAU) ni que exista una diferencia entre la Terapia Familiar (TF) y Tratamiento Habitual (TAU) o Tratamiento Habitual Mejorado (EUC) y no queda claro si la Terapia basada en la Mentalización para adolescentes (MBT-A) reduce la repetición de las autolesiones después de la intervención en comparación con el Tratamiento Habitual (TAU) (Witt, 2021a).

En la revisión de Hawton et al. (2015) la Terapia de Mentalización (MBT-A) redujo la repetición de autolesión en adolescentes. En general, la revisión no encontró que la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT-A) redujera la repetición de conductas autodestructivas en adolescentes en comparación con el Tratamiento Habitual (TAU) o el Tratamiento Habitual Mejorado (EUC). Sin embargo, en uno de los ensayos incluidos en esta revisión, se detectó una disminución significativamente mayor en la recurrencia de autolesiones en adolescentes que habían efectuado la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT-A), encontrando también reducciones significativas en depresión, desesperanza e ideación suicida. Finalmente, no advirtieron efectos significativos en la Terapia Grupal sobre la repetición de conductas autolesivas (Hawton et al., 2015).

En el estudio de Franzen et al. (2020) destaca la importancia de dar información sobre las autolesiones de manera amigable a los adolescentes, trabajar contra el estigma y aumentar la conciencia sobre la salud mental. Además, los jóvenes podrían beneficiarse de intervenciones y servicios en línea para reducir las barreras al tratamiento. Los adolescentes también destacaron la importancia de que los médicos fuesen compasivos y las preguntas repetidas de diferentes médicos se percibieron como negativas.

En resumen, la Terapia de Mentalización (MBT-A) y en mayor medida la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT-A) reducen la repetición de conductas autodestructivas en adolescentes.

TRATAMIENTO EN ADULTOS. El abordaje de las autolesiones en adultos se ha estudiado desde distintos enfoques terapéuticos y modelos de intervención, pero aún se carece en nuestros días de tratamientos psicológicos realmente eficaces para este problema.

En la revisión sistemática de Witt et al. (2021b), encuentran que la psicoterapia basada en Terapia Cognitivo-Conductual individual (TCC), la Terapia basada en la Mentalización (MBT) y la Psicoterapia de Grupo basada en la Regulación Emocional (PGRE) pueden reducir la repetición de conductas autodestructivas. Si bien puede haber una tasa ligeramente más baja de repetición en la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) (66,0%) en comparación con el Tratamiento Habitual (TAU) u otras psicoterapias (68,2%). La evidencia permanece incierta en cuanto a si el programa



“*Suicide Trends in At Risk Territories (START)*” es eficaz para reducir las autolesiones aunque si existe algún efecto en cuanto al modelo “*PREvention Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors (SUPRE-MISS)*”. No hubo evidencia de una diferencia para la psicoterapia psicodinámica, las intervenciones telemáticas o una variedad de intervenciones breves en urgencias (Witt, 2021b).

En la revisión sistemática de Hawton et al. (2016), se concluye que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y en mayor medida la Terapia Dialéctico-Conductual (TDC), la Psicoterapia de Regulación Emocional y la Terapia de Mentalización (MBT) reducen la repetición de conductas autodestructivas en adultos.

En el estudio de Taylor et al. (2021) analizan el programa ESPERANZA que aplica psicoterapia ambulatoria breve de 4 sesiones y una de seguimiento en la que se combinan elementos de psicodinámica, terapia analítica, interpersonal y cognitiva. Esta terapia se centra en identificar y comprender posibles vínculos entre sentimientos, relaciones y experiencias con ellos mismos y con los demás. Hay un énfasis en quedarse con las emociones, ayudando al cliente a reconocer y etiquetar estos sentimientos y entender cómo se conectan con sus dificultades en torno a la autolesión. Este aspecto parece importante dado que los problemas para identificar, reconocer y etiquetar las emociones puede ser elevado entre las personas que se autolesionan y que regular los estados emocionales es una función comúnmente citada de autolesión. En el programa ESPERANZA el terapeuta suele utilizar diagramas para ayudar a capturar las conexiones entre experiencias y sentimientos, y explorar los antecedentes y consecuencias de las autolesiones. Además, se debate sobre qué impulsa la autolesión y las alternativas posibles para llegar a una comprensión compartida entre el cliente y el terapeuta sobre las estrategias que pueden ser útiles. Finalmente, se invita a los clientes a una quinta sesión de seguimiento, un mes después de completar la terapia, para revisar el progreso.

El 64 % de los pacientes derivados al programa ESPERANZA asistieron al menos a una sesión de terapia y casi la mitad de los pacientes acudieron a las cuatro sesiones. En general, las variables basales no distinguieron personas que asistieron y personas que no, aunque la angustia psicológica disminuyó significativamente a lo largo de las sesiones, disminuyó los planes de hacerse daño y la mayoría de las personas refirieron una buena alianza de trabajo con sus terapeutas (Taylor et al. 2021).

Otro abordaje en ANS es el programa BEACON que utiliza la Terapia de Resolución de Problemas (PST) reforzada por la adición de una aplicación de teléfono inteligente personalizada. Consta de 6 sesiones grupales de resolución de problemas con 12 participantes por grupo y un seguimiento de 6 meses. Todavía no se tienen datos definitivos pero los resultados parecen prometedores (Hawton et al., 2022).

La revisión de Carrasco et al. (2023) destaca que existe una elevada heterogeneidad en los tratamientos psicológicos para las ANS. Además, encuentran tamaños del efecto de pequeños a moderados para las conductas autodestructivas y que dicho efecto tiende a disminuir o desaparecer a medio y largo plazo. Comparativamente concluyen que la

Terapia Dialéctica Conductual (TDC) es la que obtiene mejores resultados de los tratamientos estudiados en dicha revisión.

Otro estudio que evalúa la evidencia experimental de los tratamientos psicológicos de la ANS es el de Spirito et al. (2021), analizando 6 programas de tratamiento: Terapia Dialéctica Conductual (TDC), Terapia Familiar basada en el Apego (ABFT), Terapia Multisistémica-Psiquiátrica (MST-Psych), Terapia de alternativas seguras para adolescentes y jóvenes, Terapia Cognitiva Conductual Integrada (TCC-I), Equipo de apoyo nominado por jóvenes-versión II (YST-II). Entre ellos, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) es la que alcanza mayor eficacia en la disminución tanto de las autolesiones como de la ideación e intención suicida. El resto de programas estudiados obtuvieron efectos moderados, requiriendo más investigación.

La revisión sistemática de Bello et al. (2023) diferencia entre intervenciones psicoterapéuticas eficaces y probablemente eficaces. Por un lado, destacan las terapias eficaces entre las que se encuentran:

- a. *Terapia dialéctica conductual para adolescentes (DBT-A)*. Establecida como el tratamiento psicoterapéutico que ha alcanzado el mayor nivel de evidencia y grado de recomendación en la literatura científica. Los objetivos de esta terapia son la reducción de las conductas automáticas y la adquisición de habilidades de regulación emocional, tolerancia a la frustración y construcción de una vida que merezca la pena ser vivida.
- b. *Terapia cognitivo-conductual (TCC) individual*. Permanece como una terapia sin evidencia sólida mensurada para la conducta suicida. No obstante, los estudios que presentan la combinación de TCC individual y familiar han demostrado ser más eficaces que la TCC individual.
- c. *Programa SAFETY (Safe Alternatives for Teens and Youths)*. Programa que incluye elementos de TCC, DBT-A y teoría social ecológica. Incluye dos líneas de tratamiento: Primer escalón: Tratamiento individual con adolescentes y entrenamiento de padres con otro terapeuta. Segundo escalón: Sesiones familiares conjuntas en donde se entrenan las habilidades necesarias.

