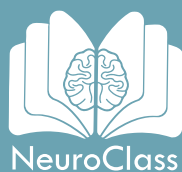




AUTOLESIONES

Estrategias de abordaje en la adolescencia



AUTOLESIONES

Estrategias de abordaje en la adolescencia

Este documento es un resumen que recoge los
apuntes y contenidos académicos del curso *online*
Autolesiones: Estrategias de abordaje en la adolescencia.

Objetivos:

1. Comprender las conductas de autolesión [CAL] a partir de examinar el concepto, tipos, prevalencia, y factores de riesgo y protección relacionados con las autolesiones, y desmitificar ideas erróneas a través de la discusión de mitos y realidades.
2. Analizar factores sociales, psicológicos, fisiológicos e individuales que influyen en las autolesiones, destacando su posible conexión con trastornos mentales y la importancia del diagnóstico diferencial.
3. Desarrollar habilidades de detección al utilizar métodos y herramientas de evaluación para identificar conductas de autolesión, analizar factores de riesgo y protección, y recomendaciones para una adecuada evaluación en adolescentes.
4. Conocer estrategias de intervención y tratamiento mediante la exploración de los principios básicos de la atención primaria, manejo clínico, y enfoques terapéuticos, así como la regulación emocional, gestión de emociones, y psicoeducación como parte del tratamiento integral..
5. Implementar medidas de apoyo en ámbitos escolar y familiar tras la revisión de estrategias de prevención y abordaje de autolesiones en el entorno escolar y familiar, mediante educación, sensibilización, apoyo psicosocial, y creación de un ambiente seguro, discutiendo roles y recursos disponibles.

Disertante:



Lic. Mag. Belén González Larrea

Doctora en Educación y Máster en Pedagogía social por la Universidad de Salamanca, Psicóloga Educativa por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador [PUCE]. Diplomada en Inteligencia Emocional y Neurosicoeducadora [AEducAR - UBA]. Docente colaboradora en Universidad de la Rioja [UNIR], Co- Fundadora en NeuroClass.

Índice

MÓDULO I

Introducción a las autolesiones en la adolescencia	1
1.1. Introducción	2
1.2. Adolescencia	2
1.3. Definición de autolesiones	3
1.3.1. Autolesiones y suicidio	4
1.3.2. Autolesiones no suicidas [ANS]	4
1.3.3. Tipos de conductas de autolesión [CAL]	5
1.4. Prevalencia	5
1.5. Pronóstico	6
1.6. Factores de riesgo	6
1.7. Factores de protección	7
1.8. Mitos y realidades sobre las autolesiones	8

MÓDULO II

Factores implicados, detección y diagnóstico	10
2.1. Emociones asociadas a las autolesiones	11
2.2. Trastornos mentales y su relación con las autolesiones	11
2.3. Diagnóstico diferencial	12
2.4. Trastorno de conducta autolesiva según el DSM-5	13
2.4.1. Criterios diagnósticos	13
2.4.2. Debate actual	14
2.5. Estrategias de afrontamiento inadecuadas	14
2.5.1. Apunte: ¿Es la autolesión adictiva?	15
2.6. Factores sociales y ambientales: Influencia de la familia y el entorno social	16
2.7. Presión escolar y social	16
2.7.1. ¿Contagio social?	17

2.8. <i>Bullying</i> y ciberacoso como factores desencadenantes	17
2.9. Detección e importancia de diagnóstico diferencial	18
2.10. Recomendaciones generales	18
2.11. Análisis de factores de riesgo y protectores	19
2.12. Métodos y herramientas de evaluación	20

MÓDULO III

Intervención y tratamiento22

3.1. Atención primaria	23
3.1.1. Apunte: Primeros auxilios psicológicos para el adolescente ...	24
3.1.2. Principios básicos de la atención primaria	25
3.1.3. Evaluación de la presencia de ideación suicida o intencionalidad suicida	26
3.1.4. Manejo clínico de los pacientes en atención primaria (AP)	27
3.1.5. Servicios de salud mental	28
3.2. Derivación de un tratamiento psicológico	29
3.2.1. ¿Cuál es el objetivo del tratamiento psicológico? 29	
3.2.2. Enfoques terapéuticos más utilizados 29	
3.2.3. Apunte: ¿Qué hay de la medicación? 30	
3.3. Enfoque psicosocial 31	
3.4. Gestión de las emociones	33
3.4.1. Regulación emocional	33
3.4.1.1. Apunte: Estudios sobre fisiología de las emociones y las CAL	34
3.4.2. Estrategias de gestión emocional	34
3.4.3. La ansiedad, un factor a considerar	36
3.5. Psicoeducación	37
3.5.1. ¿Qué objetivos busca alcanzar la psicoeducación en las autolesiones?	37
3.5.2. Aspectos a abordar desde la psicoeducación	38

MÓDULO IV

Prevención y abordaje en el ámbito familiar y educativo39

4.1. Prevención en el ámbito escolar y el hogar	40
4.1.1. Educación y sensibilización	40
4.1.2. Apoyo psicosocial	40
4.1.3. Un ambiente seguro	40
4.1.4. Capacitación del personal educativo	41
4.1.5. Implicación de la comunidad y la familia	41
4.1.6. Evaluación y monitoreo	41
4.2. Intervención a nivel educativo	42
4.3. Papel de la familia y la comunidad en la recuperación	46
4.4. Recursos para abordar las autolesiones	47
4.5. Reflexión final	47

Referencias bibliográficas48

MÓDULO I

Introducción a las autolesiones
en la adolescencia

1.1. Introducción

Las autolesiones en la adolescencia es un tema de creciente relevancia y preocupación en la sociedad actual, **afecta a un número significativo de jóvenes en todo el mundo**. Definidas como cualquier comportamiento intencional que cause daño físico a uno mismo, representan una forma alarmante de afrontamiento para muchos adolescentes que enfrentan emociones y situaciones abrumadoras.

Durante la **adolescencia, una etapa de intenso cambio y desarrollo, los jóvenes se encuentran particularmente vulnerables a una variedad de desafíos emocionales y psicológicos**. La transición de la niñez a la edad adulta implica no solo cambios físicos y hormonales, sino también una creciente presión académica, social y personal. Estos factores pueden contribuir a la aparición de conductas de autolesión [CAL] como una forma de gestionar el dolor emocional, la ansiedad, la depresión y otros sentimientos difíciles. Lo veremos a lo largo del curso.

Así, el propósito de este curso es **proporcionar una comprensión integral y matizada de las autolesiones en adolescentes**. Exploraremos las causas subyacentes, los factores de riesgo y las señales de alerta de su presencia. Además, discutiremos las estrategias de intervención y prevención más efectivas, centrándonos en enfoques terapéuticos y psicoeducativos que pueden ayudar a los adolescentes a desarrollar habilidades saludables para enfrentar sus problemas.

A lo largo de este curso, se destacará la importancia de un enfoque compasivo y bien informado por parte de la familia, educadores y profesionales de la salud mental. **Entender las motivaciones detrás de las autolesiones y cómo abordar este comportamiento de manera constructiva es crucial para apoyar a los adolescentes en su camino hacia el bienestar**. Veamos más a continuación.

1.2. Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud [OMS], aborda en su guía "Desarrollo en la adolescencia" [s. f.], a la adolescencia como un período que abarca desde los 10 hasta los 19 años de edad, situado entre la niñez y la adultez. Destacan que esta fase es fundamental en el desarrollo humano, ya que implica una serie de **transformaciones a nivel fisiológico, físico, emocional, psicológico, cognitivo y social**, entre otros aspectos. Estos cambios, principalmente biológicos al inicio de la pubertad, tendrán repercusiones significativas en distintos aspectos de la vida.

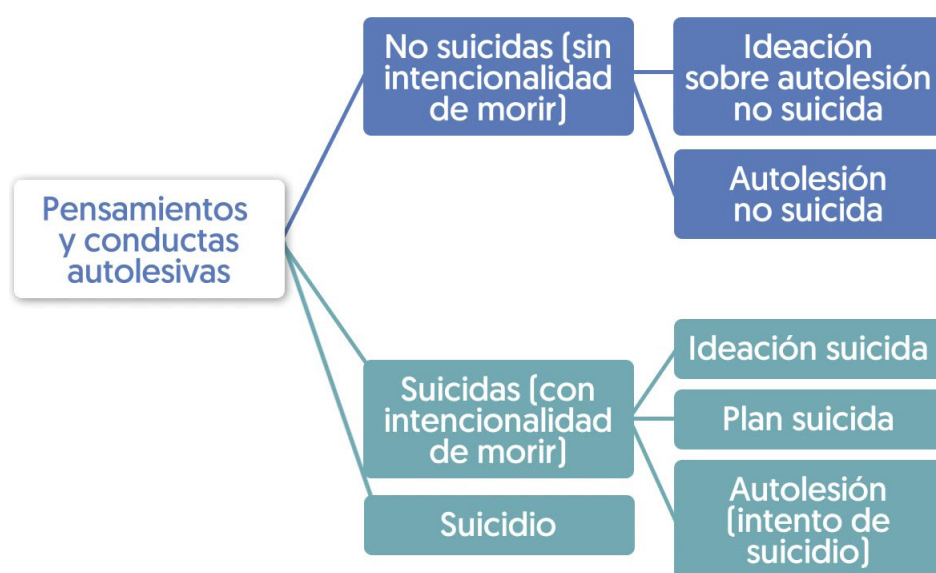
De hecho, estas características inherentes a la adolescencia la convierten en un **período de gran vulnerabilidad**. Los múltiples cambios que experimentan, junto con la necesidad de establecer un proyecto de vida, adaptarse a su entorno y formar parte de un grupo que promueva el desarrollo de su identidad, contribuyen inevitablemente a generar cierto nivel de angustia.

Cuando la búsqueda de identidad se ve obstaculizada por falta de apoyo o problemas sin solución aparente, es común que los adolescentes recurran a diversas formas de afrontar el dolor, no siempre de manera adecuada.

Después de lo que hemos visto en la introducción y con este apartado como preámbulo, ahora sí, profundicemos en comprender lo que implica una conducta de autolesión.

1.3. Definición de autolesiones

Las conductas de autolesión [CAL] se refieren a **aquellas acciones intencionales en las que una persona se infringe daño directo en la superficie corporal, abarcando desde autolesiones no suicidas hasta comportamientos suicidas y el acto mismo de suicidarse** [Ministerio de Sanidad Español, 2022; Ferreiro et al., 2023; Ospina Gutiérrez et al., 2019].



Por tal motivo, será fundamental que las CAL puedan **distinguirse principalmente según su intención suicida, así como por varios factores como la gravedad, frecuencia, función, método empleado, estado emocional y trastornos mentales relacionados**.

Siguiendo esta línea, es crucial para el enfoque clínico **diferenciar entre la autolesión no suicida y aquellas con algún grado de intento suicida**, para orientar las decisiones terapéuticas. Sin embargo, es importante reconocer que esta distinción puede ser complicada, ya que en algunos adolescentes ambas formas de autolesión pueden coexistir. Veremos más a lo largo del curso.

1.3.1. Autolesiones y suicidio

Como veremos más adelante, y aun compartiendo ciertos factores de riesgo, **el suicidio y las conductas de autolesión son dos entidades distintas**. En el primer caso, se busca la muerte de la persona y, en el segundo caso, hay una búsqueda de una compensación emocional frente a la presencia de estímulos negativos.

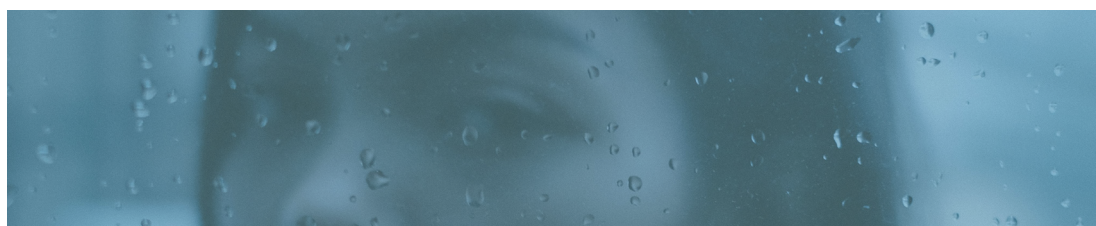
En ese sentido, **una persona que presenta CAL puede no tener, necesariamente, un deseo suicida**. Precisamente por este motivo es que conviene hacer una clara diferenciación e intervención oportuna en atención primaria para la **identificación y el diagnóstico oportuno de las mismas, cara a disminuir el impacto psicosocial del suicidio** [Ospina Gutiérrez et al., 2019].

1.3.2. Autolesiones no suicidas (ANS)

Como su nombre indica, en este caso, este tipo de autolesión **no tiene la intención de causar la muerte**. Como veremos más adelante, las causas son diversas, en general, son conductas complejas que tienen varios factores que pueden influir en su aparición. Según los autores Saíz et al. [2022], cuando hablamos del nivel de gravedad, podríamos referirnos a **autolesiones leves, moderadas o graves**.

