

*Lobo Aybar, María Pía*

## **Autolesiones no suicida en adolescentes**

Carrera de Especialización en Psiquiatría Infanto Juvenil

*Trabajo final 2022*

*Cita sugerida:* Lobo Aybar MP. Autolesiones no suicida en adolescentes. [trabajo final de especialización] [internet]. [Buenos Aires]: Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires; 2022 [citado AAAA MM DD]. 30 p. Disponible en: <https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/tesisyt/20230606104657/trabajo-final-lobo-pia.pdf>

Este documento integra la colección Tesis y trabajos finales de Trovare Repositorio del Institucional del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires y del Hospital Italiano de Buenos Aires. Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente. Para más información visite el sitio <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/>



# **Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires**

**Especialidad: Psiquiatría Infanto Juvenil**

**Título:**

**Autolesiones No Suicida en Adolescentes**

**Autora:** María Pía Lobo Aybar

**DNI:** 32.846.855

**Tutor:** Dr. Roberto Pallia

**Fecha de Entrega:** 15/06/2022

**Aprobado 10/6/22**

**Dr. Roberto Pallia**



## Índice

Resumen	2
Introducción	3
Objetivos	4
Metodología	4
Capítulo I: Evolución del Concepto de Autolesiones no Suicida	5
Capítulo II: La adolescencia y las Autolesiones no Suicida	7
Función de las Autolesiones	7
Factores de Riesgo	9
Criterio Diagnóstico	12
Situación Sociodemográfica: Autolesiones no suicida	15
Características Clínicas de las Autolesiones no Suicida	16
Factores Neurobiológicos y las Autolesiones no Suicida	18
La conducta autolesiva: Apego y Mentalización	
Evidencia de los Trastornos Psiquiátricos y Autolesiones no Suicida	20
Capítulo III: Circuito de Atención de los Pacientes Adolescentes con Autolesiones no suicida en el HIBA	21
Circuito de Atención de autolesiones en el servicio de Salud Mental Pediátrica	25
Conclusión	26
Bibliografía	27

## **Resumen**

La adolescencia es un período vital donde acontece un importante desarrollo, cambios físicos y psíquicos que generan una gran vulnerabilidad. Cuando los adolescentes no cuentan con los mecanismos de afrontamiento adecuados pueden llegar a acudir a conductas autolesivas. Las autolesiones son un fenómeno frecuente en adolescentes, se asocian con trastornos psicopatológicos como la depresión, ansiedad y mayor riesgo de suicidio. Consisten en autoinjurias realizadas de forma directa sobre el propio cuerpo que pueden ser con o sin intención de morir. El objetivo de la presente revisión narrativa es describir los principales hallazgos e investigaciones sobre las autolesiones no suicidas en adolescentes empleando para la búsqueda de artículos la base de datos de PubMed y Google Scholar. Se ha evidenciado en los diferentes estudios las funciones que cumplen las autolesiones no suicidas, la interacción de los diferentes factores de riesgo, los criterios diagnóstico, prevalencia, las características de las autolesiones no suicidas y su relación con el apego, mentalización y psicopatología. Por último se explica el circuito de atención de los pacientes adolescentes con autolesiones no suicidas en el HIBA. Se han extraído como conclusiones principales de esta revisión que la conducta autolesiva está incrementando su incidencia entre adolescentes, que no se han elaborado suficientes estudios y revisiones al respecto, y además, que la severidad de las autolesiones puede predecir el riesgo futuro de que se cometa un suicidio. Es por ello que es imprescindible que se continúe investigando, teniendo en cuenta la utilidad de los estudios para el desarrollo de programas de prevención y tratamiento.

## Introducción

El perfil epidemiológico de la salud en nuestro país ha sufrido cambios significativos durante estos últimos años. La violencia, los intentos de suicidios y el consumo abusivo de sustancias psicoactivas, nos ponen ante nuevas formas de enfermar en nuestra sociedad.

La adolescencia es un período vital donde acontece un importante desarrollo, cambios físicos y psíquicos que generan una gran vulnerabilidad. Cuando los adolescentes no cuentan con los mecanismos de afrontamiento adecuados para sobreponerse a estos cambios, como vías para resolver sus conflictos y aliviar las diversas presiones personales, familiares y sociales, pueden llegar a acudir a conductas autolesivas (Gómez Sánchez et al., 2018)

Las autolesiones son un fenómeno multifacético relativamente frecuente en adolescentes y representa un problema de salud creciente, puesto que muestran asociación con trastornos psicopatológicos como la depresión, ansiedad y mayor riesgo de suicidio (Gatta et al., 2016)

Las autolesiones consisten en autoinjurias realizadas de forma directa sobre el propio cuerpo que pueden ser con o sin intención de morir (Butler & Malone, 2013). En la literatura se encuentra una gran variedad de conceptos para referirse a las mismas, entre ellos autoagresión, autoagresión deliberada, conducta autolesivas (equivalente a los términos en inglés *self harm*, *deliberate self harm*, *self injury* y *self injurious behavior*, respectivamente), comportamiento parasuicida, conductas autodestructiva, violencia autodirigida y lesiones autoinflingidas. Cabe aclarar que en la última edición del DSM 5 se incorpora una nueva categoría diagnóstica, las *autolesiones no suicida* o su término correspondiente en inglés, *Non-suicidal self-injury* (NSSI) (American Psychiatric Association, 2013). En el siguiente trabajo abordaremos específicamente las autolesiones no suicidas (ANS).

Dado que en los últimos años estos comportamientos han adquirido mayor relevancia, unido al conocido riesgo de transición de una conducta autoagresiva a otra que implique la mortalidad, los investigadores especializados las han incluido entre los problemas que requieren más estudio en los manuales de clasificación de los trastornos mentales entre la población joven y adolescente. Esclarecer el concepto de *conductas*

*autolesivas sin intención suicida*, estableciendo sus límites y factores de riesgo, permite plantear un apropiado abordaje diagnóstico y terapéutico.

## **Objetivos**

El objetivo fundamental de este trabajo ha sido realizar una revisión narrativa y proporcionar una puesta al día en relación a las autolesiones no suicidas producidas en la etapa de la adolescencia y sus factores influyentes. Como objetivo secundario se propone demostrar el circuito de atención de las autolesiones en el Servicio de Salud Mental del Hospital Italiano de Buenos Aires.

## **Metodología**

Se realizó una búsqueda a través de PubMed y Google Scholar para artículos relevantes en el tema de *Autolesiones no suicidas en adolescentes* en inglés y español sin límite de fecha. Se incluyeron artículos originales y revisión sistemática. La selección de artículos se basó en el juicio clínico.