Por otro lado, las terapias probablemente eficaces que señalan estos autores son: Psicoterapia interpersonal para adolescentes (IPT-A), Terapia cognitivo conductual integrada (TCC-I), Terapia basada en la mentalización para adolescentes (MBT-A), Programa para padres y adolescentes (RAP-P), Apoyo social y educativo (YST).

En la revisión de Bello et al. (2023) también se destaca un programa pionero que se ha desarrollado en los Estados Unidos denominado Modelo Cero Suicidio (ZS) que elabora un marco de coordinación multinivel para implementar prácticas basadas en evidencia. Entre estas prácticas se incluyen la evaluación SAFE-T (evaluación de cinco pasos que analiza el nivel de riesgo de suicidio del paciente y sugieren intervenciones apropiadas) en el servicio de urgencias, la elaboración de un plan de seguridad y el programa Brief Intervention and Contact (BIC). Este programa consiste en una intervención en el servicio de urgencias y

nueve contactos o visitas durante 18 meses a las 1, 2, 4, 7, y 11 semanas y a los 4, 6, 12 y 18 meses.

En conclusión, los resultados de las revisiones anteriormente mencionadas han mostrado que las intervenciones psicológicas en su conjunto tienen una eficacia significativa con tamaños del efecto de bajos a moderados. Además, las terapias psicológicas breves (como el programa ESPERANZA) pueden desarrollarse rápidamente, en unas pocas semanas, proporcionando una solución a quienes se presentan en el servicio de urgencias después de autolesionarse.

## 4. DISCUSIÓN

### 4.1. Características de los estudios revisados

A continuación se presentan las características más relevantes de los estudios científicos seleccionados de las bases de datos utilizadas en la búsqueda bibliográfica (Pubmed, Cochrane, Dialnet y Google Scholar). Para la extracción de la información más relevante se ha diseñado una tabla para cada una de las bases de datos que incluye datos como primer autor y año de publicación, características de la muestra (número, sexo, edad media), temporalidad de la recogida de datos, país de procedencia, objetivo principal del estudio, diseño del estudio, artículos/estudios/ensayos recogidos en la revisión, resultados obtenidos y conclusiones más destacadas. En este apartado se redirige al lector a los anexos 2 a 5 donde se encuentran las siguientes tablas:

- Tabla 8. Características de los estudios seleccionados de Pubmed.
- Tabla 9. Características de los estudios seleccionados de Cochrane.
- Tabla 10. Características de los estudios seleccionados de Dialnet.
- Tabla 11. Características de los estudios seleccionados de Google Scholar.

La mayoría de los artículos seleccionados de las bases de datos son revisiones sistemáticas, en concreto, 13 de los 21 artículos seleccionados, otros 2 corresponden a estudios transversales, 2 estudios retrospectivos, 1 estudio prospectivo, 1 pre-post no aleatorizado, 1 estudio de cohortes anidado dentro de un ensayo aleatorio multicéntrico y 1 estudio de análisis factorial. El número de estudios incluidos en estas revisiones va desde 9 (Stewart et al., 2022) hasta 76 (Witt et al., 2021b), sumando un total de 204 estudios, a falta de algunas revisiones sistemáticas que no especifican dicho dato. El número de participantes oscila entre 86 (Taylor et al., 2021) y 39.157 (Carrasco et al., 2023), con un total de 91.977 participantes, a falta de algunos estudios que no concretan el tamaño total de la muestra. La mayoría de estudios que especifican la prevalencia según el sexo señalan un porcentaje superior en mujeres. La mayoría de artículos seleccionados analizan las características de los adultos, aunque también se incluyen estudios sobre población infantil y adolescente.

### 4.2. Limitaciones de la revisión realizada

La falta de consenso tanto en la terminología como en la definición relativa a las autolesiones ha conducido al uso de conceptos ambiguos, teniendo que descartar de la búsqueda bibliográfica artículos que no discriminan entre autolesiones y otras conductas suicidas. A pesar que en 2013 *DSM-5* define las ANS y las separa del comportamiento suicida, todavía son dos conceptos que se entremezclan generando confusión y dificultando la comparación entre estudios.

La elevada heterogeneidad de los datos sobre la prevalencia de la ANS refleja que existen sesgos en los estudios epidemiológicos.

La elevada comorbilidad de las autolesiones con otros trastornos mentales como el *TLP* hace que resulte difícil encontrar estudios donde el diagnóstico principal sea la ANS según la propuesta de *DSM-5*. Sería de gran interés clínico realizar más investigaciones en sujetos sin ningún otro trastorno coexistente para confirmar la ANS como entidad independiente.

Para evaluar la ANS, la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión utilizaron cuestionarios autoinformados, haciendo más probable que los participantes den respuestas deseables socialmente, causando un sesgo de resultado. Además, dependiendo de la sinceridad, memoria, conciencia y comprensión de los ítems del encuestado pueden originarse sesgos de reporte.

Las limitaciones metodológicas identificadas en los estudios sobre la eficacia de la intervención psicológica en ANS no permiten concluir con firmeza cual es el tratamiento de elección. Por ello, se hace necesario continuar la investigación sobre el abordaje de la ANS utilizando procedimientos metodológicos más rigurosos.

En conclusión, la bibliografía incluida en esta revisión presenta cierta inconsistencia en algunos aspectos de la ANS debido a los sesgos y limitaciones metodológicas detectadas.

## 5. CONCLUSIONES

La evolución histórica de la definición de la autolesión es la consecuencia de la confusión que envuelve al comportamiento autolesivo. Dicha conceptualización ha culminado con la introducción de la ANS en el *DSM-5* como una entidad diagnóstica independiente. Más allá de la definición o de los criterios diagnósticos, la ANS comienza a ser conocida como una estrategia de regulación emocional o un mecanismo de afrontamiento contra una angustia inmanejable en un momento en el que la persona no dispone de otras alternativas para aliviar su dolor. De esta forma, la autolesión puede ser entendida como un síntoma de enfermedad, como una enfermedad en sí misma o como un mecanismo de afrontamiento, como lo son las adicciones, los atracones o cualquier conducta repetitiva que intenta paliar el sufrimiento emocional.

Entender la ANS como un trastorno diferente a la conducta suicida ayuda a dar una respuesta diferente e in-

dividualizada a cada caso, aunque paralelamente hay que tener en cuenta que la ANS es un factor de riesgo para futuros intentos autolíticos. Además, la frecuente asociación de la ANS a otras patologías hace necesario dar una respuesta diferenciada en función de las comorbilidades. Independientemente de su relación con el suicidio o con otras patologías mentales, el abordaje de la ANS también debe estar ajustado al perfil lesivo de cada paciente, teniendo en cuenta el método, la frecuencia y la función de la autolesión.

