

Revisión sistemática de los tratamientos eficaces para el manejo de conductas autolesivas no suicidas en adolescentes

Systematic review of effective treatments for the management of non-suicidal self-injurious behaviors in adolescents

Claudia Silva Sierra¹

csilva@unisangil.edu.co

Fecha de recepción: febrero 1 de 2024

Fecha de aceptación: mayo 2 de 2024

Resumen

Introducción: Con el propósito de analizar los diferentes procedimientos de intervención psicológica para las conductas autolesivas no suicidas en adolescentes, se llevó a cabo una investigación teórica enfocada en identificar y analizar los tratamientos más efectivos, destacando los de mayor efectividad. **Objetivo:** Revisar y evaluar la evidencia científica disponible sobre los tratamientos eficaces para el manejo de las conductas autolesivas no suicidas en adolescentes. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática empleando el acrónimo PICO (Población de estudio o participantes, Intervención, Comparación y Resultado esperado). Los artículos fueron seleccionados y clasificados según el modelo PRISMA, para su posterior codificación, análisis y definición de resultados. **Resultados:** De los 271 artículos identificados, 9 cumplieron con los criterios de inclusión. Entre los resultados, la terapia dialéctica conductual (DBT) y la terapia cognitivo-conductual (CBT) demostraron ser

las más aplicables y efectivas, especialmente cuando se combinan. Además, se investigó la terapia cognitiva con mindfulness y la terapia contextual intensiva para autolesiones (ICT). **Conclusiones:** Se concluye que las intervenciones psicológicas para conductas autolesivas no suicidas en adolescentes se estructuran principalmente como psicoterapia breve, basada en diversos modelos psicológicos. No obstante, las terapias cognitivo-conductuales de segunda y tercera generación fueron las más destacadas en cuanto a efectividad.

Palabras clave: autolesión no suicida, evidencia científica, mindfulness, terapia dialéctica conductual, terapia cognitivo conductual.

Abstract

Introduction: In order to explore the various psychological intervention procedures for non-suicidal self-injurious behaviors in adolescents, a theoretical investigation was conducted to identify and analyze the most

effective treatments, highlighting those with the highest level of efficacy. **Objective:** To review and evaluate the available scientific evidence on effective treatments for the management of non-suicidal self-injurious behaviors in adolescents. **Methodology:** A systematic review was carried out following the PICO acronym (Population, Intervention, Comparison, and Outcome). Articles were selected and classified according to the PRISMA model for coding, analysis, and result definition. **Results:** Of the 271 articles identified, 9 met the inclusion criteria. Dialectical behavioral therapy (DBT) and cognitive behavioral therapy (CBT) were found to be the most applicable and effective, particularly when used together. Additionally, cognitive therapy with mindfulness and intensive contextual therapy for self-harm (ICT) were also found to have been subjects of research. **Conclusions:** Psychological interventions for non-suicidal self-injurious behaviors in adolescents were primarily structured as brief psychotherapy, derived from various psychological models. However, second- and third-generation cognitive-behavioral therapies were the most prominent in terms of effectiveness.

Keywords: cognitive behavioral therapy, dialectical behavioral therapy, mindfulness, non-suicidal self-injury, scientific evidence.

Introducción

Con el interés de definir autolesiones en el contexto psicológico, Zaragozano (2017) afirma lo siguiente:

Las autolesiones son todas aquellas conductas que implican la provocación deliberada de lesiones en el propio cuerpo sin finalidad suicida (*NSSI*: «Non-suicidal

SelfInjury») como, por ejemplo, cortes en la piel («*Self-cutting*»), quemaduras, golpes, arrancarse el pelo, punciones, arañazos, pellizcos y envenenarse, entre otros comportamientos anómalos. (p. 37)

Diversos estudios muestran que las autolesiones están relacionadas con síntomas de depresión, ansiedad e impulsividad, además de eventos estresantes. Esto lo indica uno de los estudios más importantes de autolesiones no suicidas, donde entrevistaron a cerca de 30.000 adolescentes de 15 y 16 años completando un cuestionario anónimo sobre autolesiones, este estudio estuvo basado en población escolar *Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE)* (Ulloa et al., 2013).