## Capítulo I: Evolución del Concepto de Autolesiones no Suicida

Desde la antigüedad se describen casos de autolesiones en las diferentes religiones, por ejemplo en el cristianismo el Nuevo Testamento hace referencia a la curación del endemoniado de Gerasa, que “Día y noche vagaba entre los sepulcros y por la montaña, dando alaridos e hiriéndose con piedras” (San Marcos, 5: 5). Lo que podría estar relacionado con la culpa de los individuos. Otro ejemplo sería, los musulmanes chiíes durante la celebración de la fiesta del Ashura, en la cual salen a la calle para celebrar la muerte del imán Hussein, nieto de Mahoma. Esta festividad se caracteriza por la autolesión pública, tanto de niños como de mayores, y su cántico de dolor (Romani et al., 2008) Recién en la década de los 30 el psicoanalista Karl Menninger utilizó el término *automutilación*, para describir una conducta propia de las personas que tenían una forma de actuar autodestructiva y la identificó como una técnica para regular la ansiedad de los individuos (Romani et al., 2008)

Posteriormente, la conducta autolesiva comenzó a entenderse como un intento de suicidio, independientemente de la existencia o no de intención letal. Sin embargo, algunos autores expresaron disconformidad con el enfoque, señalando que la mayoría de los sujetos con comportamientos autolesivos no tenían intención de suicidarse (Klonsky et al., 2007)

La controversia se evidenció en la evolución de la terminología empleada en la literatura, dando lugar a la diversidad de conceptos como automutilación, parasuicidio, autolesión deliberada, o autolesión deliberada no fatal. Posteriormente otros autores argumentan el concepto de la autolesión como una entidad con diagnóstico propio. Se intentó definir este comportamiento sin éxito. En 1970 algunos teóricos británicos iniciaron investigaciones sobre las conductas automutilantes, defendiendo que estos comportamientos debían pertenecer a una entidad independiente, recalando su gravedad y la presencia de una alteración psicológica asociada a ellas, así como la presencia de un importante riesgo para la vida de estos sujetos. Al inicio de la década de los 80, Pattison y Kahan proponen el síndrome de autolesión deliberada, que se describe como la incapacidad de impedir el impulso autolesivo, la presencia de un previo estado negativo y posterior alivio. Luego, Favazza y Rosenthal sugirieron la inclusión del síndrome de autolesión repetitiva en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

*Disorders* (DSM) sumando a la anterior definición la preocupación por el daño físico (Nock, 2010). Ya en el año 2005, Muehlenkamp enfatizó la ausencia de motivos suicidas y su inquietud por la naturaleza repetitiva del comportamiento (Dhingra & Ali, 2016) y recientemente, en 2009, Shaffer y Jacobson exponen razones para la clasificación independiente de la autolesión, incluyendo la asociación de la conducta con un deterioro funcional y clínico, y la evidencia de que no debe entenderse necesariamente como sintomatología del trastorno límite de la personalidad (TLP). Se establece una diferencia importante entre las definiciones de suicidio y autolesión. Asimismo su identificación como entidad diagnóstica propia, será favorecida por su investigación posterior, siendo importante para profundizar en su comprensión (Selby et al., 2012). Por último, en 2013, y debido al incremento y gravedad de la autolesión no suicida se introdujo como un diagnóstico específico en el DSM-5 como condición que requiere más estudio.



## Capítulo II: La adolescencia y las Autolesiones no Suicida

### Función de las Autolesiones

En la bibliografía se describen diferentes motivos por lo que los adolescente se autolesionan, los cuales se enumeran a continuación:

- *Para llamar la atención:* las autolesiones son llamativas y hacen que los demás sientan la necesidad de estar pendiente de la persona que se autolesiona por miedo a que lo vuelva hacer. En estos casos se busca la atención, el afecto, que se les escuche o se haga los que ellos quieren. Para algunos autores el llamado de atención, se denomina, *acting out*, es decir, un llamado, un grito o una voz de auxilio, siendo así que el sujeto deposita en la piel lo que no es escuchado, lo que no logra tramitar por la vía de la palabra, pero que habla de su realidad interna y externa, social y afectiva. El *acting out* se refiere a un acto por fuera de la conciencia de sí, es de carácter impulsivo y con salida de contenidos reprimidos, el cual es dirigido a otras personas a modo de castigo inconsciente. Por lo que al cortarse el individuo logra liberar aquellos contenidos inconscientes lo que explica la sensación de alivio (Correa, 2017) (Sánchez Sánchez, 2017)
- *Para castigarse:* este motivo se da sobre todo en adolescentes con baja autoestima, sentimiento de culpabilidad, de no merecer algo o de ser responsable de algo negativo, por lo que merecen un castigo. Muchas veces representan sentimientos de odio, rechazo o disgusto hacia uno mismo (Correa, 2017) (Sánchez Sánchez, 2017)
- *Para evadir un malestar emocional:* ya que en el malestar físico, el dolor, tiene prioridad sobre cualquier otra sensación, detiene el proceso de pensamiento, interrumpiendo los sentimientos, es decir que es una forma de controlar las emociones. Cuando hay pensamiento negativo constante, ansiedad, depresión, los adolescentes pueden autolesionarse por el propio malestar que se produce, pero también porque las autolesiones bloquean temporalmente los pensamientos. Probablemente por la incapacidad de pasar por la palabra las emociones intensas, lo que daría como resultado una dificultad para nombrar el malestar, y

dicha represión emocional puede hacer que pasen al acto de cortarse como otra manera de decir (Correa, 2017)

- *Como conducta parasuicida*: a veces es para ponerse a prueba, para saber que van a sentir en el momento. También con el fin de demostrar inseguridad y en el momento frenan la conducta antes de que sea letal. En la mayoría de casos, los adolescentes que se cortan no intentan suicidarse, solo buscan una salida de aquello que les resulta insoportable, que generalmente es de contenido inconsciente, encontrando un alivio inmediato que no garantiza la elaboración subjetiva de lo que les genera angustia. Se entiende como un llamado al otro para que le dé un lugar en el afecto y le ayude a reparar los vínculos y los traumas inconscientes de su realidad (Correa, 2017)
- *Como forma de control*: en este aspecto influye la necesidad y el sentimiento de control. Sobre situaciones que sobrepasan al adolescente y no se puede controlar a los demás o lo que le rodea, sin embargo sí puede controlar su propio cuerpo a través del daño que se autorrealiza. Muchas veces la intención es controlar la ansiedad o la tristeza (Correa, 2017) (Sánchez Sánchez, 2017)
- *Por sentimientos de vacío crónico*: el sentimiento de vacío, de que falta algo o de que no se puede sentir nada puede ser muy frustrante y llevar a la persona a desear sentir algo, por malo que sea. La autolesión causa dolor y sentimientos que puede hacer que la persona los utilice para suplir esos episodios de vacío existencial, para hacerles sentir que están vivos (Correa, 2017) (Sánchez Sánchez, 2017)

Correa (2017) describe que la piel es una envoltura psíquica con contenidos inconscientes que separa la realidad interna de la realidad externa, pero también es un lugar de tránsito entre ambas realidades. El autocorte es una escritura y actuación sobre el cuerpo, que representa conflictos y traumas del pasado imposibles de simbolizar de manera consciente, y lo que no se puede nombrar se actúa. Las escrituras sobre el cuerpo, en lugar de corresponder a un síntoma que debe ser borrado o eliminado, le posibilitan al sujeto un trámite de sus conflictos internos. Se debe inclinar por socializar dicha expresión para que sea menos autodestructiva. En la mayoría de las ocasiones, representa un acting out o demanda de amor, atención y cuidados, sin representar el

deseo real de morir; sin embargo, es una expresión que ante la falta de respuesta, puede cambiar a otras expresiones más lesivas, e incluso advenir en ideaciones suicidas.