Una evaluación estandarizada junto a una entrevista clínica mejora la sensibilidad y la precisión y además evita la no detección de casos.

La ANS es un problema de salud pública considerable que requiere de abordajes que luchen contra el estigma, disminuyan la ocultación y fomenten la búsqueda de ayuda para contribuir a la recuperación e integración de las personas que se autolesionan (Arrieta, 2020). La mayoría de las personas que se autolesionan mantienen la conducta en secreto, la consideran una acción privada y manifiestan sentimientos de vergüenza y de rechazo respecto de sus cicatrices. Una intervención adecuada de las autolesiones puede actuar como prevención secundaria de autolesiones recurrentes, permite al paciente liberarse de la carga emocional al dejar de ocultar lo que verdaderamente le está sucediendo y favorece la búsqueda de ayuda futura. Las tasas de participación en el seguimiento tras la atención en los servicios de urgencia son bajas. Por este motivo, algunas recomendaciones para mejorar el compromiso incluyen planes de alta por escrito, contactos telefónicos de cuidado y una atención semipresencial que favorezca la continuidad del seguimiento (Hawton et al., 2022). Un tratamiento adecuado alivia los sentimientos de vergüenza de los pacientes que se autolesionan, facilita el reconocimiento de sus dificultades y les ayuda a asumir un rol de paciente más dignificado.

La formación de los profesionales sanitarios debe dirigirse a aumentar los conocimientos, a luchar contra el estigma y a la comprensión de las funciones de la ANS para reducir las actitudes negativas. La evidencia indica que la formación aumenta el sentimiento de autoeficacia de los profesionales, favorece actitudes positivas en la relación terapéutica y mejora la calidad de la atención recibida por el paciente.

En resumen, el estigma lleva a la ocultación de la ANS y la no revelación contribuye a no buscar ayuda. Trabajar el estigma que envuelve la ANS y ofrecer una formación que cambie las actitudes negativas de los profesionales puede favorecer que una vez que la persona se atreva a pedir ayuda, la respuesta obtenida haga más probable que vuelva a solicitarla en caso necesario.

La función más utilizada de la ANS es la regulación emocional pero es necesario tener en cuenta que la función de la ANS es única y diferente para cada persona.

La ANS es una forma de comunicar las emociones a través del cuerpo y los sentidos, especialmente a través de la percepción del dolor, el tacto y la visión. La autolesión se convierte en una manera de comunicar un dolor emocional inexpressable de forma verbal a través del cuerpo. Por consiguiente, la autolesión transforma un dolor emocional

en un dolor físico, perceptible y evidente. La autolesión es una manera de comunicarse consigo mismo y paralelamente comunicarse con los demás. Por un lado, en la comunicación con uno mismo, la autolesión se convierte en un manifiesto de realidad y la persona se convence de que su experiencia angustiosa es auténtica y tangible. Por otro lado, en la comunicación emocional con los demás el objetivo no es la búsqueda de atención en sí misma, sino la necesidad del reconocimiento de su sufrimiento y el deseo de obtener ayuda. Este enfoque comunicativo con el otro rechaza el extendido mito de la ANS como búsqueda de atención, puesto que desacredita el dolor emocional que sufren las personas que se autolesionan.

La ANS es una realidad multifactorial, plural y contextual, pudiendo existir en cada sujeto diversos factores de riesgo que pueden ser la base de numerosos problemas psicológicos. Lograr una comprensión más profunda implica tener en cuenta el contexto social de cada paciente. El origen de la conducta autolesiva suele proceder de experiencias sociales adversas, por lo que el contexto social puede dar respuesta a por qué la persona se autolesiona. Existen otras etiologías asociadas a la ANS, como las alteraciones biológicas o las variables psicológicas. Un enfoque biopsicosocial ofrece una visión más completa de la conducta autolesiva como un comportamiento complejo, multicausal y multifactorial que tiene su origen en experiencias vitales dolorosas.

Por otro lado, la información que se transmite a través de medios de comunicación, internet y redes sociales ha de ser regulada y controlada para evitar que las personas que se autolesionan obtengan información falsa o basada en mitos y estigmas. Es fundamental destacar que internet puede ser una herramienta útil y los profesionales sanitarios deben redirigir a los pacientes y familiares hacia recursos de calidad.

Los actuales planes de prevención utilizan medios restrictivos para evitar que los pacientes se autolesionen. Este tipo de intervenciones desprovveen a los pacientes de la única estrategia que conocen para mitigar la angustia, prohibiendo llevar a cabo la conducta autodestructiva sin tratar las causas ni las variables asociadas. Como alternativa se plantea la reducción del daño que permite utilizar la autolesión como estrategia para manejar el dolor emocional de una manera segura y cuidada hasta que el paciente aprende otras estrategias más adaptativas.

A pesar de que no hay muchos datos sobre la eficacia de las intervenciones en ANS, las revisiones sistemáticas y los metaanálisis indican que las terapias psicológicas pueden ayudar a las personas que luchan contra la autolesión. Un tratamiento adecuado puede llevar a una reducción en el riesgo de repetición, así como mejoras en las dificultades asociadas, como la ideación suicida o la depresión (Hawton et al., 2016, Witt et al, 2021b). Un tratamiento adecuado se caracteriza por ser amable, comprensivo e individualizado y por tratar en igual grado de importancia y delicadeza tanto la herida física como la emocional. Un abordaje especializado en ANS puede prevenir la presentación recurrente a los servicios de urgencia y reducir los costos futuros de atención médica.

### 5.1. Líneas de investigación futura

Uno de los principales aspectos a mejorar en futuras investigaciones es clarificar la definición de ANS y unificar los criterios diagnósticos con la finalidad de homogeneizar su conceptualización y que los datos recopilados sean más fiables. Por otro lado, los estudios epidemiológicos han sido realizados en poblaciones muy concretas, generándose muestras poco representativas y subestimándose la prevalencia total. Obtener datos epidemiológicos actualizados es necesario para conocer el impacto real de la ANS y poder realizar prevención en los grupos más vulnerables.

La realidad del estigma en ANS debe ser abordada e investigada para conocer los factores que lo generan y promueven. También resulta necesario aumentar los estudios sobre las actitudes de los profesionales sanitarios en el abordaje de las ANS y si la formación específica en ANS contribuye a que se realicen intervenciones más positivas y eficaces. Además, sería conveniente incluir la experiencia del paciente en estos estudios, para verificar que el cambio de actitud del profesional contribuye a que el tratamiento sea más beneficioso para el paciente.

Por otro lado, es indispensable continuar investigando las funciones de las ANS a través de las experiencias de los pacientes y el sentido y significado que tienen para ellos.

A nivel etiológico se requiere más investigación, pues estudiar las variables relacionadas con la ANS y los factores de riesgo implicados hará posible comprender el sentido de estas conductas, así como diseñar estrategias y seleccionar tratamientos apropiados para cada individuo.

También, sería aconsejable ampliar y mejorar los tratamientos existentes para abordar estas conductas autodestructivas. Gran parte de las intervenciones se centran en la prevención, siendo fundamental promocionar alternativas terapéuticas, como puede ser la reducción del daño.

Asimismo, alentar la investigación sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos en ANS en la actualidad puede establecer marcos de referencia para el diseño futuro de intervenciones basadas en la evidencia.