Por otra parte, un estudio reciente en la ciudad de Medellín, Colombia, ha concluido que la prevalencia de conductas autolesivas no suicidas conocidas también como conductas parasuicidas y los factores asociados a estas conductas en esta población es similar a lo reportado en el país y en el mundo (Cañón et al., 2021). Así mismo, este estudio también resalta que los factores predisponentes a estas conductas en la adolescencia son la incomunicación con su sistema familiar, el acoso escolar, la depresión, la ansiedad, el consumo de bebidas alcohólicas y las sustancias psicoactivas.

Derivado de lo mostrado en estos estudios, nace el interés en analizar las propuestas psicoterapéuticas que se han llevado a cabo para intervenir sobre los factores personales y familiares predisponentes y/o desencadenantes del cuadro clínico de los adolescentes que presentan conductas autolesivas no suicidas, además de conocer cuáles son los tratamientos psicológicos de

mayor efectividad para esta problemática existente en los últimos 12 años.

A partir de lo anterior, la presente revisión sistemática se planteó como objetivo la revisión de cada una de las investigaciones, para así evaluar la evidencia científica disponible sobre los tratamientos eficaces para el manejo de conductas autolesivas no suicidas en adolescentes.

Para la realización del trabajo de investigación de base teórica, se propuso como metodología la realización de una revisión sistemática que, según Moreno et al. (2018), es un resumen claro y estructurado de la información disponible orientada a responder una pregunta clínica específica que se caracteriza “por tener y describir el proceso de elaboración transparente y comprensible para recolectar, seleccionar, evaluar críticamente y resumir toda la evidencia disponible con respecto a la efectividad de un tratamiento, diagnóstico, pronóstico, etc.” (Letelier et al., 2005 citado por Moreno et al., 2018, p.184).

Para la búsqueda de la evidencia científica, fue necesario plantear una pregunta problema por medio del desarrollo del acrónimo PICO, que corresponde a una estructura especial integrada por cuatro elementos bien diferenciados como: Población, Intervención, Comparador y Resultado, siendo estos elementos parte de un esquema muy conocido y utilizado en la investigación cualitativa (Díaz et al., 2016). Con el fin de guiar la búsqueda de la evidencia científica como parte del proceso de revisión sistemática, se completó la información en los cuatro elementos que componen el acrónimo PICO, a partir de la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los tratamientos más eficaces para el abordaje

de conductas autolesivas no suicidas en adolescentes?

Otro aspecto que compone la metodología de la presente revisión sistemática es la búsqueda en las bases de datos de bibliotecas y repositorios de universidades, en este caso se realizó la revisión en tres fuentes de universidades: Universidad Internacional de Valencia, SIBU de la Universidad Autónoma de Bucaramanga y CENTURIA de la Fundación Universitaria de San Gil, además se tuvo en cuenta Google académico. Con el propósito de direccionar la búsqueda de las investigaciones, se establecieron criterios de inclusión: Investigaciones publicadas en español e inglés, enero de 2010 y diciembre de 2022, estudios realizados con población adolescente de 12 años y de 19 años, el diseño de los estudios pueden ser ensayos clínicos aleatorizados, guías de prácticas clínicas, casos individuales únicos, diseños cuasi experimentales y tesis de posgrado y finalmente, los resultados deben ser obtenidos mediante el uso de herramientas estandarizadas y análisis estadísticos apropiados.

Resultados

La presente revisión sistemática inicia con la elección y clasificación de 271 estudios, de los cuales 9 fueron seleccionados como parte del proceso para elegibilidad del texto completo y, de esa misma forma, poder ser incluidos en el documento. Para obtener una mejor revisión de resultados se presentan una serie de tablas, donde se especifica, la frecuencia y el porcentaje relacionado con datos de la población, instrumentos de evaluación, características de las intervenciones, descripción de técnicas de

intervención y categorización de la efectividad de los signos y síntomas.

A continuación, en la Tabla 1 se presentan los datos de la población, incluyendo lugares

de origen de los estudios, diagnóstico de la población e instrumentos de evolución.