Por otro lado, en el trabajo realizado por Gomez Sanchez et al. (2018) se identificó que el 69% de los adolescente recurrían a las autolesiones no suicidas con la intención de relajarse, el 63% con el fin de aliviar la sensación de estar entumecido o vacío, el 55,6% como forma de autocastigo, el 52% refería que lo realizaba para detener malos pensamientos, el 25,9 % se autolesionaba ante situaciones escolares, el 29,6% se autolesionaba con la intención de controlar alguna situación. Un porcentaje bajo de la muestra (un solo paciente) refirió realizarse las autolesiones para conseguir la atención de los demás como así también a modo de imitar a otro.

### **Factores de Riesgo**

A continuación se describen los diferentes factores involucrados en el riesgo de desarrollar ANS en adolescentes.

#### *Factores Sociodemográficos:*

- Sexo: tener sexo femenino, se identifico como un factor de riesgo para presentar autolesiones (T. B. Brown & Kimball, 2013). En ellas tienen gran impacto la negligencia emocional por parte de sus progenitores, una relación inestable con el padre y experimentar abuso sexual en la infancia (Lenkiewicz et al., 2017). Un estudio encontró que las mujeres iniciaban las autolesiones por *motivos sociales directos*, por ejemplo captar la atención de alguien (Burke et al., 2015). En contraste, en el sexo masculino es más relevante la separación prematura en la infancia o haber experimentado violencia física (Lenkiewicz et al., 2017). Además en los hombres, en otro estudio se mostró que el inicio de la autolesión se daba por *motivos sociales indirectos*, por ejemplo estar enojado con alguien (Burke et al., 2015).
- Edad: Algunos estudios han determinado que estadísticamente los chicos comienzan a autolesionarse antes que las chicas pero en otros ensayos este dato no se replica. Se detecta en sus diferentes variantes, en la adolescencia temprana, incluso en la niñez, incrementándose hasta la adolescencia media y tardía. Otros

investigadores han señalado que el incremento progresivo en mujeres se observa hasta la adolescencia media, mientras que en los hombres la prevalencia de las conductas se mantiene estable. Por otro lado, ya en la adolescencia tardía suele producirse un leve declive (Albores Gallo et al., 2014); (Ulloa Flores et al., 2020)

#### *Factores psicosociales.*

- Relación disfuncionales con los padres: la relación inadecuada con las madres está vinculada tanto a la existencia como a la gravedad de las ANS, mientras que la relación con los padres incide en la intensidad de la conducta (Tschan et al., 2015); (Gatta et al., 2017). Por lo que aquellos adolescentes que tengan una mala relación con los padres caracterizada por un nivel bajo de calidez, altos niveles de afecto negativos y una protección fallida tiene más riesgo de padecer ALN. Además en el caso de las madres se observa que éstas padecen tasas superiores de depresión, ansiedad y estrés, en comparación con la población general (Arbuthnott & Lewis, 2015).
- Bullying/Acoso: tiene un riesgo elevado para que se produzcan estos comportamientos (Lereya et al., 2015)
- Maltrato Infantil: se vio que los adolescentes con antecedentes de diversas formas de abuso infantil ya sea emocional, físico o sexual, tienen más riesgo de desarrollar ANS y que el riesgo es aun mayor si el abuso es realizado por ambos padres. Además se encontró asociación con ANS independientemente de la etapa del desarrollo infantil que se lleve a cabo la situación de abuso y se evidenció aún más riesgo en las situaciones de abuso a repetición (Yuhui et al., 2015).

#### *Factores Psicopatológicos*

Los adolescentes que sufren ANS suelen tener dificultades a la hora de gestionar sus conflictos internos. Se ha estudiado que estos pacientes tienen pobres recursos cognitivos, como pueden ser la tendencia a valorarse negativamente, una autoestima baja, o frecuentes conductas evitativas.

Además, se ha estudiado la existencia de una alta relación entre las autolesiones no suicidas y la alexitimia, siendo estos pacientes individuos que muestran problemas para identificar el componente afectivo de las emociones, y por tanto su incapacidad para internalizarlas debidamente. El estudio realizado por Gatta et al (2016) determinó que el 100% de los adolescentes de su muestra, que presentan autolesiones no suicidas presentan dificultades para identificar y comunicar sus emociones. En este trabajo se utilizó la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y todos los pacientes puntuaron más de 51, valor correspondiente a su punto de corte. Además se identificó que los adolescentes que se autolesionan con mayor frecuencia tenían puntaje más alto TAS-20, concluyendo que los adolescentes que se autolesionan repetidamente tienen más dificultades para manejar sus emociones y comunicarlas a los demás

Esto coincide con otro estudio en el que se halló correlación elevada entre autolesiones no suicidas y alexitimia en individuos que muestran imposibilidad para identificar el elemento afectivo de las emociones y, por ende, incapacidad de expresarlas verbalmente (Del Rosario Flores-Soto et al., 2018). Esto explica que cuando hay una elevada incapacidad para distinguir los propios afectos y expresar los conflictos afectivos por medio del lenguaje, se desarrolla la posibilidad de que el adolescente busque expresar mediante las autolesiones no suicidas.

## **Criterio Diagnóstico**

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM 5 los criterios diagnóstico de las ANS, son los siguientes:

- A) “En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionalmente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p. ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conlleva un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).
  - B) El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:
    - 1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
    - 2. Para resolver una dificultad interpersonal.
    - 3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.
- El alivio o respuesta deseados se experimentan durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.
- C) Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:
    - 1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.
    - 2. Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.
    - 3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.
  - D) El comportamiento no está aceptado socialmente (p. ej., piercings, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.
  - E) El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.
  - F) El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos,

el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivos. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p. ej., trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía, trastorno de excoriación” (American Psychiatric Association et al., 2013).

#### *Criterio A*

Con respecto al criterio A, se encontró evidencia mixta sobre si participar en ALN durante cinco días en el último año es un punto de referencia clínicamente significativo y válido. Albores-Gallo et al. (2014) evaluó la prevalencia por período de tiempo y encontró que la mayor frecuencia se obtuvo con la definición de 5 eventos en un año para ambos sexos, lo que coincide con otros estudios que mostraron que aumentar el criterio de 5 o más de 10 autolesiones en el último año baja la prevalencia (Buelensa et al., 2020) lo que da sustento a los criterios propuestos en el DSM-5. Por el contrario, otras investigaciones han sugerido que se debe aumentar el nivel de corte y/o disminuir el período de tiempo para delimitar mejor a los individuos con ANS más grave (Faura-García et al., 2022).

Además podemos destacar que la gravedad es una característica que no se tiene en cuenta en los criterios del DSM 5.