De igual manera, **es necesario analizar si el daño es producido de forma indirecta o no**. Esto es, cuando existen conductas nocivas contra la integridad propia (por ejemplo, la drogadicción), con el objetivo de evadirse o buscar placer, indican dichos autores. Siguiendo esta línea, ambos mecanismos tendrían en común el ser formas de modificar factores cognitivos o afectivos, causan daño y pueden relacionarse con otros trastornos mentales.

Así pues, **las ANS suelen ser conductas más frecuentes en la adolescencia y en la juventud temprana (adultos jóvenes)**, teniendo, entre otros motivos, aumentar el soporte social, minimizar situaciones de estrés o malestar, o modificar estados afectivos/cognitivos [Saíz et al. 2022].



1.3.3. Tipos de conductas de autolesión (CAL)

La autora Sánchez Sánchez cita en su estudio a Favazza (1989, 1998) quien clasifica a las conductas autolesivas (CAL) en cuatro grupos principales según el tipo de lesión:

- **CAL mayores:** Incluyen acciones como castraciones, amputaciones y enucleación.
- **CAL estereotípicas:** Abarcan comportamientos repetitivos como mericismo, mordeduras y golpes contra superficies duras.
- **CAL compulsivas:** Se refieren a acciones como escoriaciones, tatuajes reiterados y exfoliaciones.
- **CAL impulsivas:** Comprenden acciones como cortes en la piel, quemaduras y golpes.

Dicha autora también apunta a términos como *cutting* y *burning*, y cómo se utilizan específicamente para referirse a ciertas prácticas autolesivas, sugiriendo una especie de denominación propia que puede relacionarse con la customización del cuerpo o incluso con prácticas deportivas extremas como el *surf* o el *puenting*.

Además de estas formas más visibles de autolesión, también se mencionan acciones menos evidentes como las cachetadas, la precipitación desde alturas y los pellizcos, ya sea con la mano o utilizando herramientas como pinzas o llaves, que también son frecuentes en este contexto.

1.4. Prevalencia

A nivel mundial, la incidencia de autolesiones ha aumentado, **convirtiéndose en un problema de salud pública persistente desde las últimas décadas entre adolescentes y adultos jóvenes.**

Los autores Ferreiro et al. (2023) indican que, en las décadas de 1980 y 1990, este fenómeno era poco común, con una prevalencia del 0,4% y se asociaba principalmente a trastornos mentales graves y a personas en prisión o instituciones. Sin embargo, hoy en día, aunque sigue siendo más frecuente en estas poblaciones, **cada vez es más común entre adolescentes y jóvenes en general, con una prevalencia actual del 11%-19%.**

Es complejo tener cifras claras debido a que existe una gran variabilidad en los datos epidemiológicos debido a la **falta de homogeneidad en las muestras, métodos de recolección de datos y períodos analizados.**

Como veremos más adelante, la adolescencia es el período más común para la aparición de autolesiones, con inicio **entre los 12 y 16 años**, siendo poco común que tengan apariciones después de los 30 años.

Por otro lado, en la infancia, las autolesiones son infrecuentes y se asocian principalmente con esquizofrenia, síndrome de Gilles de la Tourette o formas graves de retraso mental o autismo. **No se conocen datos específicos de incidencia en menores de 12 años**, pero entre el 5,1% y el 24% de quienes se autolesionan reportan haber comenzado antes de los 11 años.

En cuanto al género, **las mujeres tienen una mayor historia de autolesiones que los hombres**, con diferencias en los métodos utilizados: las adolescentes mujeres tienden a usar métodos que implican ver sangre [como cortarse o ras-carse], mientras que los varones prefieren golpearse o quemarse.

1.5. Pronóstico

Como hemos visto, las autolesiones suelen comenzar en la adolescencia, entre los 12 y 16 años, y están **asociadas con la impulsividad y la alta reactividad emocional** características de esta etapa del desarrollo cerebral. Según autores como Saíz et al. [2022], **el curso de las autolesiones varía según los casos**: algunas son esporádicas, mientras que otras son recurrentes, ocurriendo en aproximadamente el 63% de los casos.

La recurrencia se relaciona con una peor regulación emocional, dificultades interpersonales como la sensibilidad al rechazo, y un estilo atribucional negativo que persiste incluso cuando cesa la conducta. Finalmente, otros estudios afirman que dependerá de la posibilidad de que sea el inicio de un trastorno mental como el TLP.

1.6. Factores de riesgo

Según el portal de Salud Mental 360, promovido por el Instituto San Joan Déu [2024], hay algunos factores de riesgo que pueden hacer que ciertos grupos etarios sean más propensos a provocarse autolesiones.

Retomando puntos anteriores, uno de los factores de riesgo para las conductas autolesivas es **la adolescencia en sí misma**. Pues, como hemos visto, hay una mayor frecuencia de aparición entre los 12 y los 16 años, una etapa especialmente vulnerable.

Además de la adolescencia, estos autores indican que existen otros factores de riesgo específicos para las CAL, tales como:

- Tener **un historial previo** de autolesiones.
- Poseer **rasgos de personalidad inestables**, con alta reactividad emocional, inestabilidad afectiva, y una excesiva necesidad de aprobación o admiración.
- Sentimientos de **desesperanza**.
- **El género**, pues algunos estudios indican que las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de autolesionarse, independientemente de la edad.
- **Experiencias interpersonales adversas**. Algunos estudios sugieren un alto riesgo en personas que han sufrido abuso sexual, negligencia parental, acoso escolar o maltrato, aunque no significa que estas experiencias sean la causa directa de la autolesión.
- **Aprendizaje social e imitación**. Ver estas conductas en la escuela, en la televisión o en las redes sociales puede aumentar el riesgo.
- **Frecuencia y variedad de métodos de autolesión**. Las autolesiones frecuentes y con distintos métodos son predictores de la repetición de estas conductas en el año siguiente a su inicio.

1.7. Factores de protección

Como hemos visto, las conductas de autolesión son un fenómeno complejo per sé. **No existe un único motivo que explique el por qué suceden**. No obstante, **existen algunos factores que pueden minimizar la probabilidad de que estas conductas se produzcan**. A esto lo denominamos como factores protectores. A continuación, revisamos algunas de las más relevantes:

- **Red de apoyo**: Mantener relaciones saludables y constructivas con amigos y familiares proporciona un soporte emocional vital. Los adolescentes que sienten que tienen un grupo de apoyo y pueden compartir sus problemas y preocupaciones con personas de confianza son menos propensos a recurrir a la autolesión como forma de manejar sus emociones.
- **Sentimientos de autoeficacia**: Creer en la propia capacidad para superar obstáculos y manejar emociones difíciles es crucial. Los adolescentes que confían en sus habilidades para enfrentar los problemas de la vida diaria tienden a buscar soluciones más adaptativas y menos dañinas.

- **Resiliencia:** La habilidad para adaptarse y recuperarse frente a situaciones difíciles es un factor protector significativo. Los adolescentes resilientes pueden recuperarse de las adversidades sin recurrir a la autolesión, utilizando estrategias de afrontamiento saludables.
- **Ambiente estable y seguro:** Crecer en un entorno que brinde seguridad y estabilidad también es crucial. Un ambiente doméstico seguro, donde los adolescentes se sientan protegidos y apoyados, reduce el riesgo de autolesión. Las familias que promueven una comunicación abierta y honesta pueden ayudar a sus hijos a expresar sus emociones y buscar ayuda cuando la necesiten.

Además de estos factores, es importante considerar el papel de la educación y la psicoeducación en la prevención de la autolesión. Lo veremos más adelante. Por otro lado, fomentar un sentido de propósito y metas claras también puede servir como un factor protector. **Los adolescentes que tienen aspiraciones y objetivos bien definidos son menos propensos a involucrarse en conductas destructivas**, ya que están enfocados en alcanzar sus metas y ven un futuro prometedor.

1.8. Mitos y realidades sobre las autolesiones

A pesar de que este tema es de una preocupación actual importante, no deja de ser un tema complejo de abordar y que, en muchas ocasiones, trae consigo una gran cantidad de desinformación. Por lo tanto, a continuación, revisaremos algunos de los mitos más comunes con respecto al tema [Sociedad Internacional de Autolesión, 2017; López et al., 2023].

MITO	REALIDAD
“Solo los adolescentes se autolesionan”	Pueden existir casos de conductas de autolesión en la edad adulta y, aunque no es tan frecuente, en niños y niñas.
“La persona que se autolesiona necesita ser internada”	Cada caso es distinto y no puede generalizarse una solución para todos y todas las personas.
“Solo lo hacen para llamar la atención”	No es conveniente banalizar los motivos. Las autolesiones pueden ser también llamados de auxilio o ayuda.

“Es una estrategia de manipulación”	Hay varias teorías que explican el por qué se producen, referirnos solo a la manipulación sería un argumento reduccionista e insuficiente para especular los motivos detrás de ello.
“Solo las personas que presentan enfermedades mentales se autolesionan”	No. El factor de los trastornos mentales no es exclusivo ni está siempre presente en estas.
“Las autolesiones solo se producen a través de cortes”	En realidad, este es un tipo de conducta de autolesión, pero hay muchos tipos y formas de infringirse daño.
“Si las lesiones son pequeñas, no hay de qué preocuparse”	El tamaño de la lesión o herida no debe tomarse a la ligera, pues es una señal de malestar al que hay que poner atención.
“No se puede ayudar a una persona que se autolesiona, es su decisión”	Sí se puede ayudar. Lo veremos a lo largo del curso.



MÓDULO II

Factores implicados, detección y diagnóstico

2.1. Emociones asociadas a las autolesiones

Hay varios autores que apuntan al hecho de que, la presencia de conductas de autolesión está fuertemente vinculadas a una incapacidad de gestionar adecuadamente las propias emociones. Es decir, las personas que se autolesionan tienen dificultades para regular sus emociones (como rabia, frustración, vergüenza o vacío) de manera saludable y efectiva, por lo que recurren a estas conductas como **una forma de manejar, reducir o escapar temporalmente de sus emociones y obtener un "alivio" momentáneo**. Sobre este tema profundizaremos más adelante.

Este "alivio" puede ser explicado desde un punto de vista **fisiológico**. Cuando el cuerpo humano experimenta una lesión, **el cerebro libera endorfinas**, sustancias químicas que actúan como analgésicos naturales para reducir el dolor. Esta liberación rápida de endorfinas puede generar una sensación de calma y aliviar el dolor emocional, **transformándolo en dolor físico, que puede ser más manejable**.

No obstante, indicar que las CAL se relacionan exclusivamente a una desregulación emocional sería algo muy reduccionista, pues detrás de esta gestión inadecuada, pueden existir varios problemas que no se perciben fácilmente. Como lo indica Silva (2024), puede existir la presencia de situaciones como:

- Baja autoestima
- Altos niveles de impulsividad
- Ansiedad
- Depresión
- Tristeza
- Conflictos a nivel familiar
- Situaciones de abuso sexual

Por tanto, conviene analizar también otro tipo de factores que pueden ser detonantes en este tipo de conductas.

2.2. Trastornos mentales y su relación con las autolesiones

Cuando hablamos de conductas de autolesión, pueden existir ciertas comorbilidades que acentúan la posibilidad de que estas se produzcan. Uno de los principales desafíos que tenemos los profesionales de la psicología es identificar la posible relación de estas conductas con un trastorno de salud mental.

AUTOLESIONES Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Como expone Sánchez Sánchez [2018], dichas conductas pueden coexistir o alternarse en el tiempo, ya sea afectando al cuerpo internamente (como en la bulimia o anorexia) o externamente, en la piel con autolesiones. Cerca del 50% de las chicas y el 33% de los chicos muestran ambas prácticas, y es posible que la autolesión o la restricción alimentaria puedan iniciar este ciclo, aunque, también indica que, quienes comienzan con CAL y luego desarrollan TCA suelen tener una mayor gravedad en su evolución.

Esto puede tener su explicación debido a que la lesión del propio cuerpo puede distorsionar la imagen de sí mismo, por lo que hay una percepción más deteriorada que podría desencadenar un trastorno de este tipo.

AUTOLESIONES Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)

Siguiendo esta línea, la autora también destaca que la mayoría de los jóvenes que posteriormente son diagnosticados con TLP han tenido conductas de autolesión durante la adolescencia e incluso la infancia. Este fenómeno se relaciona con la impulsividad, la inestabilidad emocional y la falta de apoyo familiar y social.

Además, se han identificado otros factores de riesgo como los vínculos de apego desorganizado, abusos físicos o sexuales, consumo de sustancias y sentimientos de soledad o incompreensión por parte de los pares. La coincidencia de ambas patologías sugiere que las conductas de autolesión pueden ser un síntoma temprano del TLP y un indicador crucial para la prevención de este trastorno.

2.3. Diagnóstico diferencial

Según el DSM-5, es necesario hacer una diferenciación de las ANS con ciertos trastornos que pueden estar relacionados, pero que no pueden diagnosticarse así. Los mencionamos a continuación:

- **Trastorno de comportamiento suicida:** Se distingue por el objetivo del comportamiento, siendo el deseo de morir el factor principal en este trastorno, mientras que, en la autolesión no suicida, el objetivo es experimentar alivio.
- **Tricotilomanía:** Un trastorno donde la persona se arranca el cabello, se limita a este tipo de comportamiento dañino, generalmente enfocado en áreas como el cuero cabelludo, las cejas o las pestañas.
- **Autolesión estereotipada:** Implica acciones como golpearse la cabeza, morderse o golpearse, y suele estar asociada con una concentración intensa o situaciones de poca estimulación externa. Este comportamiento puede relacionarse con trastornos del neurodesarrollo, siendo común en personas con trastorno del espectro autista.