Tabla 1. Datos de la población, lugar, diagnóstico e instrumentos de evaluación encontrados en los estudios analizados

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Población	284 personas	100%
Mujeres	235	82,7
Hombres	8	2,8
Lugares de origen (n=6)	9 estudios	100%
España	3	33,3
México	2	22,2
Argentina	1	11,1
Noruega	1	11,1
Suecia	1	11,1
Alemania	1	11,1
Diagnóstico y/o signos y síntomas (n=7)	9 estudios	100%
Autolesión no suicida	9	100
Problemas de regulación emocional	9	100
Autolesión con intención suicida	2	22,2
Características Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)	1	11,1
Síntomas de depresión	1	11,1
Síntomas de ansiedad	1	11,1
Ideación de autolesión no suicida	1	11,1
Instrumentos de Evaluación (n=33)	9 estudios	100%
Autoinformes – autorregistros	9	100
Entrevista	9	100
Escala de dificultades en regulación emocional (DERS)	3	33,3
Escala de pensamientos y conductas autolesivas (SITBI-G)	3	33,3
Entrevista clínica semiestructurada para el DSM-IV (SCID-II)	2	22,2
Inventario de depresión de Beck (BDI)	2	22,2
Child Checklist (CBCL)	2	22,2
Herramienta de evaluación de autolesiones no suicidas	1	11,1
Calendario para los trastornos afectivos-presente (K-SADS-PL)	1	11,1
Children´s Global Assessment Scale (C-GAS)	1	11,1
Escala de Intensión Suicida (SIS)	1	11,1
Subescala de pensamientos relacionados con autolesiones (EPCA-P)	1	11,1
Subescala de autolesión (EPCA-A)	1	11,1
Inventario de ansiedad de Beck (BAI)	1	11,1
Test Sistema de Evaluación en Niños y Adolescentes (SENA)	1	11,1
Escala Manifestada en Niños Revisada (CMAS-R2)	1	11,1
Escala de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)	1	11,1
Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)	1	11,1
Mindful Attention Awareness Scale- Adolescent (MAAS-A)	1	11,1

Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI-9)	1	11,1
Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)	1	11,1
Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM)	1	11,1
Inventario SH (Revisado para adolescentes)	1	11,1
Cuestionario de estado de ánimo y sentimientos versión larga (MFQ)	1	11,1
Inventario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	1	11,1
Escala de nivel de emoción expresada para las relaciones más influyentes de una persona (LEE)	1	11,1
Mini-international Neuropsychiatric Interview para niños y adolescentes (MINI-KID 6.0)	1	11,1
Autoinforme YSR	1	11,1
Escala de estrés percibido (PSS-10)	1	11,1
Cuestionario de regulación de las emociones (ERQ)	1	11,1
Encuesta de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	1	11,1
Encuesta de satisfacción familiar	1	11,1

Nota: En relación con la población es importante aclarar que dos estudios no especificaron la muestra por género.

De este modo, en cuanto a los resultados generales encontrados en la revisión sistemática, se evidencia, en primer lugar, que los estudios vinculados en relación con la población contaron con un total de 284 adolescentes entre 12 y 19 años, donde se evidencia un porcentaje mayor de mujeres con un 82,7%, en comparación con el grupo de hombres el cual alcanzó un 2,8%. Es importante mencionar que 2 de los 9 estudios analizados no especifican población por género.

En cuanto a los lugares donde fueron realizados los estudios, se encontró que las investigaciones corresponden a 6 países: España, México, Argentina, Noruega, Suecia y Alemania. España fue el país donde se recopilaron 3 estudios de los 9 analizados correspondiente a un 33,3%.

Dando continuidad a la descripción de las características de la población, se pudo identificar que la población en un 100% presentaba conductas de autolesión no suicida como síntoma principal, seguido de problemas de regulación emocional.

Además, algunos estudios permitieron, como criterio de inclusión, adolescentes con autolesiones con intención suicida en un 22,2% y características de trastorno límite de la personalidad (TLP) con un 11,1%. De la misma manera, en la conducta autolesiva no suicida, se identificaron otros síntomas relacionados como los depresivos, la ansiedad, y la ideación de autolesión.