#### *Criterio B*

Con respecto a este criterio se encontró que el 89 % de los adolescentes con antecedentes de ANS a lo largo de la vida cumplían el criterio B. Este alto respaldo se debió en gran parte a que el 86% de los adolescentes informaron que se autolesionaba para aliviar pensamientos o sentimientos negativos (Buelensa et al., 2020). Lo que coincide con otros estudios (Albores Gallo et al., 2014; Gómez Sánchez et al., 2018).

### *Criterio C*

En el estudio de Buelensa et al. (2020) se verifica un alto grado de cumplimiento de este criterio, el cual se dio en el 99% de los casos. El criterio C1, que describe las dificultades interpersonales y los sentimientos negativos que aparecen justo antes de la conducta autolesiva como el principal desencadenante de la misma, está presente en casi todos los casos y se cumple para más del 97% de los adolescentes analizados, e incluso para la inmensa mayoría de los casos que no cumplen la totalidad de criterios de ANS. En este mismo estudio se verifica también un alto grado de cumplimiento de los criterios C2 y C3 (Buelensa et al., 2020)

### *Criterio D*

Se define como comportamientos no aceptados socialmente, en el estudio de Buelensa et al., (2020) se encuentra presente con una alta tasa de cumplimiento.

### *Criterio E*

Trata sobre el malestar clínico provocado por las autolesiones, o por las interferencias en el funcionamiento diario. Los adolescentes informaron una interferencia relativamente baja en su vida diaria debido a su ANS (Buelensa et al., 2020). Esta falta de deterioro también ha sido informada por estudios previos en el que se asoció las autolesiones con sufrimiento o deterioro para el 72,4% de esta muestra. Los adolescentes que representaban esta muestra reconocieron mayoritariamente deterioro/angustia por tener que tapar cicatrices durante el verano o sentir vergüenza y culpa por cortarse, además de preocuparse por las reacciones de los familiares a su ALN (Zetterqvist et al., 2020)

### *Criterio F*

El criterio F expresa que el comportamiento no aparece exclusivamente durante episodios psicóticos (entre otros). En una muestra de adolescentes se observó que el 100% de la muestra cumplía con este criterio, lo que coincide con la bibliografía. (Buelensa et al., 2020; Zetterqvist et al., 2020)



## **Situación Sociodemográfica: Autolesiones no suicidas**

A continuación se describen los aspectos sociodemográficos de las ANS como la tasa de prevalencia de por vida, distribución por sexo, edad y aspectos vinculares en la población adolescente.

### *Prevalencia*

Un estudio realizado en México en la población general, escuela secundaria, señaló una prevalencia de ANS en adolescentes de 5,6%. En este trabajo se utilizó como herramienta la *Cédula de Autolesiones* (Albores Gallo et al., 2014)

Por otro lado, en el estudio realizado por Gomez Sanchez et al. (2018) en España, en una unidad de hospitalización psiquiátrica infanto juvenil se determinó una prevalencia del 24,54%, para lo cual se utilizó el cuestionario *Autoinforme de evaluación funcional de la automutilación* (FASM) en español.

Otro estudio realizado en Ecuador con una población adolescentes escolar, reveló una prevalencia del 29%, la misma se obtuvo mediante encuestas previamente validadas y aplicadas a los estudiantes de forma anónima (Luzuriaga, 2016). Lo que coincide con un estudio realizado en Bélgica en adolescentes escolarizados en el cual la prevalencia fue del 21,6% (Buelensa et al., 2020)

En nuestro país un trabajo realizado en Necochea, en la población general, se destacó una prevalencia del 13% de ANS en adolescente, para lo que se utilizó un registro de datos básicos (Di Rico et al., 2016).

### *Edad de inicio de las autolesiones no suicida*

En España se ha reportado como edad media de inicio a los 12 años (Gómez Sánchez et al., 2018). Lo que coincide con el estudio de Albores-Gallo et al. (2014) realizado en México. En nuestro país se reporta una edad de inicio de  $12,9 \pm 1,3$  años (Agüero et al., 2018). Mientras que en Italia se halló a los 14 años (Gatta et al., 2016).

### *Sexo*

Los estudios indican que las ANS en adolescentes son más frecuentes en el sexo femenino que en el sexo masculino (Gómez Sánchez et al., 2018), (Ulloa Flores et al., 2020). Gatta et al., (2016) señala una distribución 75,8% en el sexo femenino y 24,5 %

en el sexo masculino, lo que coincide con un trabajo realizado en nuestro país, en el cual se halló una distribución del 71,6% de ALN en mujeres de la población general (Galarza et al., 2019). Sin embargo Albores-Gallo et al (2014) señala una distribución pareja en su estudio, destacando que el 54% de la muestra fueron adolescentes del sexo femenino.

#### *Características vinculares*

Gómez Sánchez et al. (2017) reportó que el 48% de los adolescentes con ANS tenían padres divorciados, mientras que Albores-Gallo et al. (2014) reportó sólo el 18%. Además este último autor destaca como motivo desencadenante de las ANS, que en el 11,7% se relaciona con la muerte de algún familiar y en el 12,5% el terminar con la pareja. Gómez Sánchez et al. (2017) identificó que el 59% de los adolescentes reconocieron problemas con la familia, el 44% con amigos y el 29% con el centro escolar.

### **Características Clínicas de las Autolesiones no Suicida**

#### *Frecuencia y características de las ANS*

Según el estudio realizado por Gatta et al. (2016) la frecuencia de las autolesiones ocasionales, cinco o menos episodios de autolesiones por año, se producen en el 39,4% de los adolescentes, mientras que las lesiones habituales, más de 5 autolesiones al año, se encuentran en el 60.6% de los adolescentes. Mientras que Luzuriaga (2016) determinó que el 58 % de los adolescentes presentaron 1 a 3 eventos durante el último mes, 18% presentaron de 1 a 3 eventos en los últimos 6 meses y el 23% 5 eventos en el último año.

#### *Grado*

En Ecuador se realizó un estudio en una comunidad terapéutica y se determinó que el 60% de los adolescentes presentaban autolesiones moderadas y el 32,5% autolesiones leves, para su pesquisa se utilizó la *Adaptación de la Cédula de Autolesiones* (CAL) (Reinoso Brito & Quito Calle, 2019).

### *Componente adictivo*

Albores-Gallo et al. (2014) halló en relación al componente adictivo que el 12.8% adolescentes sienten incapacidad para dejar de autolesionarse, 6.9% adolescentes tienen una sensación de adicción al hacerlo; a pesar de que 18.8% de los adolescentes desean dejar de autolesionarse. Además las niñas tuvieron mayor prevalencia en los componentes adictivos.

### *Método de lesión*

El estudio de Albores- Gallo et al. (2014) destaca como método más frecuente para ANS en mujeres los cortes en la piel, uso de objeto para marcar y rascado de cicatrices, mientras que en los varones fueron, rascado de cicatrices, mordidas y pellizco en la piel. Luzuriaga (2016) y Agüero et al. (2018) señalan que el corte de la piel fue el método más frecuente tanto en las mujeres como en los hombres. Además en el trabajo de Luzuriaga (2016) señala que el segundo método elegido por las mujeres fueron las quemaduras de la piel.