- **Trastorno de excoriación:** Involucra dañar la piel en áreas que el individuo considera antiestéticas o manchas, especialmente en la cara o el cuero cabelludo. Este comportamiento a menudo está precedido por una sensación de ansiedad y se experimenta como placentero, a pesar de ser consciente de que se está causando daño. No está asociado con el uso de instrumentos específicos.

2.4. Trastorno de conducta autolesiva según el DSM-5

El DSM-5 define el trastorno de conducta autolesiva (NSSI por sus siglas en inglés) como un comportamiento repetitivo y no suicida de autolesión que causa daño físico intencional. Este comportamiento está asociado con un malestar clínicamente significativo o una disfunción en áreas importantes del funcionamiento personal, social o académico.

Se caracteriza por la dificultad persistente para controlar o detener el comportamiento autolesivo y puede manifestarse de diversas formas, incluyendo cortar, quemar, rascarse hasta sangrar, arrancarse el pelo, entre otros. Además, este trastorno puede coexistir con otros trastornos mentales como trastornos del estado de ánimo, ansiedad, personalidad o abuso de sustancias.

2.4.1. Criterios diagnósticos

El DSM-5 incluye el Trastorno de Autolesión No Suicida en la Sección III bajo "Afecciones que necesitan más estudio". Los criterios para el diagnóstico son los siguientes:

A. En el último año, el individuo se ha causado daños intencionados en la superficie de su cuerpo durante al menos 5 días, de una manera que probablemente induzca sangrado, contusión o dolor, sin intención suicida.

B. El comportamiento autolesivo debe estar asociado con al menos dos de los siguientes:

- Precipitante psicológico: Dificultades interpersonales o sentimientos/pensamientos negativos (depresión, ansiedad, tensión, etc.) inmediatamente antes del acto.
- Impulso: Preocupación por el comportamiento previsto difícil de resistir antes de realizar el acto.
- Preocupación: Pensar frecuentemente en autolesionarse, incluso sin actuar en consecuencia.
- Respuesta contingente: Expectativa de que la actividad aliviará una dificultad interpersonal o inducirá un estado positivo durante o después del acto.

C. La autolesión intencionada debe estar asociada a:

- Dificultades interpersonales o sentimientos/pensamientos negativos inmediatos al acto.
- Preocupación difícil de controlar por el comportamiento previsto antes del acto.
- Pensar frecuentemente en la autolesión, incluso sin actuar.

D. El comportamiento no debe estar socialmente sancionado (piercings, tatuajes, rituales) y no se debe restringir a comportamientos como rascarse una costra o morderse las uñas.

E. El comportamiento o sus consecuencias deben provocar malestar o interferencias clínicamente significativas en el funcionamiento interpersonal, académico u otras áreas importantes.

F. El comportamiento no debe ocurrir exclusivamente durante episodios psicóticos, delirio, intoxicación o retirada de sustancias, ni ser parte de un patrón de estereotipias repetitivas en trastornos del neurodesarrollo.

2.4.2. Debate actual

A pesar de la investigación, aún existe un debate sobre la inclusión de las autolesiones no suicidas como un trastorno independiente en el DSM-5. Este debate ha llevado a nuevas investigaciones que podrían mejorar significativamente el conocimiento sobre la etiología, fenomenología y tratamiento de este comportamiento.



2.5. Estrategias de afrontamiento inadecuadas

Algunos autores como Zaragozano [2017] adjudican la presencia de autolesiones como estrategias de afrontamiento inadecuadas. Así, se ha planteado la idea de que **el dolor físico resultante de las autolesiones puede tomar prioridad sobre otras sensaciones, deteniendo los pensamientos y sentimientos negativos**. Cuando una persona experimenta pensamientos negativos constantes, ansiedad o depresión, puede autolesionarse no solo por el malestar que estos provocan, sino también para bloquear temporalmente dichos pensamientos. Esta acción actúa como **una forma de control emocional, funcionando como una válvula que libera la tensión emocional acumulada**.

Siguiendo esta línea, este autor indica que estos comportamientos pueden surgir de la necesidad de **controlar algo cuando no se puede controlar el entorno o a los demás**. La persona puede enfocarse en controlar su propio cuerpo como una forma de **ejercer control**. Además, los sentimientos de **vacío crónico** pueden llevar a la autolesión, ya que la persona puede buscar sentir algo, aunque sea dolor, para contrarrestar la sensación de vacío y hacerla sentir "viva".

De igual manera, se ha abordado a la presencia de CAL como una forma de "castigo". Como resultado, una **baja autoestima y sentimientos de culpabilidad** pueden llevar a la persona a pensar que es "mala" y merece un castigo. Estos sentimientos a menudo reflejan odio, rechazo o **disgusto hacia uno mismo**.

Como podemos ver, este fenómeno es complejo y multifactorial, sigamos, en nuestro siguiente módulo, analizando otros factores involucrados.

2.5.1. Apunte: ¿Es la autolesión adictiva?

Algunos investigadores sugieren que la autolesión **puede tener cualidades adictivas y servir como una forma de automedicación para algunos individuos**. De hecho, en estudios con estudiantes universitarios, aproximadamente un tercio de aquellos que se autolesionan con regularidad afirman tener dificultades para controlar su impulso de autolesionarse. Las entrevistas realizadas en proyectos relacionados con este tema muestran que muchas personas describen tanto el efecto inmediato como la práctica general de autolesionarse como algo con propiedades adictivas.

Los efectos inmediatos del dolor liberan endorfinas que mejoran el estado de ánimo, mientras que los efectos retardados pueden ser dañinos y reforzar estrategias de afrontamiento adictivas y desadaptativas que inducen a la vergüenza.

Algunos entrevistados hablaron de momentos en los que sintieron una fuerte necesidad de lesionarse incluso sin un desencadenante obvio. También **comparan la autolesión con otras drogas y mencionan que necesitan lesiones cada vez más profundas para sentir el mismo efecto**.

La **hipótesis de la adicción** sugiere que los actos **autolesivos pueden activar el sistema opioide endógeno (EOS)**, que regula tanto la percepción del dolor como los niveles de endorfinas endógenas producidas como resultado de una lesión. **La activación repetida del EOS puede provocar tolerancia, lo que significa que quienes se autolesionan pueden sentir menos dolor con el tiempo**. Sin embargo, la sobreestimación del EOS también puede llevar a síntomas de abstinencia reales [Nixon et al. 2002; Blasco-Fontecilla et al., 2016].

2.6. Factores sociales y ambientales: Influencia de la familia y el entorno social

En el ámbito familiar, se ha observado que los jóvenes que se autolesionan suelen tener una relación más conflictiva con sus padres y vivir en un ambiente familiar disfuncional en comparación con aquellos que no se autolesionan. Así, autores como Nock et al. (2008) corroboran estos elementos como factores de riesgo que contribuyen a las conductas de autolesión. Añaden, además, la **pre-disposición genética, alta reactividad emocional y cognitiva, abuso infantil, y un entorno familiar crítico y hostil**.

Además, otros factores predisponentes relacionados con la propia persona, como la baja tolerancia al estrés, las emociones y sentimientos negativos, la **dificultad para resolver problemas sociales y la falta de habilidades de comunicación**, también juegan un papel importante. Cuando el estrés se manifiesta sobre estos factores predisponentes, puede desencadenar en autolesiones como autocastigo o búsqueda de dolor. Así, pueden servir tanto para regular una experiencia emocional desagradable específica como para manejar situaciones sociales problemáticas (Saíz et al., 2022).

2.7. Presión escolar y social

Otro aspecto que es importante mencionar es el de la presión social. De hecho, hay algunos autores que hablan de la **autolesión grupal como un medio de conexión y pertenencia al grupo**, y se realiza con objetivos diferentes a los de la autolesión individual, que está relacionada principalmente con la reducción de la ansiedad o el afrontamiento de sentimientos negativos abrumadores (Nock et al., 2008). Estas diferencias en las motivaciones sugieren que los enfoques de intervención y prevención deben adaptarse en consecuencia, aspecto que trataremos más adelante.

Es importante destacar que existe evidencia de que las CAL pueden propagarse en entornos institucionales y escolares, lo que subraya la **necesidad de identificar y abordar las actividades autolesivas grupales**. La posibilidad de lesiones graves no intencionadas o infecciones, así como el riesgo de desarrollar dependencia a la autolesión en aquellos que la utilizan como medio de pertenencia a un grupo, resalta la importancia de intervenir de manera temprana y preventiva.

Por ello, **identificar a las personas involucradas, la naturaleza y gravedad de las prácticas autolesivas, así como el propósito que cumplen para los individuos y los grupos**, son pasos fundamentales para una detección e intervención efectivas.

2.7.1. ¿Contagio social?

Una de las preocupaciones más grandes de los adultos con respecto a este tema está ligada a la propagación de dicha conducta en el grupo de pares. Así, investigaciones anteriores, por la década de los 80s ya hablaron de esta posibilidad, es decir, antes de la inminente omnipresencia de Internet y las redes sociales.

Varios estudios indican que muchas personas que se autolesionan lo hacen de manera oculta, sin que nadie lo sepa o sospeche. Sin embargo, hay informes anecdóticos de adultos que trabajan con jóvenes en entornos escolares que sugieren que **este comportamiento se está volviendo más común y popular**, similar a lo que ocurre con los trastornos alimentarios. Los resultados de una encuesta realizada a enfermeras, consejeros y trabajadores sociales en escuelas secundarias apuntan a la existencia de diversas formas de autolesión en entornos escolares, algunas de las cuales incluyen grupos de jóvenes que se autolesionan juntos o por separado como parte de un grupo.

Así, **se dice que la exposición de los adolescentes a la autolesión no suicida (NSSI, por sus siglas en inglés) por parte de sus pares puede aumentar el riesgo, especialmente para aquellos con condiciones psiquiátricas comórbidas**, de ver la NSSI como una estrategia de afrontamiento efectiva.

Las causas de la propagación de este comportamiento en poblaciones no clínicas han generado interrogantes sobre los factores contextuales más influyentes. **Investigaciones recientes sugieren que Internet y la mayor presencia de autolesiones en los medios populares, como películas, libros y noticias, pueden contribuir a la propagación de estas conductas autolesivas** [Quigly et al., 2017; Brown et al. 2018; Hong et al. 2018]. No obstante, y como hemos visto a lo largo de los módulos anteriores, puede haber factores predisponentes que afectarán individualmente a cada persona.

2.8. Bullying y ciberacoso como factores desencadenantes

Siguiendo la línea anterior, autores como Plenner et al. [2018] indican que socialmente, aspectos como el **aislamiento, la victimización por parte de los compañeros y una baja percepción de aceptación** por parte de los iguales aumentan el riesgo de autolesión.

La **población adolescente LGTBIQ+** también muestra un mayor riesgo de autolesionarse ante la posibilidad de vivir prejuicios que generen un mayor nivel de estrés. Sumado a esto, otros de los factores de riesgo incluyen el **uso inadecuado de internet y las redes sociales**. Esto debido a que adquieren un rol clave al ser un medio habitual donde los adolescentes comparten y buscan información [Ferreiro et al., 2023].

2.9. Detección e importancia de diagnóstico diferencial

Según Klonsky et al. [2014] y Moutier [2023], es fundamental que al diagnosticar la autolesión no suicida se descarte la presencia de comportamiento suicida. Es decir, la evaluación de la autolesión no suicida es crucial antes de iniciar cualquier tratamiento, al igual que la evaluación del comportamiento suicida.

Por tanto, todo profesional de la salud mental debe abrir un diálogo con el paciente sobre la autolesión para una evaluación precisa y para que los profesionales médicos puedan diseñar un plan de tratamiento adecuado.

De hecho, los primeros pasos para una detección oportuna incluyen acciones como:

- **Validar las experiencias del paciente** y mostrar seriedad al escucharlo.
- **Comprender las emociones del paciente** a la luz de sus circunstancias.

Adicionalmente, en la evaluación de la autolesión no suicida, se deben considerar aspectos como:

- Identificar el tipo y la frecuencia de las autolesiones.
- Determinar la función que cumplen estas autolesiones para el paciente.
- Detectar la presencia de trastornos psiquiátricos concurrentes.
- Evaluar el riesgo de intento de suicidio.
- Valorar la disposición del paciente para participar en el tratamiento.

Abordaremos todos estos aspectos basados en las recomendaciones propuestas por la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS) con su Manual Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia [2023] que nos ha servido de guía a lo largo del curso y de forma especial en los próximos módulos.

2.10. Recomendaciones generales

Considerando que **la presencia de autolesiones suele pasar desapercibida porque la persona intenta esconderlas del entorno**, hay algunos signos o señales que pueden estar dando cuenta de su presencia. En ese sentido, conviene observar aquellos detalles de los perfiles que suelen ser “discretos”, pero que, a pesar de ello, suelen presentar ciertas señales [Swannell et al., 2014].