Para superar dichas limitaciones se hace necesario crear grupos de expertos que garanticen el trabajo colaborativo y la innovación en este tema de estudio, como el Grupo de Estudio y Tratamiento de las Autolesiones (*GRETA*) que se ha constituido en España.

Por último, es necesario comprobar el seguimiento de dichas recomendaciones generales y la implementación de guías nacionales de práctica clínica. Se requiere más investigación para comprender la variación de las experiencias de los pacientes que se autolesionan, pues no queda claro si las experiencias negativas fueron la consecuencia de una implementación inadecuada o la ausencia total de aplicación de las directrices.

Para finalizar, las limitaciones y propuestas de mejora mencionadas anteriormente surgen de la escasa investigación con criterios más rigurosos sobre la ANS, y por ello, se hace necesario continuar estudiando este creciente problema de salud.

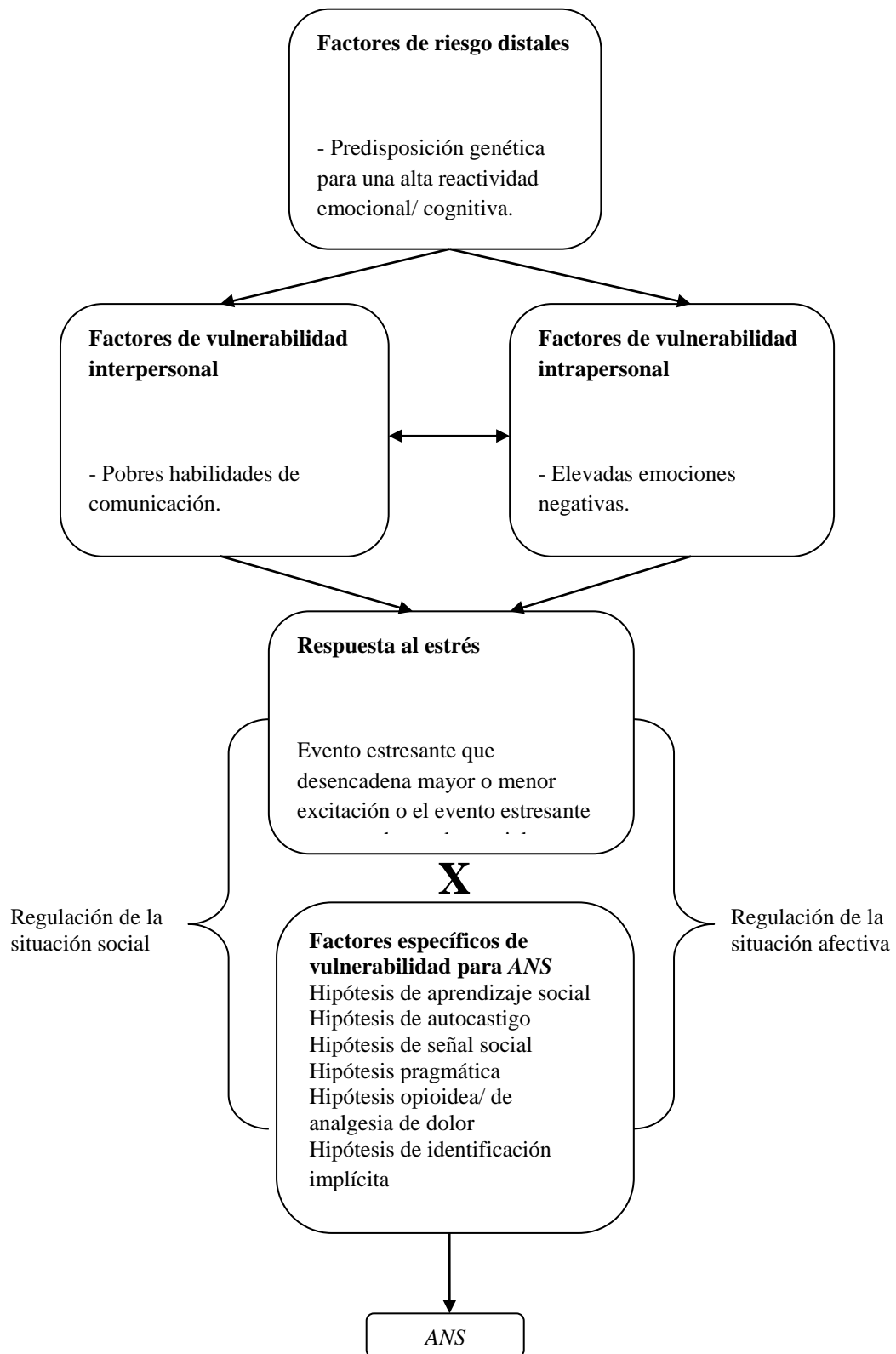
### BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psicología [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).
2. Arrieta S. (2020). Revisión bibliográfica narrativa de la autolesión no suicida. Tesis de Grado de Enfermería. Universidad Complutense de Madrid.
3. Bello, I., Rodríguez-Quiroga, A. y Quintero J. (2023). Conducta suicida y autolesiva en adolescentes, un problema sin resolver. Una revisión comprensiva. *Actas Esp Psiquiatr*, 51(1): 10-20.
4. Bowlby, J. (1976). *El Apego y la Pérdida*, Vol.2: La Separación Afectiva. Barcelona, España: Paidós.
5. Brown G.K., Currier G.W., Jager-Hyman S., Stanley B. (2015). Detection and classification of suicidal behavior and nonsuicidal self-injury behavior in emergency departments. *J Clin Psychiatry*. 76(10):1397-403. doi: 10.4088/JCP.14m09015.
6. Brown R.C. y Plener P.L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports*. Current Medicine Group LLC, 19:1.
7. Brown R.C., Fischer T., Goldwich A.D., Keller F., Young R., Plener P.L. (2018). #cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. *Psychological Medicine*, 1;48(2):337-46.
8. Brunner J., Russel M., Herr K., Benjamin E., Myers L., Boyko O., Jaffray P., Reddy S. (2015). Nonsuicidal self-injury-related foreign bodies in the emergency department. *Semin Ultrasound CT MR*. 36(1):80-7. doi: 10.1053/j.sult.2014.10.007.
9. Carrasco M.A., Carretero E.M., López-Martínez L.F. y Pérez-García A.M. (2023). Eficacia de los tratamientos psicológicos para los comportamientos autolesivos suicidas y no suicidas en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 10:53-67. doi: 10.21134/rpcna.2023.10.1.7.
10. Chartrand H., Bhaskaran J., Sareen J., Katz L.Y., Bolton J.M. (2015). Correlates of Nonsuicidal Self-Injury and Suicide Attempts Among Tertiary Care, Emergency Department Patients. *Can J Psychiatry*. 60(6):276-83. doi: 10.1177/070674371506000606.
11. Chávez-Flores Y.V., Hidalgo-Rasmussen C.A. y Yanez-Peñuñuri L.Y. (2019). Instrumentos de evaluación de la autolesión no suicida en adolescentes 1990-2016: una revisión sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8):2871-2882. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.18502017>
12. Duarte Tánori K.G., Vera Noriega J.Á., Fregoso Borrego D. (2021). Factores contextuales relacionados a las conductas de autolesión no suicidas: una revisión sistemática. *Psicología y Salud*. 31(1), 51-59. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2675>
13. Duncan E.A., Best C., Dougall N., Skar S., Evans J., Corfield A.R., et al. (2019). Epidemiology of emergency