### *Topografía*

La zona corporal más común para las ANS son los antebrazos y muñecas, seguido por los brazos y muslos (Albores Gallo et al., 2014)(Agüero et al., 2018)

## **Factores Neurobiológicos y las Autolesiones no Suicida**

Las personas que tienen autolesiones a repetición se las ha vinculado con mayor liberación de opioides en el sistema nervioso central. Los opioides participan en la regulación de las emociones, la supresión del dolor. Así aquellas personas que se autolesionan de forma continua, liberan mayor cantidad de opioides que pueden llevar a producir mayor tolerancia al dolor y adicción en estos sujetos. En la bibliografía se compara esta teoría con el modelo de la autoadicción donde el dolor, asociado a la autolesión, tiene un efecto analgésico de aliviar y liberar el malestar como así también de ofrecer sensaciones placenteras (del Rosario Flores-Soto et al., 2018). Así las personas aprenden asociar las autolesiones con sentimientos positivos y cada vez que sienten malestar emocional se cortan o se dañan para sentirse mejor. Otros autores

señalan que las personas que experimentan una mayor producción de opioides después de un episodio de autolesiones tienen el potencial de inducir dependencia y de esta forma las autolesiones se relacionan con un comportamiento adictivo (T. B. Brown & Kimball, 2013)

Otra hipótesis neurobiológica es que los niveles de ACTH y cortisol en individuos que realizan autolesiones de forma repetida están descendidos. Esto se debe a la relación estrecha que existe entre el sistema CRH-ACTH y las beta endorfinas. En condiciones normales una situación de estrés estimula a la CRH y ésta a su vez la liberación de cortisol y disminuye los niveles de opioides. Cuando se produce la autolesión, la situación estresante se elimina reduciendo el “dolor mental” y produciendo la liberación de opioides que disminuirán la CRH y por tanto el cortisol. Los opioides liberados generan una regulación de la afectividad positiva produciendo en muchos casos una sensación de placer tras el acto de autolesión (Blasco Fontecilla et al., 2016)

### **La conducta autolesiva: Apego y Mentalización**

Según Bowlby el apego es el vínculo afectivo que establece el bebe con la persona que se ocupa de él, cubre sus necesidades básicas, lo cuida y le da seguridad emocional, puede ser la madre, padre, abuelo u otra persona que cuide de él. Es un proceso que sirve de base a todas las relaciones afectivas en la vida de los seres humanos (Moneta, 2014). En los sujetos con autolesiones no suicidas se distingue fallos en el apego primario dando lugar a apego patológico, de tipo inseguro, más concretamente del estilo desorganizado y que por ende derivan en dificultades en la adquisición de capacidades de mentalización (Sánchez, 2017)

La mentalización es la capacidad de interpretar el comportamiento propio o el de otros a través de la atribución de estados mentales, es un determinante clave en la organización del self y en la regulación emocional. Podemos entender la mentalización como un mecanismo interpretativo que permite *poder leer el comportamiento y lo que está pasando en la mente de otros*. A su vez, esto facilitará la comprensión de nuestra propia experiencia (Sánchez Quintero & Vega, 2013)

El bebé carece de una representación subjetiva y coherente de sí mismo, y no es capaz de distinguir sus estados mentales de la realidad, ni ha desarrollado una

representación de sí mismo. El desarrollo de dicha representación requiere, al principio de la vida, que los otros lo perciban como una *persona* que piensa, siente y hace y él, a su vez, sea consciente de que los otros le perciben como tal.

La mentalización se desarrolla en la infancia y atraviesa diferentes estadios, desde el momento en que el niño se da cuenta de que, mediante sus acciones, puede influir físicamente sobre el entorno, ocurre antes de los tres meses de edad, hasta el quinto estadio, que se inicia alrededor de los 3-4 años, en que el niño logra percibir que sus acciones están guiadas por sus estados mentales, deseos, creencias, entre otros. Además entiende que estos son suyos, independientes del resto de las personas (Sánchez Quintero & Vega, 2013). La mentalización incluye procesos como la representación, la simbolización y una serie de procesos de traducción, transcripción y transformación (Sánchez et al., 2017)

Los adolescentes que presentan autolesiones parece encontrarse en las primeras etapas de mentalización, razón por la que probablemente ante el dolor emocional que no puede transformarse en sufrimiento mental incurre en funcionamientos reactivos automáticos, en vez de controlados, en procesos afectivos de reactividad emocional, en vez de elaborados cognitivamente, en procesos autocentrados, aunque de forma difusa y caótica, en vez de interpersonales y relacionales, en procesos introvertidos, en vez de extrovertidos y comunicativos (Sánchez Sánchez, 2018). Dando lugar a un perfil de adolescente con bajo nivel de mentalización, caracterizados por ser introvertidos, impulsivos, de apego desorganizado, con desregulación en sus emociones, de identidad difusa y lábil con vinculaciones inexistentes o erráticas.

El desarrollo de la mentalización es altamente dependiente de la calidad de las relaciones de apego tempranas vividas con los progenitores. Fonagy y sus colaboradores encontraron que el funcionamiento reflexivo elevado de los padres predecía el apego seguro en los hijos, así como la posterior capacidad mentalizadora de estos últimos (Sánchez Sánchez, 2018).

## **Evidencia de los Trastornos Psiquiátricos y Autolesiones no Suicidas**

Existen diferentes trastornos en los que se pueden encontrar autolesiones. Se observa sintomatología compatible con ANS en trastornos alimentarios, depresión, ansiedad, trastorno bipolar, trastorno por uso de sustancias y en especial en trastorno de límite de personalidad.

### *Trastorno afectivo*

- Depresión: Una investigación que se basó en entrevistas a 40 adolescentes concluyó que existe vinculación entre la depresión mayor y ANS (Klonsky, 2007). Lo que concuerda con el estudio realizado por Gomez Sanchez et al. (2018) en el cual se determinó que en una muestra de adolescentes con ANS se encontró que el 37% presentaba un afecto depresivo.
- Trastorno bipolar: se evidenció que el 37% de los pacientes con trastorno bipolar habían realizado ANS a largo de su vida (R. C. Brown et al., 2017). En este estudio se vio que los pacientes que se autolesionaban presentaban mayor disregulación del estado del ánimo.

### *Trastorno de la conducta alimentaria*

En este trastorno también se observa una alta prevalencia de autolesiones. Los pacientes que sufren TCA tienen dificultad para regular sus emociones e impulsividad. En el trabajo realizado por Gomez Sanchez et al. (2018), se determinó que el 41% de los pacientes que tenían ANS presentaban trastorno de la conducta alimentaria. Cifras menores se evidenció en el trabajo de Flores et al (2020) correspondiente al 28.5%.

### *Trastorno límite de la personalidad*

La atención de la mayoría de los estudios está centrada en la relación entre ANS y el trastorno límite de la personalidad. Esto es debido a que en las versiones anteriores del DSM, las autolesiones no suicidas únicamente se citaban como un criterio diagnóstico del TLP. Se conoce que el 80% de los pacientes que presentan un trastorno límite de la personalidad han presentado ANS una vez en su vida. (Mollà et al., 2015). Se puede señalar que la existencia de ANS es un importante predictor para el diagnóstico de TLP, pero ambas entidades constituyen diagnósticos independientes.

