Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia

GOBIERNO DE ESPAÑA · MINISTERIO DE SANIDAD

Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud

guiasalud.es
Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud

AXENCIA GALEGA DE COÑECEMENTO EN SAÚDE

Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Fecha de edición: 2022
Edita: Ministerio de Sanidad
Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS),
Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, avalia-t
NIPO: 133-22-066-8
DOI: https://doi.org/10.46995/pr_4
URI: http://hdl.handle.net/20.500.11940/17301
Depósito legal: C 2184-2022
Contacto: Avalia_t.Acis@sergas.es
Maquetación: Tórculo Comunicación Gráfica, S. A.

Este documento ha sido realizado por la **Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t** de la **Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS)** en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Para citar este documento:

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://doi.org/10.46995/pr_4

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud

guiasalud.es
Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud

AXENCIA GALEGA DE CONECEMENTO EN SAÚDE

Índice

Índice 5

Lista de tablas 9

Lista de figuras 9

Autoría y colaboraciones 11

Resumen 17

Abstract 21

Siglas y acrónimos 25

Glosario de términos 29

Justificación 31

1 Alcance y objetivos 33

1.1 Alcance 33

1.2 Objetivos 34

2 Metodología 35

2.1 Constitución del grupo de trabajo 35

2.2 Formulario de preguntas clínicas y estrategia de respuesta 35

2.3 Búsqueda, evaluación y síntesis de la evidencia 36

2.3.1 Búsqueda bibliográfica y selección de estudios 36

2.3.2 Evaluación de la calidad de la evidencia 37

2.4 Determinación de actividades o procedimientos 38

2.5 Identificación y desarrollo de indicadores de evaluación 38

2.6 Redacción del documento 39

2.7 Revisión externa 39

Índice

Índice 4

Lista de tablas 9

Lista de figuras 9

Autoría y colaboraciones 11

Resumen 17

Abstract 21

Siglas y acrónimos 25

Glosario de términos 29

Justificación 31

1 Alcance y objetivos 33

1.1 Alcance 33

1.2 Objetivos 34

2 Metodología 35

2.1 Constitución del grupo de trabajo 35

2.2 Formulario de preguntas clínicas y estrategia de respuesta 35

2.3 Búsqueda, evaluación y síntesis de la evidencia 36

2.3.1 Búsqueda bibliográfica y selección de estudios 36

2.3.2 Evaluación de la calidad de la evidencia 37

2.4 Determinación de actividades o procedimientos 38

2.5 Identificación y desarrollo de indicadores de evaluación 38

2.6 Redacción del documento 39

2.7 Revisión externa 39

3 Introducción a las autolesiones 41
3.1 Terminología 41
3.2 Conceptualización 41
3.3 Prevalencia 44
3.4 Curso y pronóstico 46
3.5 Factores de riesgo 47
3.6 Marcos teóricos explicativos 49
3.7 Criterios diagnósticos 55
3.7.1 CIE 55
3.7.2 DSM-5 56

4 Revisión de la evidencia científica 61
4.1 Evaluación 62
4.2 Niveles asistenciales, derivación y coordinación 67
4.3 Manejo clínico 68
4.4 Experiencias de los adolescentes con autolesiones y sus familias y necesidades de información y apoyo 71

5 Estrategias diagnósticas y terapéuticas 75

6 Aplicabilidad del OPBE 85

7 Propuesta de indicadores de evaluación 87

8 Actualización del OPBE 89

9 Líneas de investigación futura 91

10 Referencias bibliográficas 93

Anexos 109
Anexo 1. Declaración de conflictos de interés 109
Anexo 2. Preguntas a responder 111
Anexo 3. Estrategia de búsqueda 115
Anexo 4. Diagrama de flujo de selección de estudios 121
Anexo 5. Características de las GPC y RS 123
Anexo 5.1. Guías de Práctica Clínica 123
Anexo 5.2. Revisiones sistemáticas 128
Anexo 6. Comparación de las GPC incluidas 133
Anexo 7. Calidad de las GPC y RS 135
Anexo 8. Tablas de recomendaciones en GPC y evidencia científica en RS. . 137
Anexo 8.1. Guías de Práctica Clínica 137
Anexo 8.2. Revisiones sistemáticas 145
Anexo 9. Escalas de evaluación psicológica 155
Anexo 10. Información para adolescentes, familias y profesionales de la educación 161