En relación con los instrumentos de evaluación se identificaron un total de 33, siendo la entrevista, en sus diferentes formatos, auto informes y auto registros, los más utilizados, presentes en el 100% de los estudios. Se complementa la evaluación con la escala de dificultades en regulación emocional (DERS) y la escala de pensamientos y conductas autolesivas (SITBI-G) con un 33,3% cada una; además la entrevista clínica semiestructurada para el DSM-IV (SCID-II), el inventario de depresión de Beck (BDI) y la *Child Checklist* (CBCL) con un 22,2% de presencia en los estudios. El resto de instrumentos que alcanzaron un 11,1% de presencia en los estudios, son:

Herramienta de evaluación de autolesiones no suicidas, calendario para los trastornos afectivos-presente (K-SADS-PL), *Children's Global Assessment Scale* (C-GAS), escala de intención suicida (SIS), subescala de pensamientos relacionados con autolesiones (EPCA-P), subescala de autolesión (EPCA-A), inventario de ansiedad de Beck (BAI), Test Sistema de evaluación en niños y adolescentes (SENA), escala manifestada en niños revisada (CMAS-R2), escala de estrategias de afrontamiento para adolescentes (ACS), inventario de pensamientos automáticos (IPA), *Mindful Attention Awareness Scale- Adolescent* (MAAS-A), *Deliberate Self-Harm Inventory* (DSHI-9), escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), *Child and Adolescent Mindfulness Measure* (CAMP), Inventario SH (revisado para adolescentes), cuestionario de estado de ánimo y sentimientos versión larga (MFQ), inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI), escala de nivel de emoción expresada para las relaciones más influyentes de una persona (LEE), *Mini-international Neuropsychiatric Interview* para niños y adolescentes (MINI-KID 6.0), autoinforme YSR, escala de estrés percibido (PSS-10), cuestionario de regulación de las emociones (ERQ), encuesta de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y encuesta de satisfacción familiar.

Dando continuidad a la presentación de resultados, y con el fin de lograr el acercamiento al objetivo de la presente revisión sistemática, se presenta la Tabla 2 para observar detalles de las intervenciones realizadas como el tipo de terapia, la modalidad de intervención, el número de sesiones y el tiempo utilizado.

Tabla 2. Características de las intervenciones

	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de terapia (n=5)	9 estudios	100%
Terapia Cognitivo Conductual (CBT)	4	44,4
Terapia Dialéctica Conductual (DBT)	2	22,2
DBT y CBT	1	11,1
CBT con <i>mindfulness</i>	1	11,1
Terapia Contextual Intensivo para Autolesiones (TIC)	1	11,1
Modalidad de terapia	9 estudios	100%
Grupal	6	66,6
Individual y multifamiliar	2	22,2
Individual	1	11,1
No. Sesiones	9 estudios	100%
6 sesiones	1	11,1
8 sesiones	1	11,1
12 sesiones	2	22,2
17 sesiones	1	11,1
18 sesiones	1	11,1
19 sesiones	1	11,1
individuales con grupales multifamiliares		
21 sesiones	1	11,1
24 sesiones	1	11,1
Tiempo	9 estudios	100%
3 meses	5	55,5
4 meses	3	33,3
6 meses	1	11,1

Como se muestra en la Tabla 2, entre los tratamientos eficaces para el abordaje de conductas autolesivas no suicidas en adolescentes, se encontraron un total de 5 propuestas de terapia: Terapia cognitivo conductual (CBT), terapia dialéctica

conductual (DBT), DBT con CBT, CBT con *mindfulness* y la terapia contextual intensivo para autolesiones (TIC), donde se identificó que la terapia cognitiva conductual (CBT) con un 44,4 % de participación en los estudios y la terapia dialéctica conductual (DBT) con un 22,2 % de presencia en las investigaciones, así como combinadas entre sí, son las de mayor propuesta en los estudios, mostrando altos grados de efectividad en la reducción de síntomas evaluados. De los de 9 artículos revisados, en 7 se reconoce la eficacia de dichos tratamientos.

Por otro lado, otros de los hallazgos importantes dentro de los estudios revisados, apuntan a que dos tratamientos mostraron su eficacia en la reducción de signos y síntomas en los adolescentes que presentaban conductas autolesivas no suicidas como lo son la terapia cognitiva conductual (CBT) con *mindfulness* y el tratamiento contextual intensivo para autolesiones (TIC), siendo los 4 objetivos centrales de las TIC el aumentar la frecuencia de la regulación emocional efectiva, la comunicación funcional dentro de la familia, la asistencia a la escuela u otras actividades programadas y el diseño de un plan que apunte claramente al mantenimiento de las habilidades y la acción requerida en caso de recaída.