- ambulance service calls related to mental health problems and self harm: a national record linkage study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(1):34.
14. Dyson M.P., Hartling L., Shulhan J., Chisholm A., Milne A., Sundar P., et al. (2016). A systematic review of social media use to discuss and view deliberate self-harm acts. *PLoS*, 1;11(5).
  15. Faura-García J., Calvete-Zumalde E. y Orue-Sola I. (2021). Autolesión no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), pp. 207-214. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2964>.
  16. Franzen M., Keller F., Brown R.C., Plener P.L. (2020). Emergency Presentations to Child and Adolescent Psychiatry: Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality. *Front Psychiatry*. 17;10:979. doi: 10.3389/fpsy.2019.00979.
  17. Fortune S., Pavlova A., Hetrick S.E., Scarth B., Hawton K., Witt K.G. (2021). First responder, clinician, and non-clinical support staff knowledge, attitudes, and behaviours towards people presenting for emergency care following self-harm: a mixed evidence synthesis (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 12. Art. No.: CD014939. doi: 10.1002/14651858.CD014939.
  18. Kang M., Kim H. (2021). Unique characteristics that distinguish suicide attempters from patients with nonsuicidal self-injury admitted to the emergency department following self-harm behavior: Psychological scales and biochemical markers. *Turk J Emerg Med*. 12;21(2):62-68. doi: 10.4103/2452-2473.309134.
  19. Klonsky E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27:226-39.
  20. Hatcher S., Heisel M.J., Ayonrinde O., Corsi D., Edgar N.E., Kennedy S.H., Rizvi S.J., Schaffer A., Sinyor M. (2022). El estudio BEACON: una actualización del protocolo para un estudio de cohorte como parte de una evaluación de la efectividad de la terapia de resolución de problemas asistida por teléfono inteligente en hombres que se presentan con autolesiones intencionales en los departamentos de emergencia en Ontario. *Juicios*, 23(1), 849.
  21. Hawton K., Witt K.G., Taylor Salisbury T.L., Arensman E., Gunnell D., Townsend E., van\_Heeringen K., Hazell P. (2015). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art. No.: CD012013. doi: 10.1002/14651858.CD012013.
  22. Hawton K., Witt K.G., Taylor Salisbury T.L., Arensman E., Gunnell D., Hazell P., Townsend E., van\_Heeringen K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD012189. doi: 10.1002/14651858.CD012189.
  23. Hooley J.M., Fox K.R., Boccagno C. (2020). Nonsuicidal Self-Injury: Diagnostic Challenges And Current Perspectives. *Neuropsychiat Dis and Treatm*. 16: 101-112.
  24. James K., Samuels I., Moran P., Stewart D. (2017). Harm reduction as a strategy for supporting people who self-harm on mental health wards: the views and experiences of practitioners. *Journal of Affective Disorders*, 1;214:67-73.
  25. Jarvi S., Jackson B., Swenson L., Crawford H. (2013). The Impact of Social Contagion on Non-Suicidal Self-Injury: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 17:1-19.
  26. Leiva Pereira, J.E. y Concha Landeros, A.M. (2019). Autolesiones no suicidas y su relación con el estilo de apego en una muestra no clínica de adolescentes chilenos. *Salud & Sociedad*, 10(1), 84-99. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.00006>
  27. Lewis S.P., Mahdy J.C., Michal N.J., Arbuthnott A.E. (2014). Googling self-injury, the state of health information obtained through online searches for self-injury. *JAMA Pediatrics*, 168(5):443-9.
  28. Lince-González A.M., Tachak-Duque L.C., Parra-García J.C., Durán-Florez M.E., Estrada-Orozco K. (2020). Prevalencia y caracterización de cutting en población pediátrica (0-14 años) en un servicio de urgencias de Bogotá D.C., Colombia]. *Rev. Fac.Med*. 68(2):175-82. doi:http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v68n2.73583.
  29. Liu B.P., Lunde K.B., Jia C.X., Qin P. (2020). The short-term rate of non-fatal and fatal repetition of deliberate self-harm: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 273:597-603.
  30. López-Millán M.R., Román-Sánchez D. (2021). Evolución del concepto de autolesión en ciencias de la salud. *Egle*, 8(18):33-42.
  31. MacDonald S., Sampson C., Turley R., Biddle L., Ring N., Begley R. et al. (2020). Patients' Experiences of Emergency Hospital Care Following Self-Harm: Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Research. *Qual Health Res*. 30(3):471-485. doi: 10.1177/1049732319886566.
  32. McManus S., Gunnell D., Cooper C., Bebbington P.E., Howard L.M., Brugha T., et al. (2019). Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000-14: repeated cross-sectional surveys of the general population. *Lancet Psychiatry*, 6(7):573-81.
  33. Murphy C., Keogh B., Doyle L. (2019). 'There is no progression in prevention' - The experiences of mental health nurses working with repeated self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*, 1;28(5):1142-51.
  34. Nock M.K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10:339-63.
  35. Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología Del Niño y Adolescente*, 4(1):65-81.

36. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019/2021). Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11).
37. Spirito A., Webb M., Cheek S., Wolff J., Esposito-Smythers C. (2021). An update on the latest treatment approaches with suicidal adolescents. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 8(2), 64-76. <https://doi.org/10.1007/s40501-021-00239-x>.
38. Stanley B., Sher L., Wilson S., Ekman R., Huang Y-yu, Mann J.J. (2010). Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2):134-40.
39. Stewart I. y Lees-Deutsch L. (2022). Risk Assessment of Self-Injurious Behavior and Suicide Presentation in the Emergency Department: An Integrative Review. *Journal of Emergency Nursing*. 48(1): 57-73. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.10.002>
40. Taylor P.J., Fien K., Mulholland H., Duarte R., Dickson J.M., Kullu C. (2021). Evaluación del servicio piloto de una terapia psicológica breve para las autolesiones en un servicio de urgencias: Hospital Outpatient Psychotherapy Engagement Service. *Psicología y psicoterapia*, 94 Suplemento 1, 64-78.
41. Thomas J.B., Haslam C.O. (2017). How people who self-harm negotiate the inpatient environment: the mental healthcare workers perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1;24(7):480-90.
42. Troya M.I., Dikomitis L., Babatunde O.O., Bartlam B., Chew-Graham C.A. (2019). Understanding self-harm in older adults: A qualitative study. *EClinicalMedicine*, 12:52-61. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6677649/?report=classic>.
43. Vega D., Sintes A., Fernández M., Puntí J., Soler J., Santamarina P. et al. (2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué?. *Actas Esp Psiquiatr*. 46(4): 146-155.
44. Witt K.G., Hetrick S.E., Rajaram G., Hazell P., Taylor Salisbury T.L., Townsend E., Hawton K. (2021a). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD013667. doi: 10.1002/14651858.CD013667.pub2.
45. Witt K.G., Hetrick S.E., Rajaram G., Hazell P., Taylor Salisbury T.L., Townsend E., Hawton K. (2021b). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 4. Art. No.: CD013668. doi: 10.1002/14651858.CD013668.pub2.
46. Zarska A., Barnicot K., Lavelle M., Dorey T., McCabe R. (2022). A Systematic Review of Training Interventions for Emergency Department Providers and Psychosocial Interventions delivered by Emergency Department Providers for Patients who self-harm. *Archives of Suicide Research*. doi: 10.1080/13811118.2022.2071660

Anexo 1. Figura 5. Representación del modelo integrador de la ANS (Nock, 2010).