Las áreas más frecuentes de autolesiones suelen ser los brazos, puños y antebrazos del lado opuesto a la mano dominante, aunque **las lesiones autoinflingidas pueden manifestarse en diversas partes del cuerpo**.

Algunos signos adicionales incluyen una **vestimenta inadecuada para la estación** (como usar mangas largas en verano), uso constante de vendajes o muñequeras, evitar participar en actividades que revelen el cuerpo, como nadar, y la presencia de objetos inusuales asociados con la autolesión (como hojas de afeitar).

De hecho, es común que cuando se cuestiona a las personas que se autolesionan, estos ofrezcan **explicaciones evasivas o historias que no concuerdan completamente con los signos físicos**. Además, dada su potencial relación a una situación que implique un problema de salud mental, los afectados pueden mostrar signos de depresión o ansiedad intensos.

Por tanto, es crucial **abordar este tema de manera neutral y no amenazante** para facilitar respuestas honestas, ya que la preocupación genuina por su bienestar es lo que más necesitan. Aunque puede ser difícil abordar el tema, una aproximación persistente pero respetuosa puede llevar a respuestas más sinceras con el tiempo.

2.11. Análisis de factores de riesgo y protectores

La importancia de revisar esta información radica en evaluar la finalidad de las conductas de autolesión y predecir la posibilidad de repetición de la conducta junto a un potencial riesgo mayor como el suicidio.

Así pues, la guía indica la importancia de que, en un proceso de atención primaria, se haga una evaluación psicosocial y valoración de la presencia de algún trastorno mental. Es decir, se trataría de abordar [p. 55, 2023]:

- Métodos y frecuencia de las autolesiones presentes y pasadas.
- Intentos de suicidio previos.
- Sintomatología depresiva.
- Trastorno mental y su relación con las autolesiones.
- Contexto personal y social y otros factores específicos que preceden las conductas autolesivas, como son estados emocionales desagradables y cambios en las relaciones.
- Factores de riesgo y factores protectores que puedan incrementar disminuir el riesgo asociado a las autolesiones.

Para el análisis de los **factores protectores**, es pertinente evaluar las estrategias de afrontamiento y redes de apoyo que puedan ser significativas para la persona.

En cuanto al análisis de **factores de riesgo**, es necesario ahondar en aspectos como el estado mental, intencionalidad suicida, frecuencia y métodos utilizados para llevar a cabo las autolesiones, presencia de trastornos mentales comórbidos y factores externos (como conflictos familiares, bullying o problemas escolares).

2.12. Métodos y herramientas de evaluación

A pesar de que hay diversas escalas creadas para predecir el riesgo de autolesiones, según la evidencia científica actual, ninguna de ellas puede ser utilizada como el único método de evaluación. Todos los autores de las Revisiones Sistemáticas (RS) y las Guías de Práctica Clínica (GPC) están de acuerdo en que el uso de estas escalas de evaluación es complementario a la realización de entrevistas clínicas.

A continuación, se mencionan algunas que se han considerado como las más relevantes al ser estudiadas en diferentes metaanálisis e investigaciones sobre el tema y que es resumido por la “Guía de Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia”(p. 143,2023):

Autolesiones						
SHRAC (Self-Harm Risk Assessment for Children)	Angelkowska	2007	Calificado por los padres Likert 4 puntos	33 ítems	Riesgo de autolesiones	No
SITBI (Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview)	Nock Fischer	2007 2014	Autoinforme Entrevista estructurada	169 ítems, 5 módulos	Presencia, frecuencia y características de cinco tipos de autolesiones. * Versión más actual, SITBI-G	Sí (EPCA) García-Nieto, 2013 (124)
SHQ (Self-harm Questionnaire)	Ougrin y Boege	2013	Autoinforme	15 ítems	Identificar la presencia de pensamientos y conducta autolesiva	Sí (SHQ-E) García-Mijares, 2015 (126)
ABASI (Alexian Brothers Assessment of Self-Injury)	Wasburn	2015	Autoinforme	28 ítems	Criterios autolesiones no suicidas (ANS) según el DSM-5	No
ABUSI (Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale)	Wasburn	2010	Autoinforme	5 ítems	Criterios autolesiones no suicidas (ANS) según el DSM-5	No
FASM (Functional Assessment of Self-Mutilation)	Nock y Prinstein	2004	Autoinforme	22 ítems	Métodos, frecuencia y función de la autolesión	Sí Calvete, 2015 (130)
ISSIQ-A (Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents)	Carvalho	2015	Autoinforme	56 ítems	Impulsividad, autolesión, comportamientos de riesgo, ideación suicida	No
R-NSSI-Q (Repetitive Non-Suicidal Self-Injury Questionnaire)	Manca	2014	Autoinforme	38 ítems	Frecuencia y métodos de autolesión no suicida	No
RTSHIA (Risk-taking and self-harm inventory for adolescents)	Vrouva	2010	Autoinforme	27 ítems	Autolesión y toma de riesgos	No

Escalas consideradas en las revisiones sistemáticas analizadas

Nombre	Autor	Año	Formato: aplicación y respuesta	Nº ítems	Foco de evaluación	Adaptación español ¹
Ideación suicida						
SIQ (Suicidal Ideation Questionnaire)	Reynolds	1987	Autoinforme Likert 7 puntos	30 ítems	Frecuencia y severidad de la ideación suicida	No
SIQ-JR (Suicidal Ideation Questionnaire-Junior Version)	Reynolds	1987	Autoinforme Likert 7 puntos	15 ítems	Frecuencia y severidad de la ideación suicida	No
ISB-R (Modified Scale for Suicide Ideation)	Miller	1986	Autoinforme Calificado por el clínico Likert 3 puntos	18 preguntas	Duración y severidad de la ideación y conducta suicida	No

SHBQ (Self-Harm Behavior Questionnaire)	Muehlenkamp	2010	Autoinforme	22 ítems	ANS, ideación suicida, amenaza de suicidio e intentos suicidas pasados	No
SIMS-A (Self-Injury Motivation Scale Adolescent)	Swannell	2008	Autoinforme	22 ítems	Regulación de emociones, comunicar/influenciar a otros, castigo/excitación y psicosis/vacío de insight	No
OSI (Ottawa Self-Injury)	Nixon	2015	Autoinforme	21 ítems	Regulación emocional interna, influencia social, regulación emocional externa y búsqueda de sensaciones	No
6 Item-Measure	Prinstein	2008	Autoinforme	6 ítems	No informa	No



MÓDULO III

Intervención y tratamiento

Cuando hablamos de intervención y tratamiento en autolesiones, hay que distinguir ciertos momentos de atención, pues no es lo mismo abordar el momento mismo de la posible emergencia (de acuerdo al nivel de riesgo), como hacer un trabajo sostenido posterior para poder minimizar la molestia y potenciar la gestión adecuada de las CAL. Veamos.



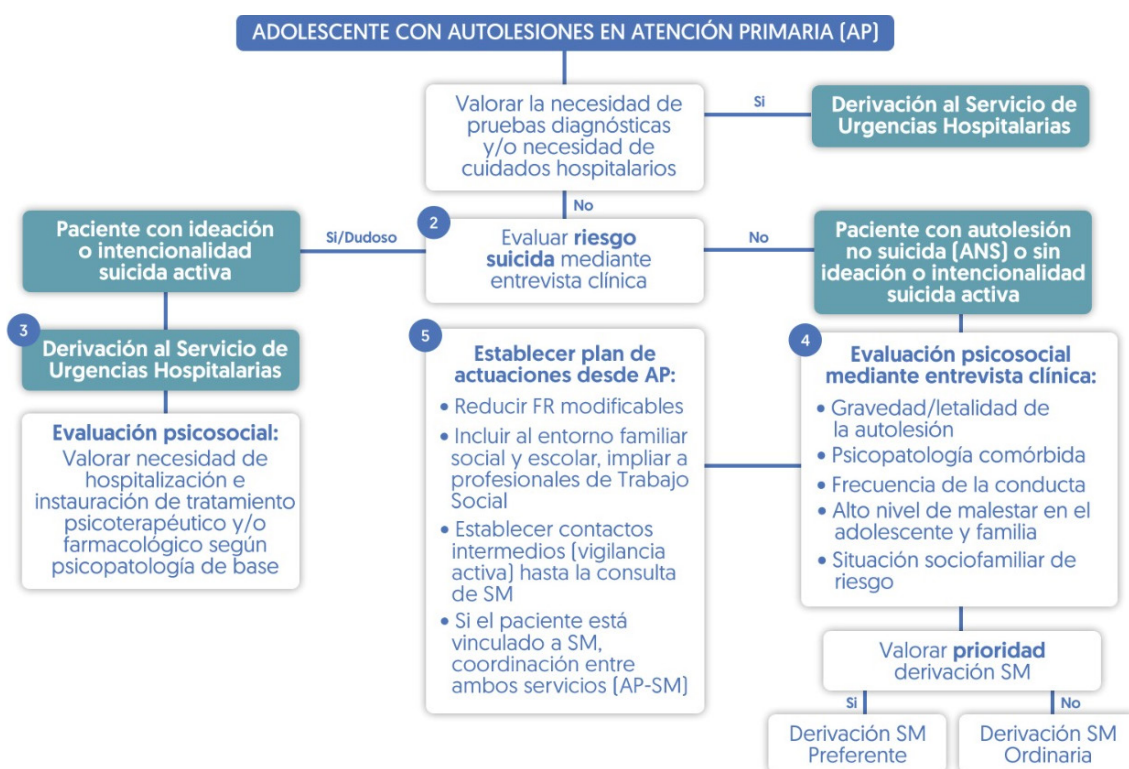
3.1. Atención primaria

Como mencionamos al final del anterior módulo, esta primera línea de intervención se centra en brindar una respuesta inmediata y comprensiva, **evaluando tanto la salud física como el bienestar emocional** del joven. Incluye la **identificación y tratamiento de heridas físicas, la evaluación del riesgo de suicidio, y la implementación de estrategias para manejar el dolor emocional**.

Además, la atención primaria busca **proporcionar un entorno seguro y de apoyo**, fomentando la comunicación abierta y sin juicios, y coordinando con profesionales de salud mental para asegurar una atención integral y continua. Este enfoque **no solo trata las manifestaciones físicas de las autolesiones, sino que también aborda las causas subyacentes, ofreciendo al adolescente y su familia las herramientas necesarias para manejar y superar esta conducta de autolesión**.

La evidencia científica, a través de diversas investigaciones, ha propuesto recomendaciones generales para poder abordar un caso de autolesiones de la forma más efectiva posible. Iniciando con **atención primaria**, tras una exhaustiva evaluación psicosocial, es pertinente **valorar el nivel de riesgo existente a nivel físico, psicológico, emocional y mental** para así ver la posibilidad de derivar a un servicio de salud mental (ACIS, 2023).





En ese sentido, se trataría **de incluir el monitoreo de la salud física de las personas afectadas y las posibles consecuencias de la autolesión**, además de brindar otros cuidados de salud necesarios.

De igual manera, al referir a los pacientes al servicio de salud mental, es crucial **considerar el nivel de angustia tanto del adolescente como de su familia**, evaluar el riesgo de autolesión y observar la respuesta a las intervenciones iniciales, así como tener en cuenta si la persona busca específicamente ayuda de un especialista.

Además, se enfatiza la **importancia de la coordinación entre los profesionales** de atención primaria y salud mental cuando un paciente está siendo atendido en ambos ámbitos.

También es necesario diferenciar el trabajo del psicólogo en estos casos. Abordaremos más sobre cómo realizar esta intervención en el siguiente módulo.

3.1.1. Apunte: Primeros auxilios psicológicos para el adolescente

Antes de continuar con el planteamiento de Atención Primaria, hipotetizamos sobre una posible situación. Partiendo del hecho de que el adolescente puede encontrarse en un momento de gran angustia y molestia, podemos prepararnos para hacer una pequeña **intervención en crisis**.

Esto quiere decir que, el profesional de salud mental que atiende al adolescente, un padre de familia, una hermana mayor, un profesor, o cualquier adulto, puede realizar una pequeña intervención en crisis para poder **intentar que el adolescente recupere la calma para poder recibir la ayuda pertinente**.

Algunas de las recomendaciones que debemos tener en cuenta incluyen el considerar las características propias de esta etapa, aspecto que revisamos previamente. Y, a la vez, considerar que tienen una **comprensión cognitiva similar a la de los adultos**, por lo que es importante darles un trato adecuado.

Los pasos generales incluyen:

1. Acompañar al adolescente a un espacio seguro, lejos del ruido y privado. 2. Si se trata de una persona desconocida, establecer un primer contacto en el que el profesional se presente y le comparta lo que está sucediendo y el lugar en el que está. 3. Y, dentro de los pasos que se establecen en este primer acercamiento incluiremos:

a) Contener: Intentando que las emociones no se desborden, promoviendo un equilibrio entre la ventilación emocional y el control de las emociones. Es importante darles espacio en caso de que quieran estar solos (pero no en exceso).

b) Calmar: Hablar de forma pausada, buscando tranquilizarle, y dándole espacios de distracción en caso de necesitar.

c) Informar: A través de un lenguaje adecuado, responder con claridad a sus dudas, invitarle a formular las preguntas que necesite.

d) Normalizar las emociones: Animarle a que se exprese, pero sin presiones, y exponiendo la diversidad de formas de expresar los sentimientos.

e) Consolar: Fomentar la búsqueda de apoyo en familia, profesionales de la salud mental y apoyo.