Lista de tablas

Tabla 1 Factores para la diferenciación entre conductas autolesivas. 43

Tabla 2 Principales marcos teóricos explicativos. 49

Tabla 3 Modelo integrado de Nock 52

Tabla 4 Códigos de conductas autolesivas como “otras causas externas de morbilidad y mortalidad” según la CIE-10 (X60–X84). 55

Tabla 5 Criterios DSM-5 para el trastorno de comportamiento suicida 56

Tabla 6 Criterios DSM-5 para la autolesión no suicida 57

Tabla 7 Escalas de evaluación psicológica incluidas en las revisiones sistemáticas 66

Tabla 8 Indicadores de evaluación 87

Lista de figuras

Figura 1 Pensamientos y conductas autolesivas.. 41

Figura 2 Modelo integrado. Adaptado de Hamza 2012 51

Autoría y colaboraciones

Grupo de elaboración (por orden alfabético)

María Álvarez Ariza. Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Unidad de Hospitalización de Agudos. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.

Eva Bilbao Garmendia. Representante de pacientes. Biziraun. Asociación de personas afectadas por el suicidio de un ser querido. País Vasco.

Amparo González García. Enfermera Especialista en salud mental. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Delia Guitián Rodríguez. Especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Idoia Jiménez Pulido. Doctora en Medicina**.** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Úbeda. Jaén.

María Belén Martínez Alonso. Especialista en Psiquiatría, Psiquiatría infantil y de la adolescencia. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario, Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.

José Alfredo Mazaira Castro. Especialista en Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Sara Núñez Iglesias. Técnica. Psicóloga general sanitaria. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS).

Juan Carlos Pascual Mateos. Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona. Grupo GRETA. CIBERSAM.

Amparo Rodríguez Lombardía. Especialista en Pediatría. Centro de Salud Castrillón. A Coruña.

Yolanda Triñanes Pego. Técnica. Doctora en Neurociencias y Psicología Clínica. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS).

Daniel Vega Moreno. Doctor en Psicología. Hospital Universitario de Igualada. Universidad Autónoma de Barcelona. Grupo GRETA.

Coordinación

Área clínica

María Belén Martínez Alonso. Especialista en Psiquiatría, Psiquiatría infantil y de la adolescencia. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario, Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.

Daniel Vega Moreno. Doctor en Psicología. Hospital Universitario de Igualada. Universidad Autónoma de Barcelona. Grupo GRETA.

Área metodológica

Yolanda Triñanes Pego. Técnica. Doctora en Neurociencias y Psicología Clínica. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS).

Colaboración experta

Francisco Javier Acosta Artiles. Psiquiatra. Técnico del Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

Danel Etxebeste Gurrutxaga. Psicólogo. Biziraun. Asociación de personas afectadas por el suicidio de un ser querido. País Vasco.

Iria Méndez Blanco. Psiquiatra. Hospital Clinic. Barcelona

María Tajes Alonso. Psiquiatra. Servicio de Salud Mental. Consellería de Sanidad.

Revisión externa (por orden alfabético)

Raquel Acebes Puertas. Médico Especialista en Pediatría y Sus Áreas Específicas. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Rosendo Bugarín González. Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Monforte de Lemos. Lugo.

Carlos Delgado Lacosta. Psiquiatra. Hospital G. U. Gregorio Marañón. Madrid

Azucena Díez Suárez. Médico Especialista en Psiquiatría y Pediatría. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Clínica Universidad de Navarra.

Lefa-Sarane Eddy Ives. Doctora en Medicina. Pediatra especializada en psiquiatría infanto-juvenil. Centro Médico San Ramón. Barcelona.

José Carlos Espín Jaime. Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Psiquiatría. Edificio Materno Infantil. Hospital 12 de octubre. Madrid.

Antonio Fernández Parra. Licenciado en Psicología. Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

Carina Fernández Rivera. Licenciada en Psicología. Máster en psicología clínica y de la salud. Psicóloga sanitaria y coordinadora de servicios en Salud Mental FEAFES Galicia.

José Miguel García Cruz. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud San Martín. Vitoria.