### *Adicciones*

Las conductas adictivas son aquellas en las que se desarrolla un comportamiento

caracterizado por una falta de control y continuación del acto a pesar de las consecuencias negativas que puede ocasionar.

El abuso del alcohol en adolescentes al igual que las autolesiones tiene como finalidad aliviar los sentimientos negativos (Andrews et al., 2014). El estudio de Ulloa Flores et al (2020) y Gomez Sanches et al (2018) determinó que el 22% y 33% de los pacientes respectivamente mostraban vinculación con el abuso de sustancias.

### *Intento de suicidio*

Los adolescentes que presentan ANS tienen mayor riesgo de presentar un intento de suicidio o suicidio que los adolescentes sin ANS. Especialmente cuando se presentan ANS a repetición (Gutiérrez, O, M.L et al., 2019)

El estudio de Gomez Sanchez et al. (2018) señala que el 70,4% de los adolescentes que presentan ANS refieren ideación suicida en algún momento de su vida mientras realizaban estas conductas.

## **Capítulo III: Circuito de Atención de los Pacientes Adolescentes con Autolesiones no suicida en el HIBA**

El Hospital Italiano de Buenos Aires es un hospital General de la comunidad de alta complejidad y los pacientes adolescentes que presentan autolesiones son abordados por el equipo de Salud Mental Pediátrica. Podemos diferenciar que el servicio recibe a los pacientes adolescentes con psicopatología desde dos áreas: el área hospitalaria y extrahospitalaria.

A continuación se detallan cada una de ellas:

### *Área Hospitalaria*

El Departamento de Pediatría del HIBA cuenta con diferentes servicios y sectores, los pacientes adolescentes con ANS pueden referirse desde:

- *Consultorio Externo*: ya sea por que el paciente concurre a una evaluación clínica o de alguna otra especialidad. En esta ocasión el médico pediatra tiene la posibilidad de pesquisar durante la consulta por medio del interrogatorio y el

examen físico la presencia de autolesiones.

- *Central de Emergencias Pediátricas*: En este caso el paciente concurre por una patología clínica y durante la evaluación se detecta autolesiones o puede ser, que el motivo de consulta sea por cuestiones referidas a la salud mental. El equipo de emergencias clínica realiza la primera evaluación y la correspondiente estabilización clínica, luego solicita la evaluación psicopatológica al equipo de guardia de Salud Mental Pediátrica (SMP).
- *Sala de internación*: La ANS puede ser detectada durante el transcurso de una internación clínica.
- *Consultorios de Salud Mental Pediátrica*: durante una evaluación psiquiátrica o de psicoterapia.

Siempre que las autolesiones sean detectadas por el pediatra, ya sea en una consulta ambulatoria, internación o en la central de emergencias, el profesional debe aprovechar la oportunidad para conectar al paciente con el servicio de salud mental ya sea para iniciar seguimiento o para organizar el mismo.

En la práctica diaria, el servicio de salud mental pediátrica cuenta con un equipo de guardia pasiva, conformado por un profesional de psicología y otro de psiquiatría y un coordinador de guardia. Cuando el médico pediatra detecta autolesiones en adolescentes tiene la posibilidad de contactarse con el equipo de guardia de salud mental, quienes pueden guiarlo de forma telefónica y de esta manera vincular al paciente con el servicio de salud mental para otorgarles un turno para una pronta evaluación o bien pueden evaluar al paciente en la central de emergencia pediátrica, si durante el llamado telefónico se evalúa algún riesgo. En este último caso el equipo evalúa al paciente mediante un interrogatorio, dando lugar a la palabra tanto del paciente como de sus familiares y también puede ir acompañada de una intervención farmacológica, de ser necesario. Posteriormente se evaluará si el paciente cuenta o no con criterio de internación, en el caso de contar con él, el paciente será derivado a una clínica especializada, caso contrario continuará seguimiento ambulatorio en SMP.

Cuando las autolesiones son identificada durante el transcurso de la internación pediátrica, el servicio de salud mental cuenta con un equipo de interconsulta, conformado por profesionales de psicología y psiquiatría, quienes evaluarán al paciente durante la internación, además guiarán tanto a los médicos pediatras, al paciente y su



familia para continuar con un seguimiento con profesionales de la salud mental al alta.

Cuando se detectan autolesiones durante una consulta en el servicio de SMP, el profesional puede evaluar si el paciente tiene criterio para continuar con un seguimiento ambulatorio o tiene criterio de internación. En el primer caso el servicio cuenta con un dispositivo de *triage*, que corresponden a dos turnos diarios para evaluar a pacientes que requieren controles más cercanos en el tiempo y que no pueden ser llevados a cabo por los profesionales tratantes. En el caso que el profesional de salud mental detecte autolesiones en un paciente y considere que el mismo no tiene criterio de internación, cuenta con la posibilidad de utilizar este dispositivo o organizar el seguimiento con el equipo tratante ya sea psicólogo y/o psiquiatra. En el segundo caso si el profesional que detectó las autolesiones considera que el adolescente tiene criterio de internación o tiene alguna duda al respecto, cuenta con la opción de comunicarse con el equipo de guardia de salud mental y solicitar la evaluación, de esta manera el paciente tendrá una segunda evaluación. Esta evaluación tiene la ventaja que se lleva adelante por un psicólogo y psiquiatra y además, cuenta con el apoyo telefónico de los coordinadores de guardia. Así también cuenta con mayor disponibilidad de tiempo para realizar la evaluación, debido a que la consulta ambulatoria tiene la limitación de tener una disponibilidad de 45 minutos, que muchas veces por la complejidad de las consultas. puede resultar insuficiente para definir una conducta.

De esta manera, podemos visualizar que el médico clínico pediatra juega un rol clave a la hora de pesquisar estas conductas, ya que se sabe, que la gran mayoría de los pacientes no consulta por este motivo, por lo que la consulta con el médico clínico y/o especialista es una oportunidad para la detección temprana de esta patología.