Cuando el adolescente se encuentre más tranquilo, podemos remitirlo al espacio de Atención Primaria o recurrir a cualquier servicio de emergencia que consideremos adecuado.

3.1.2. Principios básicos de la atención primaria

Continuando con este primer acercamiento y, para empezar, debemos procurar que la persona que accede al servicio se sienta cómoda, en un entorno seguro y libre de prejuicios. Por tanto, conviene (ACIS, 2023):

- Mantener una **actitud de apoyo y de escucha activa**, el adolescente necesitará sentir que se encuentra en un espacio seguro en el que puede expresarse libremente.

- **No minimizar la situación**, la comunicación es clave para transmitir los mensajes adecuadamente.
- **No alarmar al adolescente**, pues es muy probable que las CAL sean producto de una gestión inadecuada de las emociones, por lo que no es conveniente agudizar la sensación de pérdida de control.
- **Aportar información sobre la situación, de forma clara, concisa y sencilla.** Podemos explicar, de forma cercana, lo que está sucediendo, y cómo se va a proceder, qué profesionales interceden en el abordaje y lo que va a suceder en las próximas horas. Esto permite que baje el nivel de la ansiedad propia de encontrarse en un momento de incertidumbre.
- **Favorecer la toma de decisiones compartida.**

3.1.3. Evaluación de la presencia de ideación suicida o intencionalidad suicida

Posteriormente, a través de una entrevista clínica, es necesario evaluar si existe o no intencionalidad suicida. Según los mismos autores de la guía, se podrían preguntar aspectos como:

- ¿Te has causado daño anteriormente?
- ¿Tenías la intención de quitarte la vida? ¿Lo has intentado antes?
- ¿Cuántas veces te has autolesionado en el último año?
- ¿Alguna vez has tenido pensamientos suicidas?
- ¿Has pensado en el suicidio recientemente?
- ¿Tienes pensamientos suicidas cuando te sientes triste?
- ¿Qué piensas o sientes antes, durante y después de autolesionarte?

Otras preguntas que, aunque no abordan directamente la ideación o intención suicida, pueden ser relevantes:

- ¿Alguna vez has pensado que la vida no vale la pena vivirla? ¿Crees que tus problemas actuales no tienen solución?
- ¿Te has alejado de amigos y familiares?
- ¿Tienes dificultades para comer o dormir?

- ¿Te sientes desesperado o atrapado?
- ¿Sientes que eres una carga para los demás?
- ¿Has mostrado algún comportamiento arriesgado recientemente?
- ¿Estás pasando por algo que te cause mucho sufrimiento?
- ¿Estás siendo víctima de ciberacoso?
- ¿Has sufrido agresión sexual?

Por supuesto, recuerda que la manera en la que preguntes estas cuestiones a los adolescentes puede marcar la diferencia entre que quiera compartir su experiencia o no. Por tanto, no olvides ser **cercano, paciente y empático**. Por otro lado, recuerda que esta es una guía, por lo que es importante que vayas especificando y preguntando de acuerdo a cada caso.

Adicionalmente, para complementar la información aportada, puedes utilizar un recurso complementario como alguna **escala o test de detección**, como los ejemplificados en el módulo 4.

Finalmente, considera que la información obtenida debe compararse con la **proporcionada por los familiares o cuidadores**. Si hay discrepancias, es crucial **considerar el relato del adolescente**, ya que es quien está experimentando la situación directamente.

3.1.4. Manejo clínico de los pacientes en atención primaria (AP)

Uno de los objetivos principales en atención primaria es el de **identificar aquellos factores de riesgo que puedan modificarse** para garantizar el bienestar y recuperación del adolescente. Estos factores incluyen:

- **Familiares:** Conflictividad, situación de abuso o violencia.
- **Sociales:** Relaciones interpersonales conflictivas o abusivas, situaciones de acoso o ciberacoso.
- **Escolares:** Referidas, principalmente, al estrés y fracaso académico.



3.1.5. Servicios de salud mental

Definir si alguien debe o no acudir a un servicio de salud mental dependerá, en gran parte, del riesgo de autolesión futura. Establecer el nivel de riesgo al que se enfrenta un adolescente amerita que se realice una exhaustiva evaluación psicosocial realizada por expertos. A modo general, tendríamos que poner atención a los siguientes elementos para sugerir una **atención preferente en los servicios de salud mental** (ACIS, 2023):

- **Gravedad de la lesión:** Se debe tomar en cuenta el potencial de letalidad del daño infringido, por ejemplo, si requiere o no del personal médico para su atención.
- **Psicopatología comórbida:** La presencia de otros diagnósticos que acompañen la conducta de autolesión también serán determinantes. Como hemos visto, entre los más comunes encontramos: depresión, trastornos de la personalidad y ansiedad.
- **Frecuencia de autolesiones:** Si existen conductas de autolesión previas o cierta frecuencia de estas, se debe considerar un mayor riesgo de daño. Por ejemplo, el Manual DSM-5 indica que la presencia de 5 o más veces a lo largo de un año.
- **Nivel de malestar del adolescente ante los conflictos que enfrenta:** Cuando se percibe malestar emocional o sufrimiento, debemos considerar una posible señal de alerta. Esto se observaría a través de ideación suicida, sentimientos de desesperanza y soledad, estrés crónico, entre otras.
- **Situación familiar y social:** Cuando se identifican elementos estresores en los ámbitos académicos, interpersonales y familiares que generan angustia.
- **Solicitud de ayuda específica** por parte del adolescente y/o su familia.

Por otro lado, también se puede considerar el derivar al adolescente a una **atención ordinaria psicológica**. En cuyo caso, tendremos que considerar otros factores que no sean los mencionados anteriormente, como:

- **Alivio o mejora después de la entrevista** realizada por el profesional.
- **Intención de querer controlar los impulsos** y las conductas de autolesión.
- **Aceptación y predisposición para seguir con el tratamiento** posterior.
- **Compromiso de seguir con los acuerdos** y medidas de contención que se han pactado.
- **Apoyo sociofamiliar** efectivo en el que se cuente con el acompañamiento y supervisión continua de la familia.

3.2. Derivación de un tratamiento psicológico

Siguiendo la línea anterior, hay algunos casos que van a requerir un seguimiento continuo y sostenido en el tiempo para minimizar la posibilidad de repetición de la conducta. Principalmente, y como vimos anteriormente, cuando hay un alto riesgo de daño futuro.

3.2.1. ¿Cuál es el objetivo del tratamiento psicológico?

La psicoterapia tiene varios objetivos fundamentales en el acompañamiento posterior a las conductas de autolesión. Entre estos **objetivos** se incluyen:

- Identificar y gestionar los problemas subyacentes que desencadenan las autolesiones.
- Aprender técnicas para manejar mejor el sufrimiento emocional.
- Encontrar formas más saludables de controlar las emociones intensas.
- Mejorar la autoimagen y autoestima.
- Desarrollar habilidades para mejorar las relaciones interpersonales y las habilidades sociales.
- Fomentar capacidades saludables para la resolución de problemas.

A continuación, mencionaremos algunos de los enfoques de trabajo más utilizados en estos casos.

3.2.2. Enfoques terapéuticos más utilizados

Independientemente del enfoque terapéutico utilizado, hay ciertas pautas que cualquier profesional de la salud mental debe considerar al tratar con un adolescente que presenta conductas autolesivas [CAL]. Es fundamental, por tanto, recordar que **el trabajo terapéutico prolongado debe ser específico para cada caso, considerando las particularidades del consultante**.

De igual manera, es importante advertir que no existe una única intervención psicológica efectiva para tratar las CAL. Como indican autores como Silva [2024], Mollà et al. [2015] y Zaragoza [2017], no es posible estandarizar un solo método de trabajo. Sin embargo, algunos enfoques terapéuticos han demostrado ser más efectivos en estos casos:

- **Terapia cognitivo-conductual:** Ayuda al paciente a modificar su reacción ante pensamientos automáticos, rompiendo los vínculos entre patrones negativos de pensamiento, comportamiento y estado de ánimo. De hecho, el enfoque de trabajo es parecido al del abordaje en casos de depresión.

- **Terapia dialéctica conductual:** Se centra en identificar y modificar patrones de pensamiento negativos, promoviendo cambios positivos en la conducta.
- **Terapia de regulación de las emociones:** Ayuda a los pacientes a aceptar las emociones negativas como parte natural de la vida, permitiéndoles no responder de forma tan intensa e impulsiva.
- **Reconocimiento y control de ira:** A modo preventivo, para evitar que la ira escale al punto de ocasionar CAL. Se pueden utilizar estrategias como el «termómetro de sentimientos» y «distracción» tras identificar sentimientos que están llegando al punto de «sin retorno».
- **Entrenamiento de habilidades sociales:** Busca que el adolescente logre comunicar efectivamente sus emociones con su círculo social. A través de técnicas de role-playing, se pretende mejorar la comunicación asertiva y la confianza en sí mismo.
- **Terapia familiar:** Considerando que uno de los posibles factores de riesgo puede ser la familia y una mala relación con esta, es importante abordar el conflicto intrafamiliar con los miembros del núcleo más cercano.
- **Terapia basada en solución de problemas:** La estrategia se basa en la idea de que la persona tiene un déficit en su capacidad para resolver problemas de otras maneras. Como resultado, las autolesiones serían resultado de una estrategia de afrontamiento desadaptativa. Por lo tanto, la idea es buscar otro tipo de soluciones más eficaces y saludables. Este enfoque se divide en tres fases:
 1. **Identificación de problemas:** El terapeuta ayuda al paciente a identificar y definir los problemas y los factores que contribuyen a ellos.
 2. **Generación de soluciones:** El terapeuta asiste al paciente en la creación de posibles soluciones al problema identificado a través de una lluvia de ideas.
 3. **Selección de la mejor solución:** El terapeuta apoya al paciente en la selección de la mejor solución desde un punto de vista cognitivo y conductual.

En este curso, no profundizaremos en estas terapias, ya que cada una de ellas implicaría un curso en sí mismo. Sin embargo, abordaremos algunas estrategias generales enfocadas en la gestión emocional y la psicoeducación.

3.2.3. Apunte: ¿Qué hay de la medicación?

En el caso de las autolesiones, **se sugiere no optar exclusivamente por un tratamiento psicofarmacológico**. Es fundamental evaluar si existe algún trastorno comórbido. No obstante, en situaciones donde sea necesario atenuar los niveles de impulsividad del adolescente, se pueden considerar fármacos como benzodiacepinas y antipsicóticos, **siempre bajo supervisión médica o psiquiátrica**.

Por tanto, cuando se tratan de situaciones comórbidas con otras patologías, **en algunos casos, la terapia farmacológica puede ser beneficiosa**, pero esto es algo que tiene que ser discutido de forma interdisciplinaria con un profesional de la medicina como un psiquiatra. Y es que, algunos pacientes que toman medicamentos recetados para la depresión han experimentado una reducción en la necesidad de autolesionarse mientras están bajo tratamiento. **La terapia también puede ser útil para explorar las causas subyacentes de la autolesión. Combinar estos enfoques puede reducir significativamente o incluso eliminar completamente la conducta de autolesión.**

En conclusión, la medicación es una opción que debe ser el resultado de una valoración individual e integral del caso, observando que los fármacos pueden complementar el tratamiento terapéutico, pero **no deben ser la primera medida de tratamiento.**

3.3. Enfoque psicosocial

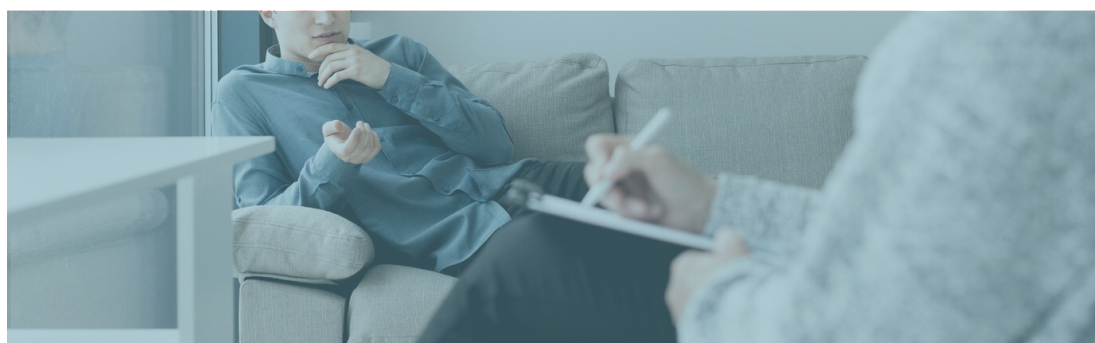
Cuando hablamos de intervención psicosocial nos referimos a un **enfoque terapéutico que combina aspectos psicológicos y sociales para abordar problemas emocionales, conductuales o de salud mental**. Se centra en ayudar a las personas a mejorar su bienestar emocional, relaciones interpersonales y calidad de vida mediante estrategias como la terapia, el apoyo social y la educación.