Ana Garrote Recarey. Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Covada. A Coruña.

Marta Gómez Oltra. Facultativa Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental infanto-adolescente (USMIA). Torrevieja.

Soledad Gómez-Escalonilla Lorenzo. Grado en Enfermería. Centro de Salud de Torrijos. Toledo.

Carlos Imaz Roncero. Doctor en Psiquiatría por la Universidad de Valladolid. Médico Psiquiatra, Infantil y Adolescencia. Hospital Universitario Río Hortega (HURH) de Valladolid. Universidad de Valladolid (Uva).

Félix Inchausti Gómez. Doctor en Psicología. Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. CS Espartero. Servicio Riojano de Salud.

Amaia Izquierdo Elizo. Psicóloga Especialista en Clínica. Hospital Universitario Río Hortega y Clínica Cerebro y Desarrollo. Valladolid.

Javier Jiménez Pietropaolo. Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Presidente honorario de la Asociación RedAIPIS.

Jorge López Castromán. Licenciado en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Doctor en ciencias. Universidad de Montpellier.

David Meilán Fernández. Enfermero Especialista en Salud Mental. Unidad de Prevención de Suicidio (SERGAS). Vigo.

Encarnación Mollejo Aparicio. Doctor en Medicina. Psiquiatra especialista del niño y adolescente. Hospital Universitario del Sureste. Centro de Salud Mental Arganda del Rey.

Montserrat Montés Germán. Licenciada en Psicología Educativa. Presidenta de la Asociación Red AIPS.

Diego Padilla Torres. Psicología clínica. Doctor. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

Sara Palenzuela Paniagua. Doctora en Medicina. Médico de familia. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en Ceuta.

José Luis Pedreira Massa. Doctor en Medicina. Especialista en Pediatría y Psiquiatría. Hospital La Luz. Madrid.

Manuel Portela Romero. Doctor en Medicina. Especialista en Medicina familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepción Arenal. Santiago de Compostela.

Javier Prado Abril. Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Doctor en Medicina. Servicio Aragonés de Salud. Grupo IPES, Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IISA).

Rodrigo Puente García. Licenciado en Medicina. Psiquiatra. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Gloria Rius Moreso. Diplomada en Enfermería y Licenciada en Psicología (PGS). Consorcio Sanitario de Terrassa. Barcelona.

Eva Rivas Cambronero. Licenciada en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Centro de Salud Mental Moratalaz, Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

Cristina Rivas Prado. Licenciada en Psicología**.** Referente delegación y Psicóloga sanitaria en FEAFES Galicia.

Elisa Seijo Zazo. Doctora en Medicina. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil (UHP IJ). Hospital Universitario central de Asturias (HUCA).

Luz Vázquez Canales. Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria El Puig. Valencia.

Berta Villagordo Peñalver. Psiquiatra Infanto-Juvenil. Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante.

Esther Vivanco González. Diplomada en Enfermería. Especialista en Salud Mental. Hospital de Basurto. Bilbao.

Agradecimientos

Al **Grupo de Estudio y Tratamiento de la Autolesión (GRETA)** y a los y las **adolescentes** por su revisión y aportaciones al documento para adolescentes, familias y profesionales de la educación.

A **Patricia Gavín Benavent** y **María Bono Vega** de GuíaSalud.

Sociedades Científicas y Asociaciones Colaboradoras

Asociación de Investigación, Prevención e Intervención en Suicidio (AIPIS).

Asociación Española de Enfermería en Salud Mental (AEESME).

Asociación Española de Pediatría (AEP).

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP).

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA).

Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR).

Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia (FEAFES GALICIA).

Federación de Asociación de Enfermería Comunitaria (FAECAP).

Sociedad de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría (AEP).

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC).

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud para el Avance del Siglo XXI (SEPCyS).

Sociedad Española de Psiquiatría Clínica (SEPC).

Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente (SEPYPNA).

Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM).

Sociedad Española de Suicidología (SES).

Documentación

Beatriz Casal Acción. Documentalista. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS.

Declaración de intereses

Todos los autores, colaboradores y revisores externos de este OPBE han firmado un documento en el que se han hecho explícitas las relaciones que puedan ser origen potencial de conflictos de interés (Anexo 1).