Otro elemento para resaltar de las intervenciones analizadas en los estudios es la modalidad de terapia, siendo en un 66,6% grupal, un 22,2% individual – multifamiliar y un 11,1% únicamente individual. Estos programas fueron diseñados con sesiones definidas que van desde las 6 sesiones hasta las 24 sesiones, donde 2 estudios presentaron sus programas con 12 sesiones correspondiendo a un 22,2%. Y en relación

con el tiempo, las intervenciones abarcaron 3 meses en un 55,5%, 4 meses con un 33,3% y 6 meses con un 11,1%.

Así mismo, se considera importante resaltar el uso de técnicas que integran cada uno de los programas de intervención, las cuales se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Descripción de técnicas y estrategias de intervención

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Técnicas y estrategias	9 estudios	100%
Psicoeducación	9	100
CBT		
Reestructuración cognitiva	4	44,4
Rol-playing	4	44,4
Entrenamiento en solución de problemas	4	44,4
<i>Mindfulness</i> (atención plena)	3	33,3
Control de impulsos	2	22,2
Estrategias de afrontamiento	2	22,2
Entrenamiento en regulación emocional	1	11,1
Técnicas de respiración	1	11,1
Relajación progresiva de Jacobson	1	11,1
Diario de pensamientos	1	11,1
Intensión paradójica	1	11,1
Diario de emociones	1	11,1
Entrenamiento en discriminación emocional	1	11,1

DBT		
<i>Mindfulness</i> (atención plena y aceptación)	1	11,1
Entrenamiento en regulación emocional	1	11,1
Orientación telefónica	1	11,1
Hábitos de autocuidado	1	11,1
Auto verbalizaciones positivas	1	11,1
TIC		
Asistencia telefónica	1	11,1
Entrenamiento en regulación emocional	1	11,1
Entrenamiento en comunicación familiar	1	11,1
Técnica de entrevista motivacional	1	11,1
Activación conductual	1	11,1
Exposición	1	11,1
Habilidades de relación	1	11,1
Prevención de recaídas	1	11,1

Nota: En uno de los estudios no presentaron la descripción de las técnicas que integraban el programa de intervención.

Tal como muestra la Tabla 3, se puede observar que los programas de intervención estaban conformados por un grupo de estrategias y técnicas, siendo la psicoeducación la más común, estando presente en todos los tratamientos, seguida de esta técnica están las terapias cognitivo conductuales (CBT) combinada con *mindfulness* y DBT, resaltando que la reestructuración cognitiva, el *rol-playing* y el

entrenamiento en solución de problemas como las de mayor porcentaje (44,4%); las técnicas de atención plena, control de impulsos y entrenamiento en regulación emocional son importantes en el cuerpo de la intervención para la terapia CBT, DBT y la TIC; también aparece la orientación telefónica, la prevención de recaídas y algunas técnicas de conducta, como estrategias que fortalecen el proceso de intervención; cabe mencionar que todas y cada una de ellas aparecen combinadas entre sí, tanto en procesos de intervención individual como grupal, a paciente y familia.

Por último, a fin de destacar la efectividad de los tratamientos se organizan los resultados en tres categorías (cognitiva, emocional y conductual) con el fin de detallar el impacto de los tratamientos. A continuación, se muestran estas categorías en la Tabla 4.