En ese sentido, cuando queremos abordar un caso de autolesiones, debemos considerar algunos ámbitos de intervención. El portal *College of Human Ecology de Cornell University* [2024] cita al autor Walsh [2005] quien considera necesaria:

- **Intervención psicológica:** Como hemos mencionado anteriormente, en cualquier caso, es importante acompañar al adolescente en este momento para poder indagar el motivo de las CAL. Este espacio seguro y de expresión podrá minimizar la sensación de molestia y promoverá una mejor gestión de los conflictos.
- **Considerar los factores desencadenantes:** Como hemos visto en el proceso de Atención Primaria, identificar qué puede estar provocando las CAL será altamente beneficioso para intentar controlar estos factores. De igual manera, esto podrá minimizar los altos niveles de estrés que pueden estar afectando al adolescente.
- **Toma de conciencia y psicoeducación:** Proporcionar información sobre lo que está sucediendo, qué son las CAL, cómo abordarlas y cómo pedir ayuda en caso de necesitar, será de gran importancia para evitar eventos futuros.
- **Cuidado de la salud mental y física:** Enfatizar en la importancia de generar hábitos saludables, tanto alimentarios, de descanso y de ocio. En ese sentido, se debe hacer énfasis en los momentos de esparcimiento y distracción, ejercicio y sueño.

- **Identificar fortalezas y cuidado de autoestima:** En ese sentido, es importante hacer énfasis en la capacidad de resiliencia de la persona, por lo que el abordar la capacidad de recuperarnos de una situación de crisis es clave para comprender que podemos gestionar las situaciones de conflicto.
- **Equipar al personal y al personal docente:** Es necesario que puedan reconocer y responder a señales de CAL. Con este fin, crear conciencia entre los adultos y establecer protocolos de derivación es útil para quienes trabajan directamente con jóvenes.
- **Los programas de prevención deben ser multinivel e interdisciplinarios:** Se ha descubierto que los programas de prevención son más eficaces cuando combinan diferentes componentes de la red social que cruzan dominios [personal, psicológico, académico, físico].
- **Considerar la influencia de los medios de comunicación:** Autores como Heath et al. (2014) sugieren que los materiales explícitos sobre autolesiones, incluidas historias personales, videos e imágenes, pueden actuar como desencadenantes. Por lo tanto, ayudar a los adolescentes y adultos jóvenes a ser consumidores críticos de los medios puede reducir su vulnerabilidad a adoptar estrategias de afrontamiento ineficaces pero atractivas.
- **Promover y publicitar normas positivas relacionadas con la búsqueda de ayuda y la comunicación sobre el estado mental y emocional y las necesidades:** Es poco probable que los compañeros que conocen la conducta peligrosa de un amigo compartan ese conocimiento con un adulto sin un esfuerzo concentrado por parte de los adultos para alterar las normas de los adolescentes y los adultos sobre la búsqueda de ayuda y la comunicación, en particular la comunicación entre adolescentes y adultos.

El abordaje integral de las CAL forma parte de una intervención psicosocial completa. La unión de esfuerzos entre la persona que necesita ayuda, su entorno cercano y el análisis del impacto que socialmente tiene la conducta, permite que el adolescente reflexione sobre las posibles estrategias de autocuidado que puede implementar. Sigamos analizando más a continuación.



3.4. Gestión de las emociones

En general, a nivel emocional, es esencial enfocarse en aumentar la conciencia sobre los factores estresantes del entorno que desencadenan la autolesión, así como ayudar a las personas a reconocer, practicar y utilizar métodos más efectivos y positivos para manejar sus estados emocionales. Simplemente **enfocarse en detener la autolesión sin mejorar las habilidades para regular emociones puede llevar a la adopción de otras conductas autodestructivas**, como el abuso de sustancias [College of Human Ecology de Cornell University, 2024].

3.4.1. Regulación emocional

El desarrollo de la capacidad para regular las emociones abarca diversos factores, incluyendo la **autoconciencia emocional**, la apreciación de las causas de las experiencias emocionales, la comprensión de las posibles repercusiones de la expresión emocional en distintas situaciones y las estrategias para modificar dichas emociones.

Nuestra capacidad de regular emociones inicia en la infancia, desde que empezamos a expresar nuestras necesidades, pasando por las primeras interacciones sociales y siguiendo con el reconocimiento de uno mismo en el entorno. La forma de regular nuestras emociones varía a lo largo de nuestra vida, dependiendo de las experiencias que vamos viviendo. Por ejemplo, en la adolescencia, la comprensión de cómo funciona y se gestiona la emoción en uno mismo se hace evidente y proporciona una contribución importante al surgimiento de la **autocomprensión** [In-Albon et al., 2013].

En ese sentido, dadas las características inherentes de la adolescencia y sus cambios fisiológicos y neuroanatómicos, sabemos que la gestión de la emoción es un proceso más complejo en comparación a los adultos. De hecho, se dice que **el desarrollo neurobiológico durante la adolescencia y su influencia en la capacidad para regular las emociones podrían ser un factor en el pico en las CAL** [Moran et al., 2012].

Cuando hablamos de autolesiones, autores como In-Albon et al. [2013] indican que la actividad se realiza con un propósito; este puede ser el alivio de un sentimiento/estado cognitivo negativo o una dificultad interpersonal o la inducción de un sentimiento/estado positivo. En consecuencia, **emociones como la ira, la ansiedad y la frustración tienden a preceder a la CAL**, que a menudo es **seguida por sentimientos de alivio y calma en el corto plazo, pero conduce a tristeza, culpa, ansiedad, disgusto e ira en el largo plazo** [Suyemoto et al., 1998].

Como resultado, estudios afirman que **adolescentes con CAL tienden a utilizar estrategias centradas en la emoción y la evitación, y presentan deficiencias en la resolución de problemas**. La desregulación emocional es un factor clave en la aparición y persistencia de las conductas de autolesión, las cuales se emplean para disminuir la experiencia emocional negativa y proporcionar un alivio temporal del sufrimiento emocional. En resumen, las autolesiones **suelen funcionar como un método de regulación emocional, como una manera de hacer visible o neutralizar el dolor**. De esta manera, la persona siente que tiene cierto control sobre sus sensaciones, pero, como hemos visto, esto puede ser muy peligroso [Ferreiro et al., 2023].

3.4.1.1. Apunte: Estudios sobre fisiología de las emociones y las CAL

En un estudio fisiológico se examinaron las respuestas emocionales a guiones personalizados de incidentes de autolesión en prisioneros varones con antecedentes de autolesión. Los resultados mostraron que, en comparación con los controles, **los participantes que se autolesionaban experimentaron una disminución en la excitación fisiológica y en la emoción negativa autoinformada al ver imágenes de autolesión**, pero no al ver imágenes de lesiones accidentales o situaciones [Haines et al., 1995].

Este efecto reductor de la tensión fue replicado en un segundo estudio, donde se encontró evidencia de mayor reactividad emocional y baja tolerancia a la angustia en adolescentes con antecedentes de autolesión no suicida [NSSI]. Estos adolescentes mostraron una **mayor respuesta de conductancia de la piel a una tarea estresante, una menor disposición a tolerar la angustia y una menor persistencia en la tarea** [Nock et al., 2008].

Otros estudios indican que los pacientes con NSSI **a veces no pueden percibir sus sentimientos en absoluto o los perciben con demasiada intensidad y aversión**. Los adolescentes con NSSI **sufren emociones negativas intensas y una alta excitación que aumentan rápidamente y pueden reducirse solo mediante NSSI u otros estímulos extremos**. Además, estos adolescentes carecen de otras formas de manejar sus emociones en interacciones sociales [In-Albon et al., 2012].

3.4.2. Estrategias de gestión emocional

La capacidad para regular emociones implica **identificar emociones, comprender sus orígenes, prever sus consecuencias y modificar las respuestas emocionales según sea necesario**. En adolescentes, la regulación emocional es crucial para prevenir conductas de autolesión. En ese sentido, a continuación, proponemos algunos ejemplos:

Claro, es fundamental abordar las autolesiones en los adolescentes de manera compasiva y efectiva. Aquí tienes algunas estrategias que pueden ayudar [In-Albon et al., 2012]:

- **Brindar apoyo emocional:** Los adultos del entorno del adolescente deben mostrar apoyo, comprensión y predisposición para acompañar y escuchar sin juzgar lo que está sucediendo. Enfatizando en la importancia de expresar las sensaciones y las preocupaciones que le aquejan.
- **Centrarse en la causa de la lesión:** Identificar las emociones o situaciones que desencadenan las autolesiones. Es necesario trabajar en conjunto para encontrar alternativas para lidiar de una forma más saludable con el dolor emocional.
- **Ofrecer estrategias de distracción:** Algunas actividades pueden ayudar a desconectar con la intensidad de la sensación desagradable de alguna emoción. Se puede optar por hacer algo que sea mucho más agradable como tomar un baño caliente, leer un libro o abrazar a una mascota. Estas actividades pueden ayudar a desviar su atención del impulso de autolesionarse.
- **Ayudarle a creer que puede superar su dolor:** Animarle a creer en su capacidad para superar el dolor emocional. Explicarle que hay alternativas a las autolesiones y que puede aprender a manejar sus emociones de manera más saludable. Es necesario plantear que este tipo de procesos se hacen con paciencia.
- **Fomentar actividades sustitutorias de la lesión:** Hay que abrirse a otras actividades que proporcionen alivio emocional sin dañarse físicamente. Esto podría incluir escribir en un diario, pintar o practicar deportes.
- **Exposición controlada:** Para situaciones donde se experimentan emociones inapropiadas, la exposición controlada a situaciones estresantes permite la reevaluación y adopción de comportamientos alternativos. Por ejemplo, se puede optar por realizar *role playing* de situaciones cotidianas.
- **Promover estrategias de expresión:** Animar al adolescente a expresar sus sentimientos a través del arte, la música o la escritura. A veces, canalizar las emociones de manera creativa puede ser muy útil.
- **Trabajo con familias:** La psicoeducación de las familias sobre la desregulación emocional es fundamental, especialmente en el contexto de adolescentes, para promover la validación emocional y la comprensión mutua. Lo veremos más adelante.

Por supuesto, estas son estrategias para dar una alternativa más saludable a las autolesiones, no obstante, no hay que descartar la posibilidad de ofrecer al adolescente, como hemos mencionado previamente, la posibilidad de recibir acompañamiento psicológico.



3.4.3. La ansiedad, un factor a considerar

La ansiedad es una **emoción adaptativa que nos ayuda a prepararnos para situaciones que consideramos amenazantes**. Todos podemos experimentar ansiedad en algún momento, y esta suele acompañarse de síntomas tanto fisiológicos como emocionales. A **nivel físico**, es común sentir hiperventilación, aceleración del ritmo cardíaco, temblores, mareos, dolores localizados, y dificultades para mantener hábitos de sueño y alimentación, entre otros. En el **plano emocional**, podemos experimentar pensamientos rumiativos, malestar emocional, angustia, miedo e intranquilidad.

Cuando las personas no saben gestionar adecuadamente su ansiedad, suelen desarrollar estrategias de afrontamiento que no siempre son eficaces. **La falta de control sobre la ansiedad puede aumentar el riesgo de desarrollar otros problemas de salud mental**, afectar la autoestima, influir en la percepción de las experiencias de vida, deteriorar las relaciones interpersonales y, en general, impactar negativamente el bienestar personal.

Como hemos visto a lo largo del curso, la incapacidad de los adolescentes para manejar sus emociones puede llevar a conductas de autolesión. Por lo tanto, **conocer y aplicar estrategias de control de ansiedad es fundamental para minimizar el malestar en los adolescentes**. A continuación, veremos algunas pautas y estrategias para el control de la ansiedad:

- **Conectar con la respiración profunda:** Es importante enseñar a los adolescentes a conectar con su cuerpo y lo que pueden sentir, aprender a respirar profundamente es fundamental, esto es, inhalar por la nariz contando hasta tres y exhalar lentamente por la boca, en los momentos en los que se empieza a sentir mayor agitación.
- **Practicar técnicas de relajación o meditación.** Estas técnicas implican centrar la atención en el momento y en aumentar la conciencia del cuerpo. Técnicas como el mindfulness han demostrado muy buenos resultados. Aun así, es importante considerar que, no importa qué técnica se elija, lo importante es practicarla regularmente para obtener sus beneficios.
- **Hablar sobre las preocupaciones con otras personas puede ayudar a identificar el problema y recibir la ayuda adecuada.** Hay que enseñar a los adolescentes a comunicar sus emociones para poder acompañarlos. El enfoque debe ser centralizado en pensar en el presente y evitar centrarse en situaciones que aún no han ocurrido, ya que esto solo aumenta la ansiedad.
- **Identificar sensaciones:** Sumado al punto anterior, es importante que los adolescentes aprendan a identificar en su cuerpo aquellos signos de alteración o que indiquen que hay una molestia emocional.
- **Establecer una rutina:** Esto es, estar organizados y tener un horario y una rutina establecida puede disminuir la ansiedad. Esto puede ser con la ayuda de un calendario e incluyendo tiempos de descanso.