**Anexo 2. Tabla 8. Características de los estudios seleccionados en Pubmed. Fuente: Elaboración propia.**

AUTORES	POBLACIÓN	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
1. MacDonald et al. (2020)	Tamaño de la muestra. Dato no disponible. Países. Reino Unido (n = 12), Estados Unidos (n = 5), Canadá (n = 2), Sudáfrica (n = 2), Italia (n = 1), Noruega (n = 1) y Suecia (n = 1), datos internacionales (n = 1), ubicación desconocida (n = 1).	Proporcionar un relato interpretativo de las experiencias de pacientes que presentan autolesiones y cómo las interacciones con los profesionales sanitarios pueden impactar en futuras autolesiones, en la ocultación y en la búsqueda de ayuda.	Revisión sistemática de 26 estudios.	Se obtuvieron resultados sobre diferentes temas: 1. Meta-Tema: Construcción y negociación de la identidad del paciente. 2. Meta-Tema: Naturaleza y calidad del tratamiento. 3. Metatema: Impacto percibido de la atención sobre autolesión futura, divulgación y búsqueda de ayuda.	1. Un tratamiento adecuado alivia los sentimientos de vergüenza de los pacientes que se autolesionan y les ayuda a asumir un rol de paciente más dignificado. 2. Un tratamiento adecuado se caracteriza por ser amable, comprensivo e individualizado y por tratar en igual grado de importancia y delicadeza tanto la herida física como la emocional. 3. Una intervención adecuada puede actuar como prevención de autolesiones recurrentes, ayuda al paciente a revelarlo y favorece que la búsqueda de ayuda futura.
2. Kang y Kim (2020)	Tamaño de la muestra. 578 pacientes. Temporalidad de la muestra. Marzo a Diciembre 2019. País de la muestra. Corea del Sur.	Investigar las características que diferencia los intentos de suicidio de las autolesiones no suicidas entre aquellos que ingresan en el departamento de emergencias.	Estudio retrospectivo de análisis univariado.	Grupo con intentos de suicidio se asoció significativamente con el sexo masculino, enfermedades crónicas, antecedentes de depresión, desempleo, no buscar ayuda después del intento, conciencia reducida y consulta psiquiátrica. Aumento de glóbulos blancos en el grupo de intentos de suicidio en comparación con el grupo de autolesiones, aunque no estadísticamente significativos. Grupo con autolesiones mostró una puntuación estadísticamente más alta en pedir ayuda.	Los factores de riesgo diferenciales entre los intentos de suicidio frente a las autolesiones no suicidas fueron la enfermedad crónica y la no búsqueda de ayuda tras el intento.
3. Chartrand et al. (2015)	Tamaño de la muestra. 5.336 pacientes Temporalidad de la muestra. Enero de 2009 y Junio de 2011. País de la muestra. Canadá.	Examinar la prevalencia y los correlatos de la autolesión no suicida en los servicios de urgencias y compararlos con los intentos de suicidio.	Estudio transversal multicentro.	CARACTERÍSTICAS AUTOLESIONES. Se asoció más con el sexo femenino, edad menor de 45 años, abuso infantil, trastornos de ansiedad, trastorno depresivo mayor, trastornos por uso de sustancias y agresión e impulsividad. COMPARACIÓN AUTOLESIONES E INTENTOS SUICIDIO. No se observaron diferencias en sexo, edad, antecedentes de maltrato infantil, presencia de ansiedad o trastorno por consumo de sustancias aunque sí se encontraron diferencias en: factores estresantes de la vida reciente, ideación suicida activa, depresión, atención psiquiátrica previa y el estado civil soltero contribuyendo a una mayor tasa de intentos autolíticos.	Las autolesiones no suicidas se asocian con adversidad en la vida temprana y comorbilidad psiquiátrica. Las autolesiones y los intentos de suicidio difieren en varios correlatos, en particular los relacionados con la ideación suicida, pero también tienen algunas similitudes. La mayoría de las personas con autolesiones acuden solo una vez a los servicios de urgencias.
4. Franzen et al. (2020)	Tamaño de la muestra. 546 niños y adolescentes atendidos en urgencias psiquiátricas. Temporalidad de la muestra. Desde Junio de 2006 hasta Diciembre 2012 (78 meses). País de la muestra. Alemania	Evaluar las razones por las que niños y adolescentes acuden al servicio de urgencias así como examinar las características de los pacientes que acuden con autolesiones y tendencias suicidas.	Estudio retrospectivo.	El 63.5% de los niños y adolescentes que acudieron al servicio de urgencias psiquiátricas tuvieron como motivo principal las autolesiones o las tendencias suicidas. De ellos, el 33,7% fueron dados de alta el mismo día o al día siguiente. Los pacientes que fueron ingresados tuvieron una estancia media hospitalaria de 28 días.	Las autolesiones y el comportamiento suicida representan la mayoría de los casos atendidos en urgencias. Por lo tanto, hay necesidad de poner un énfasis especial en estos casos y brindar la mejor atención posible en esta situación específica.



AUTORES	POBLACIÓN	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
5. Brown et al. (2015).	Tamaño de la muestra. 254 pacientes. Temporalización de la muestra. 2007 a 2011.	Examinar el grado de concordancia entre las evaluaciones clínicas y estandarizadas en la detección y clasificación de la conducta autolesiva no suicida y la conducta autolesiva no suicida en los servicios de urgencias psiquiátricas.	Estudio retrospectivo multicentro.	El 50% de los pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas realizaron un intento de suicidio reciente, 12% se involucraron en un comportamiento de autolesión no suicida reciente y el 30 % presentaba otros síntomas psiquiátricos. EVALUACIÓN. 18 % de los pacientes que se determinó que habían realizado una conducta autolesiva en la última semana mediante una evaluación estandarizada no fueron identificados como tales mediante la evaluación clínica.	El uso de medidas de evaluación estandarizadas puede mejorar la sensibilidad y la precisión de identificar el comportamiento suicida y el comportamiento de autolesión no suicida en los servicios de urgencias psiquiátricas.
6. Brunner et al. (2015).	Tamaño de la muestra. Dato no disponible. País de la muestra. EEUU.	Examinar las características de las autolesiones a través de la incrustación de cuerpos extraños, ya sea mediante la ingestión deliberada de cuerpos extraños o la introducción de un cuerpo extraño en el interior de la piel.	Revisión sistemática.	El 85% de los pacientes que presentan autolesiones tipo "autoincrustación" tienen un diagnóstico psiquiátrico y el 70% ocurren en la población carcelaria. Diagnósticos relacionados con la ANS son la psicosis, la simulación, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno bipolar. Sin embargo, las enfermedades mentales que se asocian a las autolesiones en general son la depresión mayor recurrente, el TLP, el trastorno de estrés posttraumático, los trastornos alimentarios y el abuso de sustancias.	Las autolesiones no suicidas a través de la incrustación de cuerpos extraños presentan una alta morbilidad, mortalidad y costos económicos significativos al requerir una atención especializada en el servicio de urgencias, no solo a nivel imágenes radiológicas sino también a nivel psiquiátrico.