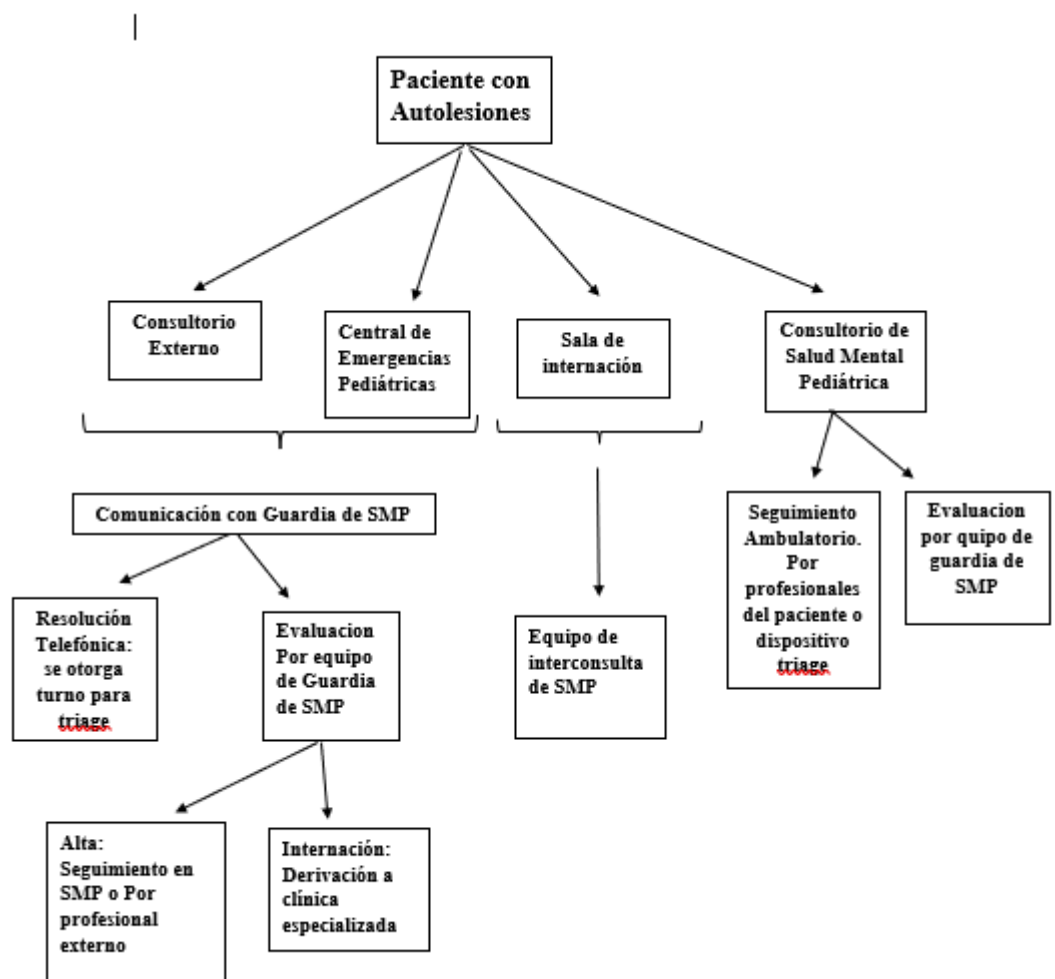


Figura 1: Circuito de manejo de las autolesiones en el HIBA

### *Área extrahospitalaria*

En este apartado podemos distinguir aquellos pacientes que se comunican al servicio de SMP ya sea de forma presencial, telefónica o virtual para solicitar admisión en el servicio, es decir una consulta por primera vez. En esta oportunidad se realiza un breve interrogatorio para determinar el motivo de la consulta. En el caso de determinar ANS el paciente puede ser derivado para tener una pronta evaluación ya sea en la central de emergencias pediátricas en el mismo día o se le puede otorgar un turno para evaluación por triage en los días siguientes.

## **Circuito de Atención de autolesiones en el servicio de Salud Mental Pediátrica**

El servicio de SMP cuenta con diferentes modalidades terapéuticas para lograr la correcta atención de esta patología. La elección del tipo de tratamiento se decide de acuerdo a la gravedad del paciente teniendo en cuenta la complejidad clínica y sociofamiliar. Se debe aclarar que durante el tratamiento de los pacientes con autolesiones los tratamientos se pueden ir modificando y adecuando según la necesidades terapéuticas.

A continuación se mencionan los diferentes dispositivos:

- *Psicoterapia individual*: A cargo de un profesional de psicología, quien realiza una evaluación psicodiagnóstica del paciente y determina la frecuencia del tratamiento y necesidad de incorporar otro tratamiento ya sea terapia familiar o seguimiento psiquiátrico.
- *Terapia Familiar*: A cargo de un profesional especialista en terapia familiar. Están destinados a pacientes en los cuales prevalezca la conflictiva familiar y la psicoterapia individual no sea suficiente para abordar esta problemática.
- *Tratamiento psiquiátrico*: Tratamiento a cargo de un psiquiatra infante juvenil, responsable de evaluar la necesidad de un tratamiento farmacológico y de trabajar en conjunto con los profesionales de psicología para abordar las diferentes problemáticas del paciente.
- *Hospital de día*: Dispositivo que tiene el objetivo brindar asistencia intensiva e integrada a niños y adolescentes con psicopatología severa. El dispositivo está destinado a los pacientes con autolesiones que poseen mayor riesgo y la necesidad de realizar un tratamiento con mayor frecuencia e integral.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente podemos visualizar la complejidad que conlleva el tratamiento de un paciente adolescente que presenta autolesiones. Ya que ante la presencia de esta patología es necesario contar con una estructura terapéutica para contener al adolescente y su familia. Además se debe tener en cuenta que se trata de una patología por lo general crónica, ya que según Agüero et al (2018) el tiempo promedio de evolución de las autolesiones suele ser de 20 meses.

## Conclusión

Los datos obtenidos indican la importancia de considerar este tipo de conductas de riesgo, ya que su presencia entre los adolescentes es alta y constituye un importante problema en la salud pública y en la salud integral de esta población. Hemos analizado la edad media en que se realiza la primera autolesión, siendo el dato a los 11.6 años, lo que pone de manifiesto la gran importancia que tienen los pediatras en el proceso de prevención y detección.

En adición, se debe considerar que la gran mayoría de adolescentes que se producen autolesiones no suicidas no buscan asistencia clínica. Esto podría deberse a que se éstas son consideradas conductas estigmatizantes o porque el individuo vive este comportamiento de una manera positiva y carece de motivación para hacerlo. Además, otro obstáculo en la detección de esta problemática es que muchas veces encontramos la existencia de encubrimiento por el entorno más cercano a los pacientes que sufren este trastorno.

Es notoria la necesidad de investigaciones más exhaustivas en la población adolescente, debido a que no es un tema del que se hayan efectuado suficientes estudios y revisiones hasta la publicación DSM-5, en la que se propuso incluir a la *autolesión no suicida* en un apartado especial con los criterios específicos que determinan dicho trastorno. Además cabe resaltar que en nuestro país se han desarrollado escasos estudios en la población adolescente sobre esta problemática. Por estos motivos es necesario realizar más estudios, con el objetivo de consolidar las bases para la realización de protocolos de atención para identificar oportunamente a los adolescentes con mayor riesgo.

Es fundamental crear y/o apoyar programas de prevención y promoción de salud mental tanto en las zonas urbanas como en las zonas rurales de nuestro país, acompañando a éstos con profesionales capaces de identificar conflictos a nivel familiar, social y dificultades en el adolescente para gestionar sus propios conflictos internos.