- **Ocio y ejercicio físico:** Realizar una actividad física (que sea del gusto del adolescente) así como tener espacios de esparcimiento y ocio saludable permitirán que se libere la tensión y se intensifiquen sensaciones positivas.
- **Encontrar diferentes formas de expresión emocional:** Escribir los sentimientos y acciones en un papel puede ayudar a identificar mejor lo que sucede. Este análisis permite tener una visión más completa de lo que funciona bien, para poder aplicarlo cuando sea necesario.

Ahora, si se observa que la persona no logra implementar dichas estrategias o se le dificulta mucho la gestión de la ansiedad, **es importante acudir a un profesional de la salud mental para hacer un acompañamiento más sostenido.**

3.5. Psicoeducación

Para empezar, entendemos a la psicoeducación como un **enfoque terapéutico** que busca educar a las personas sobre aspectos relacionados con su salud mental, emocional y comportamental. Este proceso implica proporcionar información, enseñar habilidades y estrategias, así como promover la comprensión y conciencia sobre determinados temas psicológicos.

Tiene como objetivo principal el de **empoderar a las personas para que puedan comprender mejor sus propias experiencias y desarrollar herramientas para afrontar los desafíos** de manera más efectiva.

3.5.1. ¿Qué objetivos busca alcanzar la psicoeducación en las autolesiones?

Cuando hablamos de psicoeducación enfocada en el tratamiento de autolesiones, nos centraremos en alcanzar como objetivos:

- **Evitar que las autolesiones escalen** y provoquen un daño mayor.
- **Reducir los daños** causados a partir de estas.
- **Brindar información** sobre las diferentes consecuencias que conllevan este tipo de conductas.
- **Mejorar el funcionamiento de la persona** en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve (social, familiar y escolar).
- **Brindar herramientas** que permitan una mejor gestión emocional para desarrollar estrategias alternativas que no provoquen daños.

3.5.2. Aspectos a abordar desde la psicoeducación

El trabajo psicoeducativo ante CAL tendrá como enfoque principal el trabajar en los siguientes aspectos:

- **Información sobre las autolesiones:** Es crucial proporcionar información precisa y comprensible sobre qué son las autolesiones, por qué algunas personas recurren a ellas y cuáles son las posibles consecuencias físicas y emocionales.
- **Explorar las emociones:** Ayudar a los adolescentes a identificar y comprender las emociones que los llevan a autolesionarse, como la ansiedad, la tristeza, la ira o la frustración. Esto puede incluir técnicas de mindfulness para aumentar la conciencia emocional.
- **Identificar factores desencadenantes:** Enseñar a reconocer los factores o situaciones que desencadenan las autolesiones, como el estrés escolar, conflictos familiares o problemas de autoestima. Esto puede incluir el desarrollo de estrategias para afrontar estos desencadenantes de manera más saludable.
- **Promover habilidades de afrontamiento:** Enseñar técnicas de afrontamiento alternativas y saludables, como la expresión emocional a través del arte, la escritura o la práctica de ejercicio físico. También se pueden enseñar habilidades de resolución de problemas y comunicación efectiva.
- **Fomentar el apoyo social:** Destacar la importancia de buscar y mantener relaciones sociales saludables y de apoyo. Esto puede incluir el fortalecimiento de habilidades sociales y la identificación de personas de confianza a las que recurrir en momentos difíciles.
- **Prevención de recaídas:** Educar sobre la importancia de identificar las señales de advertencia de una posible recaída en las autolesiones y cómo actuar ante ellas, incluyendo la búsqueda de ayuda profesional cuando sea necesario.
- **Trabajo en equipo:** Involucrar a los padres, cuidadores y profesionales de la salud mental en el proceso de psicoeducación para garantizar un enfoque integral y de apoyo continuo.

MÓDULO IV

Prevención y abordaje en el ámbito familiar
y educativo

4.1. Prevención en el ámbito escolar y el hogar

Como sucede en otros temas complejos y sensibles, **las conductas de autolesión son necesarias de abordar en el contexto escolar**. Por otro lado, la colaboración entre padres, educadores y profesionales de la salud mental es fundamental para crear un entorno de apoyo integral que proteja a los adolescentes de las conductas de autolesión.

4.1.1. Educación y sensibilización

Por tal motivo, es necesaria la **promoción de programas escolares** que fomenten la inteligencia emocional, la resolución de conflictos y las habilidades de afrontamiento pueden equipar a los adolescentes con herramientas valiosas para manejar el estrés y las emociones intensas. Esto es enseñar a los **estudiantes habilidades de inteligencia emocional, como la identificación y gestión de emociones, resolución de conflictos y habilidades de afrontamiento**. Estos programas pueden incluir talleres, actividades interactivas y lecciones integradas en el plan de estudios.

Realizar campañas de sensibilización para educar a estudiantes, profesores y personal escolar sobre la autolesión, sus causas y formas de ayudar a quienes la practican. Esto puede incluir charlas, distribución de materiales informativos y sesiones de capacitación.

4.1.2. Apoyo psicosocial

Formar **equipos multidisciplinarios** compuestos por consejeros escolares, psicólogos, trabajadores sociales y personal de enfermería que puedan identificar y apoyar a los estudiantes en riesgo de autolesión. Estos equipos pueden **proporcionar intervenciones tempranas y referencias a servicios externos cuando sea necesario**.

Por otro lado, establecer **programas de mentoría y apoyo entre pares** donde los estudiantes mayores o capacitados puedan ofrecer apoyo y orientación a sus compañeros más jóvenes. Estos programas pueden ayudar a crear un entorno de apoyo y reducir el aislamiento.

4.1.3. Un ambiente seguro

Desarrollar y aplicar políticas escolares que promuevan la inclusión y la no discriminación, creando un ambiente escolar donde todos los estudiantes se sientan seguros y valorados. Esto incluye la implementación de medidas contra el acoso escolar y el ciberacoso que, como hemos visto previamente, pueden ser factores desencadenantes o de riesgo en las CAL.

Complementando al punto anterior, **fomentar la participación en actividades extracurriculares que promuevan el bienestar físico y emocional**, como deportes, arte, música y grupos de discusión. Este tipo de actividades pueden proporcionar una salida saludable para el estrés y las emociones intensas.

4.1.4. Capacitación del personal educativo

Capacitar a los docentes y al personal escolar para que puedan **identificar signos de autolesión y sepan cómo intervenir de manera adecuada y compasiva**. La formación debe incluir cómo hablar con los estudiantes sobre la autolesión y cuándo referirlos a profesionales de salud mental.

Complementario a esto, se deben **establecer protocolos claros** para la intervención en casos de autolesión, que incluyan pasos específicos a seguir, desde la identificación hasta la derivación a servicios de salud mental. Estos protocolos deben ser conocidos y aplicados por todo el personal escolar.

4.1.5. Implicación de la comunidad y la familia

Fomentar la comunicación y la colaboración entre la escuela y las familias para apoyar a los estudiantes en riesgo. Esto puede incluir reuniones periódicas, talleres para padres y proporcionar recursos para ayudar a los padres a manejar y entender la autolesión.

De igual manera, **establecer vínculos con servicios comunitarios de salud mental y organizaciones de apoyo** que puedan ofrecer recursos adicionales y asistencia especializada a los estudiantes y sus familias.

4.1.6. Evaluación y monitoreo

Implementar sistemas para monitorear y evaluar la efectividad de las estrategias de prevención de la autolesión. Esto implica **recoger datos y feedback de estudiantes, padres y personal escolar** para ajustar y mejorar continuamente los programas y políticas. Y, finalmente, recurrir a estrategias basadas en la evidencia científica siempre será positivo, por tanto, es necesario que los centros escolares se involucren con centro de investigación y/o universidades para trabajar en conjunto.

En resumen, la prevención de la autolesión en el ámbito escolar requiere un **enfoque integral** que abarque la educación, el apoyo psicosocial, la creación de un ambiente seguro y positivo, la capacitación del personal, la implicación de la comunidad y las familias, y la evaluación continua. Al implementar estas estrategias, **las escuelas pueden desempeñar un papel crucial en la reducción de las conductas autolesivas y en la promoción del bienestar emocional de sus estudiantes**.

4.2. Intervención a nivel educativo

Como vimos en el apartado anterior, **el centro educativo debe convertirse en un espacio seguro y de apoyo para el adolescente**. De hecho, se enfatiza en que la estructura, la coherencia y la previsibilidad son elementos importantes en la formación de relaciones con jóvenes que se autolesionan (Mojtabai y Olfson, 2008).

Así, dichos autores indican que hay ciertos puntos en los que hay que enfatizar en el momento de trabajar con los estudiantes con CAL:

- a) Asumir la responsabilidad del comportamiento.
- b) Reducir el daño infligido como consecuencia de dicho comportamiento.
- c) Identificar los puntos detonantes o desencadenantes de las CAL.
- d) Identificar a las personas y espacios de apoyo a los cuales se va a recurrir en caso de tener el impulso de generarse daño para reducir la necesidad de lastimarse.
- e) Evitar los objetos que pueden potenciar una conducta de daño (por ejemplo, tijeras, grapas, objetos corto punzantes).

Lo importante de controlar dichas conductas es poder **encauzar al estudiante para que busque apoyo emocional y comunitario**.

Es importante que las instituciones educativas cuenten con un protocolo de respuesta que defina de manera general cómo actuar frente a situaciones de autolesiones, considerando la singularidad de cada caso y la necesidad de flexibilidad e individualización en los protocolos.

Según el material del Grupo GRETA compartida por la autora Anna Sintez Estévez (2023) para el portal web Sant Joan de Déu – Escola de Salut, algunos aspectos clave que deberían abarcar estos protocolos de actuación son:

A. LA FORMA DE RECONOCER LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS.

Como hemos visto a lo largo del curso, **identificar las CAL es el paso más importante, pero a la vez, el más complejo**. Es muy probable que los jóvenes que están infringiéndose algún daño no lo quieran compartir con los adultos de su entorno por miedo a ser juzgados. Por tanto, es común que sean sus pares (amigos/as, compañeros/as, parejas, entre otros) quienes sí estén al tanto de la situación.

Por tanto, es necesario, además de que educadores y personal del centro educativo reciban información sobre el tema, que estén atentos a los factores de riesgo y señales de alarma que hemos revisado en módulos anteriores.

B. EL MOMENTO OPORTUNO Y LA PERSONA ENCARGADA DE EVALUAR EL CASO.

Considerando la potencial dificultad de gestionar estos casos, para empezar, es necesario que el protocolo especifique **cómo y cuándo los profesionales deben informar sobre la sospecha de autolesiones de un estudiante**, así como a **quién deben hacer este reporte**.

Si se confirma que un estudiante se autolesiona, **la respuesta inicial es crucial**, ya que puede influir en su disposición para hablar sobre el tema y buscar ayuda. Es importante tener en cuenta que los profesionales del ámbito educativo pueden experimentar emociones negativas al enfrentarse a casos de autolesión en jóvenes. Por ejemplo: ira, preocupación o rechazo. Por tanto, el primer paso es **ser consciente de estas emociones y controlar la reacción, ya que estas pueden tener un efecto perjudicial en el bienestar del estudiante**, quien probablemente ha enfrentado estigma y juicios previos por su conducta de autolesión.

Por un lado, las recomendaciones para un abordaje adecuado serían:

- **Mantener una actitud calmada al hablar** con el adolescente, expresando que hay personas preocupadas por él/ella y que no está solo/a en su situación. De igual manera, se puede mencionar cómo hay otras personas que han pasado por situaciones similares y que han podido sobrellevarlas y superarlas.
- Es importante recordar al adolescente que la autolesión es una forma de enfrentar el dolor emocional, lo que indica que **estamos al tanto de su sufrimiento**. Al comunicarnos con los adolescentes, es beneficioso **utilizar sus propias palabras para referirse a la conducta**, evitando usar términos técnicos.
- Se deben aplicar estrategias básicas para una **comunicación efectiva**, como mantener contacto visual, mostrar interés tanto verbal como no verbalmente, respetar los silencios, entre otros aspectos.
- Es esencial que la **comunicación sea libre de juicios** para que el adolescente no se sienta juzgado negativamente ni etiquetado por su comportamiento de autolesión.
- Por tanto, dado que es importante hablar del tema, lejos de utilizar referencias a estudiantes en concreto, **se deberá reforzar el tema desde una perspectiva de educación emocional y el desarrollo de habilidades de gestión emocional, además de compartir recursos sobre este tema**.
- **Es importante instar a que los estudiantes busquen ayuda y se apoyen en los docentes en los que más confíen**.

Por otro lado, existen algunos aspectos que deberíamos evitar al momento de hablar con el/la adolescente:

- **No centrarse en el método, frecuencia o la forma en la que ha sucedido la lesión**, si bien esto es importante, lo más relevante es que el estudiante se sienta respaldado/a.

- **Procurar no mostrar angustia o nervios** al momento de hablar para evitar que se interprete como inseguridad.
- **No utilizar casos puntuales de ejemplo o hablar frente a otros estudiantes.** Recordemos que el tema es muy sensible y conlleva, por lo general, un estigma social, por lo que el abordaje debe ser privado. De hecho, se habla también de evitar el efecto del “contagio social”. Esto es, cuando en un período de pocas horas, incrementa significativamente el número de casos del mismo grupo.
- **Es muy probable que los docentes conozcan los detalles del caso del estudiante que ha incurrido en estas conductas, sin embargo, no es necesario profundizar, al momento de informar y sensibilizar sobre el tema en ello** para que no se vea como una posibilidad de “encontrar” nuevos métodos o partes del cuerpo para autolesionarse.
- **Abordar el tema de forma individual.** Este es un tema muy delicado y, por tanto, no es conveniente que se trate sobre ello en asambleas o tutorías grupales.