Tabla 4. Categorización de la efectividad según signos y síntomas

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Cognitiva (n=6)		
Conocimiento de aspectos relacionados con la conducta autolesiva no suicida	9	100
Modificación de patrones de pensamientos disfuncionales	4	44,4
Reducción de la intensidad de los pensamientos autolesivos	2	22,2
Reducción ideación suicida	1	11,1
Percepción de no mejora de las críticas de las madres	1	11,1
Percepción de mejora de las críticas de los padres	1	11,1
Emocional (n=8)		
Reducción síntomas de depresión	5	55,5
Sentimientos de tristeza, pesimismo, fracaso, culpabilidad y castigo.		
Reducción síntomas de ansiedad	3	33,3
Mejor regulación emocional	3	33,3
- Se mantuvo la regulación emocional a los 6 meses del seguimiento		
Reducción síntomas de estrés	1	11,1
Reducción de desesperanza	1	11,1
Aumento de la satisfacción personal	1	11,1
Conductual (n=15)		
Reducción en la frecuencia de autolesiones	9	100
- 46% de reducción y un pequeño aumento a los 12 meses de seguimiento		
- 50% en el último mes del tratamiento		
Adherencia el tratamiento	2	22,2
Eliminación de las autolesiones no suicidas	1	11,1
Bajo nivel de deserción	1	11,1
Reducción en la severidad de las autolesiones	1	11,1
Mejor manejo en la solución de problemas	1	11,1
Aumento en el control de impulsos	1	11,1
Ausencia de intento de suicidio	1	11,1
Mayor grado de ajuste escolar	1	11,1
Disminución en el número de días de hospitalización	1	11,1
Reducción de niveles de estrés y ansiedad en padres	1	11,1
Mejores habilidades de afrontamiento	1	11,1
Reducción en la asistencia a los servicios de salud	1	11,1
Disminución de intentos de suicidio	1	11,1
Mejor en las habilidades comunicativas	1	11,1

Como se puede observar en la Tabla 4, se organizaron los signos y síntomas en tres categorías, aquellos que corresponden al componente cognitivo, seguido del emocional y finalizando con el conductual. Es así que en relación con la **categoría**

cognitiva sobresale el conocimiento adquirido frente a los diferentes aspectos relacionados con las conductas autolesivas no suicidas, siendo este el beneficio adquirido por todos los participantes en sus diferentes investigaciones, en un 44,4% se

alcanzó la modificación de patrones de pensamientos disfuncionales o distorsionados, en un 22,2% se redujo la intensidad de los pensamientos autolesivos, en cuanto a la ideación suicida se evidencia una reducción significativa en un 11,1%. Cabe mencionar que en las investigaciones donde incluyeron a los padres como parte de los programas de intervención los adolescentes refieren en un 11,1% la percepción de no mejora de las críticas de las madres, pero si un cambio en la expresión de críticas de los padres.

Otro de los hallazgos que se encontraron en el análisis de resultados está en la **categoría emocional**, donde se pudo determinar que el 55,5% corresponde a la reducción significativa de síntomas depresivos, seguido de los síntomas de ansiedad con un 33,3%, mejora en la regulación emocional con un 33,3% y reducción de síntomas de estrés, desesperanza con un 11,1%. Así como el aumento de la satisfacción personal con un 11,1%

Para finalizar la presentación de los resultados se analiza la **categoría conductual** donde satisfactoriamente se lograron la mayor parte de alcances de las intervenciones, ya que se redujo la frecuencia de las autolesiones no suicidas de una manera significativa en todas las investigaciones, y en una de ellas se logró la eliminación de dichas conductas, mostrando de esta manera la efectividad del tratamiento planteado. También se identificaron algunos programas que permitieron a la población una mejor adherencia al tratamiento, adquisición de estrategias en la solución de problemas, mejor ajuste escolar, habilidades de afrontamiento y habilidades comunicativas. De la misma manera, se logró la reducción en la severidad de las autolesiones, disminución de los intentos

suicidas y para los estudios donde incluyeron a las familias, estos refieren reducción en los niveles de estrés y ansiedad.

Es así, como que al revisar todos los elementos que integran los resultados de las diferentes intervenciones que se puede asegurar que la CBT y la DBT son de alta efectividad e impacto en los signos y síntomas de adolescentes con conductas autolesivas, dejando un mayor impacto, si estas se combinan entre sí. Sin dejar de lado la importancia de *mindfulness* y las TIC.

Discusión y conclusiones

Según Mosquera (2008) en su libro *Autolesión lenguaje del dolor*, hace referencia a las personas que se autolesionan como estrategia de afrontamiento y como medida compensatoria, dejando claro que una autoagresión es una forma de manejar y tolerar las emociones, que pueden surgir de una forma impulsiva e inesperada, pero también puede ser premeditada y planificada, siendo la consecuencia de un aprendizaje que se va reforzando y se hace automático con el tiempo. Es por esto que la conducta autolesiva no suicida puede ser considerada una manifestación dentro de un estado de crisis en sujetos que pueden estar experimentando un malestar altamente significativo que puede, además, estar relacionado o no con trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno límite de la personalidad, trastorno en el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.