Anexo 3. Tabla 9. Características de los estudios seleccionados de Cochrane. Fuente: Elaboración propia.

AUTORES	POBLACIÓN	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
1. Witt et al. (2021a)	Tamaño muestra. 2.280 niños y adolescentes. Temporalidad. Hasta Junio 2020.	Evaluar los efectos de las intervenciones psicosociales, farmacológicas o naturales en las conductas autolesivas en comparación con otros tipos de intervenciones en niños y adolescentes.	Revisión sistemática de 17 estudios controlados aleatorizados (ECA).	La tasa más baja de repetición de conductas autolesivas la obtuvo la Terapia Dialéctico-Conductual versión adolescentes (DBT-A) obteniéndose un 30 % de recurrencia de las autolesiones. No está claro si la Terapia basada en la Mentalización para adolescentes (MBT-A) reduce la repetición de autolesiones.	Solo hay evidencia incierta sobre una serie de intervenciones psicosociales en niños y adolescentes que practican conductas autolesivas.
2. Witt et al. (2021b)	Tamaño muestra. 21.414 adultos.	Evaluar los efectos de las intervenciones psicosociales, farmacológicas o naturales en las conductas autolesivas en comparación con otros tipos de intervención en adultos.	Revisión sistemática de 76 ensayos.	Tasa ligeramente más baja de repetición de conductas autolesivas en la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) (66,0 %) en comparación con el Tratamiento Habitual (TAU) u otras psicoterapias (68,2%). Los modelos PREvention Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors (SUPRE-MISS), tienen algún efecto sobre la repetición de autolesiones.	La conclusión primaria fue la ocurrencia de un episodio repetido de conducta autolesiva durante un seguimiento de dos años. Las conclusiones secundarias incluyeron la adherencia, depresión, desesperanza, funcionamiento general, funcionamiento social, ideación suicida y suicidio.
3. Hawton et al. (2015)	Tamaño de la muestra. 1.126 niños y adolescentes.	Evaluar los efectos de las intervenciones psicosociales, farmacológicas o naturales en las conductas autolesivas en comparación con otros tipos de intervención en niños y adolescentes.	Revisión sistemática de 11 ensayos clínicos aleatorios.	La Terapia de Mentalización (MBT-A) y en mayor medida la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT-A) reducen la repetición de conductas autodestructivas en adolescentes. No se ha encontrado un efecto significativo para la Terapia Grupal.	El metanálisis solo fue posible para dos intervenciones: Terapia Dialéctico-Conductual y Psicoterapia Grupal en adolescentes.
4. Hawton et al. (2016)	Tamaño de la muestra. 17.699 adultos.	Evaluar los efectos de los tratamientos psicosociales específicos versus el tratamiento habitual, la atención habitual mejorada u otras formas de tratamiento psicológico, en adultos con conductas autolesivas.	Revisión sistemática de 55 ensayos clínicos aleatorios.	La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y en mayor medida la Terapia Dialéctico-Conductual, la Psicoterapia de Regulación Emocional y la Terapia de Mentalización (MBT) reducen la repetición de conductas autodestructivas en adultos.	Ninguna de las intervenciones de contacto remoto se asoció con una reducción en las conductas autodestructivas.

AUTORES	POBLACIÓN	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
5. Taylor et al. (2021)	Tamaño de la muestra. 89 pacientes.	Evaluar la eficacia del programa ESPERANZA en términos de tasas de asistencia, compromiso, y cambio con el tiempo en la angustia.	Estudio pre-post no aleatorizado.	64% de los pacientes asistieron al menos a una sesión de terapia. La angustia psicológica disminuyó significativamente a lo largo de las sesiones. La mayoría de las personas valoraron como buena la alianza de trabajo con sus terapeutas.	El programa ESPERANZA se muestra prometedor como una intervención breve para las personas que se autolesionan, pero requiere más evaluación. Se necesitan ensayos controlados aleatorios para determinar la eficacia clínica del programa ESPERANZA.
6. Hatcher et al. (2022)	Tamaño de la muestra. En proceso, el estudio finalizará en Marzo de 2023.	Evaluar la eficacia del programa BEACON en asistencia y adhesión al tratamiento.	Estudio de cohortes anidado dentro de un ensayo aleatorio multicéntrico.	Resultados en 4 indicadores: (i) elegibilidad, reclutamiento y retención; (ii) el uso por parte del paciente y la aceptabilidad de la mezcla intervención; (iii) la medida de resultado primaria y tamaño de la muestra para un ECA definitivo; y (iv) adhesión a las protocolo.	No aporta resultados ni datos concluyentes pues el estudio finalizará en Marzo 2023.

#### Anexo 4. Tabla 10. Características de los estudios seleccionados de Dialnet. Fuente: Elaboración propia.

AUTORES	POBLACIÓN	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
1. Sánchez-Teruel et al. (2020).	176 personas divididos en dos grupos: los ingresados de nuevo por autolesiones no suicidas (59,1%) y aquellos que no lo hicieron (40,9%) durante los siguientes 12 meses. Temporalidad de la muestra. 2013-2015. País de la muestra. España.	Evaluar qué variables sociodemográficas y comorbilidad psicopatológica previa en adolescentes y adultos jóvenes con lesiones autoinfligidas son más propensas a predecir una autolesión futura después de 12 meses.	Estudio prospectivo.	Perfil sociodemográfico de los pacientes que presentaron una nueva autolesión después de 12 meses: mujeres, de 21 a 22 años y estudiantes. Perfil de comorbilidades psicopatológicas previas claras donde los trastornos de ansiedad son predictores de una nueva autolesión después de 12 meses.	Necesidad de desarrollar protocolos de salud específicos y mejorar las medidas de alerta de salud pública para ciertas subpoblaciones.
2. Carrasco et al. (2023)	Tamaño de la muestra. 39157 personas. Países de la muestra. EEUU, Canadá, Australia, Reino Unido.	Dilucidar los tratamientos psicológicos que, hasta la fecha, mejor funcionan para reducir o eliminar las autolesiones no suicidas.	Revisión de 10 estudios de metaanálisis o revisiones sistemáticas.	Elevada heterogeneidad y un alcance limitado de los tratamientos psicológicos con tamaños del efecto de pequeños a moderados tanto para las conductas autolesivas, como para la ideación suicida, la suicidabilidad y especialmente para la intención suicida. Estos efectos tendían a debilitarse en el medio y largo plazo.	La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) resultó ser comparativamente la que mejores resultados obtuvo de las intervenciones analizadas.
3. Bello et al. (2023)	Tamaño de la muestra. Dato no disponible.	Realizar una revisión comprensiva sobre ANS, factores de riesgo, modelos explicativos, instrumentos de evaluación, intervenciones psicoterapéuticas eficaces y planes de prevención.	Revisión comprensiva sobre metaanálisis, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y no sistemáticas.	Terapias eficaces en autolesiones no suicidas y conductas suicidas: Terapia Dialéctica-Conductual (DBT), Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) individual (combinada o no con Terapia Familiar) y Programa ESPERANZA.	A pesar de existir múltiples estrategias de intervención, el aumento de prevalencia del suicidio y las autolesiones no suicidas justifica el diseño de nuevos programas con contenidos apropiados, concretos y factibles.
4. Pérez et al. (2021)	Tamaño de la muestra. 1.733 adolescentes. Temporalidad de la muestra. Septiembre de 2016 a Junio de 2018. País de la muestra. España.	Estimar la prevalencia, tipos y funciones de las ANS y probar la estructura factorial unidimensional de las ANS.	Estudio de análisis factorial	Un 24,6% de los adolescentes refirieron haberse autolesionado al menos una vez en su vida, y un 12,7% se autolesionaron utilizando métodos más graves. Los tipos más frecuentes de ANS fueron interferir en la curación de heridas (14,6%), rascarse (12,5%) y golpearse (11,7%). La mayoría de los participantes que se autolesionaron refirieron funciones intrapersonales. El análisis factorial confirma la unidimensionalidad del constructo de ANS.	Las ANS reflejan dificultades para regular las emociones o manejar las relaciones interpersonales en los jóvenes españoles y estos comportamientos parecen constituir una dimensión única y latente. Por lo tanto, es necesaria la existencia de programas de intervención enfocados en el manejo de problemas de regulación emocional y de conductas autolesivas no suicidas en este tipo de población.