C. LOS ROLES Y RESPONSABILIDADES DE LOS PROFESIONALES INVOLUCRADOS.

Es imprescindible definir las personas que estarán a cargo de un “**equipo de emergencia**” que estará preparado específicamente para atender este tipo de casos.

Así, el grupo de profesionales que conforman este equipo puede variar e incluir roles como docentes, personal de enfermería, psicólogos y médicos. Dado que desempeñan funciones dentro del centro, es probable que puedan detectar posibles casos de autolesión. **Sería beneficioso que este equipo recibiera capacitación especializada de parte de profesionales de la salud mental para abordar de manera adecuada estas situaciones.**

El grupo GRETA indica que es necesario que el centro educativo junto a su equipo de actuación logre:

- **Elaborar un protocolo** para manejar situaciones de autolesión dentro del centro educativo.
- Atender y **tomar medidas ante cualquier indicio o caso de autolesión**, orientando y brindando respaldo al personal del centro.
- Entablar conversaciones con el estudiante afectado, **asegurándose de que reciba atención de enfermería si presenta heridas.**
- **Garantizar que se realice una evaluación del riesgo potencial de suicidio.**
- **Actuar como intermediario entre el estudiante, sus padres o tutores legales, el cuerpo docente y el personal del centro**, así como los compañeros, y posiblemente profesionales externos como el médico de familia, el psicólogo clínico o el psiquiatra.
- Desarrollar una **relación de confianza con el estudiante** para brindarle apoyo en la superación de su situación.

D. LOS PROCEDIMIENTOS PARA COMUNICARSE CON LOS PADRES O BUSCAR AYUDA EXTERNA CUANDO SEA NECESARIO.

Como hemos manifestado anteriormente, es muy probable que toda conducta de autolesión se realice a escondidas para evitar la confrontación con otras personas, especialmente con los padres de familia. No obstante, es importante **promover un diálogo respetuoso y cercano entre el estudiante y su grupo familiar junto a un profesional de la salud mental.**

Por tanto, se puede buscar un espacio, como una reunión entre estas partes, para que el estudiante pueda expresar sus sensaciones de forma segura. Adicionalmente, este será un **espacio para poder brindar recursos informativos y herramientas que permitan el afrontamiento de dicha situación.**

E. CRITERIOS Y PAUTAS PARA VALORAR EL NIVEL DE RIESGO ASOCIADO.

En este caso, aunque podríamos estar hablando de una autolesión sin riesgo suicida, es necesario valorar la posibilidad de riesgo suicida, en este caso, en el entorno escolar, para así tomar las medidas necesarias.

Por tanto, a continuación, se ofrece una guía que puede servir como protocolo de valoración de riesgo y gravedad de la situación:

Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
- Baja frecuencia (pocos episodios a lo largo de la vida). - Métodos para hacerse daño no muy “graves”, por ejemplo, pellizcos o rasguños. - Utilizar uno o dos métodos de este tipo. *Estas características no implican que no haya que hacer seguimiento en este caso, pues este tipo de conductas pueden escalar y aumentar el nivel de riesgo en el futuro.	- Baja frecuencia (pocos episodios a lo largo de la vida). - Métodos para hacerse daño que sí pueden generar lesiones más prolongadas, por ejemplo, golpearse, clavarse objetos, etc. - Utilizar dos métodos de autolesión distintos. *Presentan mayor riesgo que el grupo anterior y, muy probablemente, esté en presencia de algún problema de salud mental.	- Alta frecuencia (más de cinco episodios en el último año, más de 10 a lo largo de la vida). - Métodos para hacerse daño de forma más prolongada o permanente, por ejemplo, cortes, quemaduras, laceraciones. - Utilizar métodos de autolesión distintos. *Grupo más propenso a infringirse daño y contemplar ideas de suicidio, además de estar en presencia con otros problemas de salud mental.

Fuente: Elaboración propia basada en el portal Sant Joan de Déu – Escola de Salut (2023).

4.3. Papel de la familia y la comunidad en la recuperación

Como no puede ser de otra manera, enterarse de una situación como esta puede ser un fuerte golpe para la familia. De hecho, **es muy común que la primera reacción frente a ello sea la incredulidad y el miedo**, sobre todo ligado al potencial peligro que esto podría provocar en la vida del menor.

Adicionalmente, es también posible que se perciba un sentimiento de vergüenza, tanto para la persona como para la familia, pues, lamentablemente, todavía hay un gran estigma debido al desconocimiento de este tema. De hecho, se tiende a recurrir a espacios médicos, hospitalarios y de emergencia cuando la lesión es tan profunda que requiere de atención como puntos, suturas o recolocación de huesos.

Siguiendo esta línea, **es imprescindible cuidar las reacciones que, como adultos, podemos transmitir al menor**, pues muchas veces pueden dar la sensación de ser punitivas o incluso reforzar el comportamiento de autolesión, impidiendo que la persona busque apoyo en el futuro por miedo a ser juzgada.

Así pues, como primeras medidas, según Silva [2024], será oportuno:

- **Fomentar una comunicación abierta** donde se practique una escucha activa y sin prejuicios ni críticas.
- **Reconocer y comprender la dificultad que implica hablar** sobre la conducta autolesiva, centrándose en el diálogo y evitando detalles innecesarios.
- **Mostrar disponibilidad emocional, seguridad y respaldo incondicional** para que el joven se sienta respaldado por su familia.
- **Evitar las amenazas y los ultimátums**, ya que no son efectivos y pueden generar aislamiento y comportamientos más perjudiciales.
- **Buscar ayuda profesional** para comprender las razones detrás de la autolesión y brindar orientación en el manejo de las emociones.
- **Mantener una actitud positiva** que transmita al adolescente la capacidad de afrontar el problema con el respaldo de su familia y la asistencia de profesionales.



4.4. Recursos para abordar las autolesiones

Complementario a todo lo que hemos visto en el curso, existen recursos educativos que pueden ser de gran utilidad para adolescentes, familias y educadores. Te compartimos algunos de los portales web utilizados para la elaboración de este curso y que pueden resultar de gran utilidad:

- **Sociedad Internacional del Autolesión:** Portal en el que se encuentran artículos científicos e investigaciones relacionadas al tema y que contiene una red de apoyo de psicólogos a los que acudir en caso de ayuda.
- **SOM Salud Mental 360°:** Plataforma digital de Sant Joan de Déu, Hospital de Barcelona, con gran cantidad de información y recursos sobre salud mental.
- **Self-injury & Recovery Resources [SIRR]:** Portal que forma parte del *Cornell University* en el que se comparten varios recursos sobre CAL.
- **Grupo de estudio y tratamiento de la autolesión [GRETA]:** Plataforma focalizada en Autolesión no Suicida [ANS] con múltiples herramientas y estrategias para abordar las CAL.

4.5. Reflexión final

Como hemos visto a lo largo del curso, las conductas de autolesión en la adolescencia representan un problema de salud pública que nos concierne a todos. El infradiagnóstico y la baja capacidad para identificar los casos de autolesiones han dificultado su abordaje e intervención oportuna. A lo largo de estas páginas, hemos podido comprender mejor este fenómeno complejo para poder **acompañar de manera más efectiva a los adolescentes que puedan estar lidiando con esta situación**. Este es uno de los principales objetivos que se marcaron en este curso.

En ese sentido, es de suma importancia que tanto los profesionales de la salud mental como los educadores y las familias estén informados. Mediante un **acercamiento empático y asertivo**, se debe acompañar al adolescente para promover la búsqueda de su bienestar y su desarrollo saludable. Y, como siempre, promoviendo la importancia de cuidar la salud mental y de romper el silencio. **Pedir ayuda a tiempo puede ser determinante para un mejor pronóstico.**

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association, ed. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric association 2013.
- Blasco-Fontecilla, H., Fernández-Fernández, R., Colino, L., Fajardo, L., Perreguer-Barrio, R., & de Leon, J. [2016]. The Addictive Model of Self-Harming [Non-suicidal and Suicidal] Behavior. *Frontiers in Psychiatry*, 7[8]. <http://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00008>
- Brown, R.C., Plener, P.L. [2017]. Autolesiones no suicidas en la adolescencia. *Current Psychiatry Reports*, 19, 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Brown, R. C., Fischer, T., Goldwisch, A. D., Keller, F., Young, R., & Plener, P. L. [2018]. # cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. *Psychological medicine*, 48[2], 337-346
- Cornell University. [s.f.]. About self-injury. Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery. <https://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/about-self-injury.html#tab13>
- Haines, J., Williams, C.L., Brain, K.L., Wilson, G.V. [1995]. The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 104[3], 471-489. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.104.3.471>
- Hong, V., Ewell Foster, C. J., Magness, C. S., McGuire, T. C., Smith, P. K., & King, C. A. [2018]. 13 Reasons Why: viewing patterns and perceived impact among youths at risk of suicide. *Psychiatric services*, 70[2], 107-114.
- Ferreiro, D., López, K., Núñez, V., González, N., y Boix, A. I. [2023]. Capítulo 3. Autolesiones no suicidas: abordaje integral desde el primer nivel de salud y sector educativo. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 94[nspe1], e404. <https://doi.org/10.31134/ap.94.s1.4>
- Fleta Zaragoza, J. [2017]. Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47[2], 37-45.
- Grupo GRETA. [s.f.]. Estrategias para prevenir la autolesión y mejorar el bienestar emocional. <https://grupogreta.com/estrategies/>
- Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. [n.d.]. Guía práctica para educadores: Alumnos que se autolesionan. Escuela de Salud para Educadores. <https://escola-salut.sjdhospitalbarcelona.org/es/educador/alumnos-autolesionan-guia-practica-educadores>
- In-Albon, T., Bürli, M., Ruf, C., y Schmid, M. [2013]. Non-suicidal self-injury and emotion regulation: a review on facial emotion recognition and facial mimicry. *Child Adolescents Psychiatry Mental Health*, 7, 5. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-5>
- In-Albon, T., Schmid, M. [2012]. Selbstverletzendes Verhalten im Kindes- und Jugendalter. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 4. Materialien für die Psy-*

chotherapie. Berlin: Springer, 769-782.

- Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY: Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *Can J Psych* 59(11):565-568, 2014. doi:10.1177/070674371405901101
- Mojtabai, R. y Olfson, M. [2008]. Detección parental de conductas de autolesión en jóvenes. *Suicidio y vida: conducta amenazante*, 38(1), 60-73. Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/224878693?accountid=10267>
- Mollà, L., Batlle Vila, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., Pérez, V., y Bulbena, A. [2015]. Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 51–61. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408>
- Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, Patton GC: The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*. 2012, 379: 236-243. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61141-0.
- Moutier, C. [2023]. Autolesión no suicida [ALNS]. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/es-ve/professional/trastornos-psiQUI%3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/autolesi%C3%B3n-no-suicida-alns>
- Nock, M. K., y Mendes, W. B. [2008]. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 28–38. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.28>
- Ferreiro, D., López, K., Núñez, V., González, N., y Boix, A., I. [2023]. Capítulo 3. Autolesiones no suicidas: abordaje integral desde el primer nivel de salud y sector educativo. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 94[nspe1], e404. <https://doi.org/10.31134/ap.94.s1.4>
- Plener, P.L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J.M., y Brown, R.C. [2018]. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Dtsch Arztebl Int*, 115, 23-30. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0023.
- Grupo de trabajo del OPBE sobre evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia. Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2022. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/02/2020_avalia-t_opbe_autolesionesadolesc_def_nipo_doi-1.pdf
- Ospina Gutiérrez, M. L., Ulloa Rodríguez, M. F., y Ruiz Moreno, L. M. [2019]. Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria. *Medicina de la familia. SEMERGEN*, 45(8), 546-551. DOI: 10.1016/j.semerg.2019.02.010

- Quigley, J., Rasmussen, S., y McAlaney, J. [2017]. The associations between children's and adolescents' suicidal and self-harming behaviors, and related behaviors within their social networks: A systematic review. *Archives of suicide research*, 21(2), 185-236.
- Saíz, M., Alberdi, I., Serván, B. y Baena, R. [2022]. Autolesión no suicida como entidad nosológica diferencial. *Interpsiquis* 2022. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-10-2022-162-pon7.pdf>
- Sánchez Sánchez, T. [2018]. Autolesiones en la adolescencia. Significados, perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 185–209. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.196>
- Silva, Y. [2024]. Las autolesiones en adolescentes: una llamada de auxilio. Instituto Raimon Gaja. <https://institutoraimongaja.com/las-autolesiones-en-adolescentes-una-llamada-de-auxilio/>
- Suyemoto, K. L. [1998]. The functions of self-mutilation. *Clinical psychology review*, 18(5), 531–554. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(97\)00105-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00105-0)
- Swannell, S.V., Martin, G.E., Page, A., Hasking, P., y St. John, N.J. [2014]. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2, 1-31.
- Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. [2021]. Interventions for self-harm in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD013667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2>