Es por este tipo de comportamientos, que surgen propuestas de intervenciones psicológicas para el abordaje de conductas autolesivas no suicidas, muchas de estos planteamientos de intervención fueron establecidas desde una estructura de psicoterapia breve y otras a largo plazo, además de ser esbozados desde diferentes

modelos psicológicos, entre los más conocidos, y con evidencia científica, están las estrategias y técnicas de intervención basadas en la terapia psicodinámica y las terapias cognitivo conductuales con una amplia gama de técnicas desde sus tres generaciones (terapias de conducta, terapias cognitivo conductuales y terapias contextuales).

Si bien es cierto, no se encontraron guías de prácticas clínicas (GPC) específicamente para la conducta autolesiva no suicida, se detectaron aportaciones muy significativas en la *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* (Sistema Nacional de Salud, 2020) donde incluye la autolesión no suicida como un factor de riesgo suicida, y la *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad TLP* (Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, 2011), siendo en esta última guía donde se plantean una gran variedad de propuestas terapéuticas con evidencia científica revisadas por Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE), como estrategias de intervención para paciente con trastornos límite de la personalidad, que es efectivo para la reducción de las conductas de autolesión no suicidas, entre estas estrategias de tratamientos las más recomendadas y con evidencia científica suficiente son: Terapia cognitiva centrada en esquemas, terapia dialéctico conductual y la terapia basada en la mentalización; la *Guía de práctica clínica para el trastorno límite de personalidad* asegura que estas líneas de intervención ayudan a mejorar la sintomatología del TLP, así como la recuperación clínica y la calidad de vida muestran, además, una reducción de la frecuencia de intentos de suicidio, ideas suicidas y nivel de depresión, y disminuir la probabilidad de abandono de la terapia y de ingreso psiquiátrico, y en el caso de la terapia

basada en la mentalización ayuda a “conseguir mayor adherencia al tratamiento, mejoría del curso clínico, disminución de intentos autolíticos y autolesivos, reducción de las hospitalizaciones y mejora de la función social, laboral e interpersonal” (Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, 2011, p. 128). La GPC asegura que la efectividad de estas propuestas terapéuticas se incrementa integrando psicoeducación para la familia, rehabilitación funcional e integración laboral, así como tratamiento psicofarmacológico.

Una vez se obtienen los resultados de la revisión sistemática mediante la búsqueda de evidencia científica durante el período de tiempo que va desde el 2010 a hasta el 2022, se pudo encontrar que la terapia dialéctica conductual es una de las más recomendadas y con un nivel de efectividad en adolescentes, así como lo menciona la *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de personalidad*, cabe mencionar que en el período de tiempo propuesto para la revisión sistemática no se encontró la terapia cognitiva centrada en esquemas como una propuesta de intervención para la conducta autolesiva, en cambio, la terapia cognitiva conductual mostró ser parte de programas de intervención para la reducción de las autolesiones en los adolescentes, posiblemente esta última estrategia de intervención no cuenta con suficiente evidencia científica para TLP, pero sí para la autolesión no suicida y diversos aspectos cognitivos y emocionales relacionados con esta conducta.

Referencias

Cañón, S. C., Castaño, J. J., Garzón, K. N., Orrego, M. F., Vásquez, J. D., Peña, D. A. et al. (2021). Frecuencia de conductas autolesivas y factores asociados en adolescentes escolarizados. Arch Med

(Manizales), 21(2), 403-415. DOI:
<https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.4097.2021>

Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. (2011). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/810/guia_practica_clinica_trastorno_limite_personalidad_2011?sequence=1&isAllowed=y

Díaz, J. D., Chacón, V., y Ronda, F. J. (2016). El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia. Modelos de Formulación. Enfermería Global, 15(3), 431-438.

Moreno, B., Muñoz, M., Cuéllar, J., Domancic, S. y Villanueva, J. (2018). Revisiones sistemáticas: Definición y nociones básicas. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral, 11(3), 184-186. DOI:
<https://doi.org/10.4067/s0719-01072018000300184>

Mosquera, D. (2008). La autolesión: El lenguaje del dolor. Pléyades.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2020). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, Galicia.

Ulloa, R., Contreras C., Paniagua K. y Figueroa, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 36(5), 417-420.

Zaragozano, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: Una conducta emergente. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria, 47, 37-45.