AUTORES	POBLACIÓN	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
5. Faura-Garcia et al. (2021)	Tamaño de la muestra. Dato no disponible. Temporalidad de la muestra. 1984 hasta Agosto de 2020. País de la muestra. Población hispanoparlante (española y mexicana principalmente).	Revisar el concepto y la evaluación clínica de ANS en población hispanoparlante desde un punto de vista comprensivo.	Revisión sistemática	Se encontraron 8 instrumentos con potencial clínico: 1. Cedula de Autolesiones basada DSM-5-Métodos(CA-M). 2. Cedula Diagnostica de Autolesiones (CDA). 3. Cuestionario de Riesgo de Autolesión (CRA). 4. Evaluación Funcional de la Automutilación (FASM) 5. Inventario de Declaraciones sobre Autolesión (ISAS) 6. Impulsividad, Autolesión No Suicida e Ideación Suicida en Adolescentes (ISSIQ-A). 7. Cuestionario de Autolesionismo (SHQ). 8. Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas“(SITBI)	Aunque con potencial clínico y datos sobre su validez y fiabilidad en población hispanoparlante, los 8 instrumentos encontrados no están suficientemente probados en la intervención de la ANS.
6. Vega et al. (2018)	Tamaño de la muestra. Dato no disponible. Temporalidad de la muestra. Desde inicio bases de datos de Pubmed, Medline y Embase hasta Julio de 2017.	Proporcionar información actualizada sobre este fenómeno, centrándose en: prevalencia, curso y pronóstico, factores asociados a la ANS, su relación con la psicopatología y el papel de los medios de comunicación, las redes sociales e internet.	Revisión sistemática.	Existe gran variabilidad en los datos de prevalencia de la ANS. La adolescencia constituye un periodo de especial vulnerabilidad para el inicio de la ANS, sobre todo si existen rasgos de personalidad del grupo B del DSM y/o sentimientos de desesperanza. La relación entre ANS y suicidio es robusta, siendo la ANS el factor de riesgo más importante para futuros intentos de suicidio. Factores como las diferencias entre sexos, la historia de acontecimientos traumáticos en la infancia, el método de autolesión, la frecuencia de la conducta o su funcionalidad son variables a tener en cuenta en la ANS.	Los estudios revisados en el presente artículo dejan claro que la ANS es un fenómeno muy prevalente, creciente los últimos años y que requiere la máxima atención. Aspectos como el método, la frecuencia y la función de la ANS aparecen como aspectos relevantes para entender esta conducta, tanto en el contexto clínico como no clínico. Los medios de comunicación juegan en la propagación de la ANS, siendo internet y las redes sociales un medio habitual mediante los cuales los jóvenes comparten sus ANS y buscan información sobre ésta.

**Anexo 5. Tabla 11. Características de los estudios seleccionados de Google Scholar. Fuente: Elaboración propia.**

AUTORES	POBLACIÓN	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
1. Stewart et al (2022)	Tamaño. N= Dato no disponible. Temporalidad. 1937 en adelante. Países. EEUU (n1/45), Canadá (n1/42), Reino Unido (n1/41) y Taiwán (n1/41).	Investigar la eficacia con la que las herramientas de evaluación de riesgos identifican a las personas con alto riesgo de autolesiones repetidas, intentos de suicidio o muerte por suicidio.	Revisión sistemática de 9 estudios.	Se encontró que dos herramientas de evaluación de riesgos tienen una buena capacidad predictiva para la ideación suicida y la repetición de autolesiones.	No se encontró pruebas sólidas que indiquen que alguna herramienta de evaluación del riesgo tenga una capacidad predictiva superior para identificar autoagresiones repetidas, intentos de suicidio o muerte por suicidio, pero sí se recomienda utilizarlas.
2. Zarska et al (2022)	Tamaño. N1=1.587 profesionales sanitarios del servicio de urgencias. Tamaño. N2= 3.671 pacientes con comportamientos suicidas. Temporalidad. Inicio Pubmed hasta Noviembre 2021. Países. EE. UU. (n1/49), Reino Unido (n1/43), Australia (n1/41), Japón (n1/41) y Bélgica (n1/41).	Evaluar el impacto de la formación a profesionales sanitarios del servicio de urgencias sobre autolesiones y conductas suicidas.	Revisión sistemática de 15 estudios (6 de ellos con buena metodología según la puntuación MMAT).	Las intervenciones en el servicio de urgencias que utilizan estrategias comunes de prevención del suicidio como la planificación de la seguridad y el contacto de seguimiento, se vincularon constantemente con una reducción de las ANS y de los intentos autolíticos. La Terapia Centrada en Soluciones muestra una evidencia sólida.	La formación a profesionales sanitarios sobre autolesiones y conductas suicidas tiene efectos positivos tanto el profesional (conocimientos, habilidades, actitudes y confianza) como en el paciente (aceptación del tratamiento, compromiso con el tratamiento, reducción intentos suicidio y menos ingresos psiquiátricos).

AUTORES	POBLACIÓN	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
3. Fortune et al (2021)	Muestra de profesionales. No especifica el tamaño muestral. Muestra de pacientes. No especifica el tamaño muestral.	Evaluar los conocimientos, actitudes y comportamientos de los profesionales hacia los usuarios del servicio de urgencias con autolesiones y valorar si han evolucionado con el tiempo.	Revisión sistemática de análisis cualitativos y cuantitativos.	Mejora de la atención hacia los usuarios con ANS formando a profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, trabajador social, etc) y no sanitarios (repcionista, administrativo, policía, etc) que contactan directa o tangencialmente en urgencias.	No sólo las actitudes de los médicos hacia los usuarios con ANS del servicio de urgencias, sino también el contexto de las organizaciones sanitarias tienen un papel en la formación estas actitudes que pueden ayudar o dificultar su tratamiento.