## Bibliografía

- Agüero, G., Medina, V., & Obradovich, G. & B. E. (2018). Comportamientos autolesivos en adolescentes. Estudio cualitativo sobre características, significados y contextos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 116(6), 94–401.
- Albores Gallo, L., Méndez Santos, J. L., Xóchitl García L.A, Delgadillo González, Y., Chávez Flores, C. I., & Martínez, O. L. (2014). Nonsuicidal self-injury in a community sample of older children and adolescents of Mexico City. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 159–168.
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*.
- American Psychiatric Association, D. S., Association, A. P., & Others. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). American psychiatric association Washington, DC.
- Andrews, T., Martin, G., & Hasking, P. (2014). Differential and common correlates of non-suicidal self-injury and alcohol use among community-based adolescents. *Advances in Mental Health*, 11(1), 55–66.
- Arbuthnott, A. E., & Lewis, S. P. (2015). Parents of youth who self-injure: a review of the literature and implications for mental health professionals. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 35.
- Blasco Fontecilla, H., Fernández Fernández, R., Colino, L., Fajardo, L., Perteguer Barrio, R., & de Leon, J. (2016). The Addictive Model of Self-Harming (Non-suicidal and Suicidal) Behavior. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 8.
- Brown, R. C., Plener, P. L., Groen, G., Neff, D., Bonenberger, M., & Ablner, B. (2017). Differential Neural Processing of Social Exclusion and Inclusion in Adolescents with Non-Suicidal Self-Injury and Young Adults with Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychiatry / Frontiers Research Foundation*, 8, 267.
- Brown, T. B., & Kimball, T. (2013). Cutting to Live: A Phenomenology of Self-Harm. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(2), 195–208.
- Buelensa, T., Luyckxa, K., Kiekensc, G., Gandhia, A., Muehlenkampd, J., & Claesa, L. (2020). Investigating the DSM-5 criteria for non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 260, 314–322.
- Burke, T. A., Hamilton, J. L., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2015). Non-suicidal self-injury prospectively predicts interpersonal stressful life events and depressive symptoms among adolescent girls. *Psychiatry Research*, 228(3), 416–424.
- Butler, A. M., & Malone, K. (2013). Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: behaviour, syndrome or diagnosis? *Br. J. Psychiatry*, 202(5), 324–325.
- Correa, F. P. (2017). Cutting o cortes en la piel: una práctica que habla. *Poiésis*, 1, 94.
- Del Rosario Flores-Soto, M., Cancino-Marentes, M. E., & del Rocío Figueroa, M., V. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Rev. Cubana Adm. Salud*, 44(4), 200–216.

- Dhingra, K., & Ali, P. (2016). Non-suicidal self-injury: clinical presentation, assessment and management. *Nursing Standard*, 31(5), 42–49.
- Di Rico, E., Paternain, N., Portillo, N., & Galarza, A. L. (2016). Análisis de la relación entre factores interpersonales y riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de Necochea. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 13(2), 95–106.
- Faura-García, J., Zumalde, E. C., & Sola, I. O. (2022). Autolesión no suicida: Conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 207–214.
- Galarza, A. L., Castañeiras, C. E., & Liporace, M. F. (2019). *Predicción de comportamientos suicidas y autolesiones no suicidas en adolescentes argentinos*. 35.
- Gatta, M., Dal Santo, F., Rago, A., & Spoto, A. & B. M. A. (2016). Alexithymia, impulsiveness, and psychopathology in nonsuicidal self-injured adolescents. *Dovepress*, 12, 2307–2317.
- Gatta, M., Sisti M, M. M., & Comis I & Battistella Pier. (2017). Interactive family dynamics and Non-Suicidal Self-Injury in psychiatric adolescent patients: a single case study. *Frontiers in Psychology*, 8, 1–5.
- Gómez Sánchez, S., Sevillano Benito, I., Geijo Uribe, S., Mongil López, B., & de Cegam F, V. C. M. & de U. L. (2018). Autolesiones en una unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil. *Psiquiatría Biológica*, 25(1), 2–6.
- Gutiérrez, O, M.L, Ulloa Rodriguez, M. F., & Ruiz Moreno, L. M. (2019). Non-suicidal self-injuries in adolescents: Prevention and detection in primary care. *Semergen*, 45(8), 546–551.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239.
- Klonsky, E. D., David Klonsky, E., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045–1056.
- Lenkiewicz, K., Racicka, E., & Bryńska, A. (2017). Self-injury - placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms. Review of the literature. *Psychiatria Polska*, 51(2), 323–334.
- Lereya, S. T., Copeland, W. E., Jane Costello, E., & Wolke, D. (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *The Lancet. Psychiatry*, 2(6), 524.
- Luzuriaga, X. A. (2016). Autolesiones sin Intención Suicida en Alumnos de un Colegio Fiscal de la Ciudad de Cuenca. In *Revista Médica del Hospital José Carrasco Arteaga* (Vol. 8, Issue 1, pp. 35–39).
- Mollà, L., Vila, S. B., Treen, I., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., Pérez, V., & Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 1(1).

- Moneta, M. E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría*, 85(3), 265–268.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 6, 339–363.
- Reinoso Brito, J. M., & Quito Calle, J. V. (2019). Autolesiones sin intención suicida presente en adolescentes. *Killkana Salud Y Bienestar*, 3(2), 7–12.
- Romani, O., Larrea, C., & Fernandez, J. (2008). *Antropología de la Medicina, Metodologías e Interdisciplinariedad: de las Teorías a las Prácticas Académicas y Profesionales* (A. A. Elkarte (ed.)).
- Sánchez Quintero, S., & Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción Psicol.*, 10(1), 21–32.
- Sánchez Sánchez, T. (2017). Autolesiones y Mentalización: Viaje a través de las heridas. *Revista Electrónica de Psicoterapia*, 11(2), 337–351.
- Sánchez Sánchez, T. (2018). Autolesiones en la adolescencia. Significados, perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 185–209.
- Sánchez, T. (2017). Autolesión y Mentalización: Viaje a través de las heridas. *Clínica E Investigación Relacional. Rev. Electrónica de Psicoterapia*, 11(2), 337–351.
- Sánchez, T., Sánchez, T. S., Universidad Pontificia de Salamanca (España). (2017). Autolesión y Mentalización: Viaje a través de las heridas. In *Clínica e Investigación Relacional* (Vol. 11, Issue 2, pp. 337–351).
- Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., Joiner, J., & Thomas, E. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study. *Personal. Disord.*, 3(2), 167–175.
- Tschan, T., Schmid, M., & In-Albon, T. (2015). Parenting behavior in families of female adolescents with nonsuicidal self-injury in comparison to a clinical and a nonclinical control group. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 1–9.
- Ulloa Flores, R. E., Mayer Villaa, P. A., Pena Olverab, F., & L y Figueroa G., P. C., V. (2020). Lesiones autoinfligidas con fines no suicidas según el DSM-5 en una muestra clínica de adolescentes mexicanos con autolesiones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(1), 39–43.
- Yuhui, W., Jing, C. H., & Ying S & Fangbiao. (2015). Impact of Childhood Abuse on the Risk of Non-Suicidal Self-Injury in Mainland Chinese Adolescents. *PloS One*, 10(6).
- Zetterqvist, M., Perini, I., Mayo, L. M., & Gustafsson, P. A. (2020). Nonsuicidal Self-Injury Disorder in Adolescents: Clinical Utility of the Diagnosis Using the Clinical Assessment of Nonsuicidal Self-Injury Disorder Index. *Frontiers in Psychiatry / Frontiers Research Foundation*, 0.