Resumen

Introducción

Las autolesiones se han convertido en un importante problema de salud pública en la adolescencia. El término autolesión o lesión autoinfligida, se ha definido como un acto llevado a cabo por una persona con el objetivo de hacerse daño a sí mismo. Independientemente de las consecuencias que la autolesión pueda tener para la salud física o mental, puede asociarse a distintos niveles de intencionalidad suicida. En el caso de que esta no existiera se denomina autolesión no suicida.

El incremento de las autolesiones en la adolescencia ha sido progresivo en las últimas décadas, con un incremento exponencial en los 10 últimos años. Además, en la actualidad se ha detectado un incremento notorio de las autolesiones en la población adolescente, en parte, relacionado con el estrés psicológico y distanciamiento social causado por la pandemia por COVID-19.

Objetivos

El objetivo general es elaborar un documento basado en la evidencia científica que permita favorecer una mejor evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia.

Los objetivos específicos son:

- Revisar la evidencia científica sobre la evaluación y manejo clínico de las autolesiones (con y sin intencionalidad suicida).
- Desarrollar algoritmos diagnóstico-terapéuticos que pueda ser empleado por los profesionales para mejorar la atención que se presta en el Sistema Nacional de Salud (SNS) a los adolescentes con autolesiones y disminuir la variabilidad, así como facilitar la coordinación entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales.
- Desarrollar indicadores que puedan ser empleados para monitorizar la atención que se presta a estos pacientes.

- Sugerir líneas de investigación futura.
- Elaborar un documento de información para adolescentes, familias y profesionales de la educación.

Metodología

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por profesionales de las especialidades implicadas en el manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia, entre ellas medicina de familia, pediatría, enfermería de salud mental, psicología clínica y psiquiatría. El grupo de trabajo también contó con la participación de representantes de pacientes.

Se siguió un enfoque de revisión sistemática de Guías de Práctica Clínica (GPC) y revisiones sistemáticas (RS), y se tuvo en cuenta la metodología para la elaboración de protocolos basados en la evidencia y GPC en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Tras una búsqueda preliminar para definir el alcance del proyecto en noviembre de 2020, se realizó una búsqueda de GPC y de revisiones sistemáticas en mayo de 2021. Se buscó en las siguientes bases de datos y portales: G-I-N, Tripdatabase, CPGinfobase, ECRI guidelines, CMAJ, NICE, Cochrane Library, Medline, APA PsycINFO, Embase y CINAHL. El análisis y la selección de los estudios se realizó por dos revisoras de forma independiente. La evaluación de la calidad y el riesgo de sesgo se realizó mediante distintos instrumentos: AGREE-II (para GPC), AMSTAR-2 (para RS) y ENTREQ (para las RS de estudios cualitativos). La evaluación de la calidad global de la evidencia se realizó siguiendo una aproximación basada en la metodología GRADE (*Grade of Recomendations, Assessment, Development and Evaluation*).

El grupo de trabajo analizó los resultados de la revisión sistemática y en base a la evidencia científica se definieron los algoritmos diagnóstico-terapéuticos para atención primaria y atención especializada. Además, se propusieron indicadores de evaluación por consenso del grupo de trabajo, se realizaron recomendaciones de investigación futura y se elaboró un documento para adolescentes, familias y profesionales de la educación. El borrador del documento pasó por un proceso de revisión externa realizado por expertos propuestos por las principales sociedades científicas y asociaciones de pacientes.

Resultados

Se seleccionaron 5 GPC y 10 RS (2 sobre factores de riesgo, 3 sobre herramientas de evaluación, 3 sobre manejo clínico y 2 sobre las experiencias y necesidades de información y apoyo de los pacientes y sus familias), que cumplieron tanto los criterios de inclusión/exclusión para responder a las preguntas planteadas como los niveles de calidad metodológica establecidos. La calidad global de las GPC fue moderada y la de las revisiones sistemáticas osciló de baja a alta.

Respecto a la evaluación, existe consenso en que el método principal de recogida de información debe ser la entrevista clínica ya que, pese a que existen diferentes escalas diseñadas para la evaluación y predicción del riesgo de las autolesiones, según la evidencia científica ninguna de ellas puede emplearse como único método de evaluación, sino como un complemento de la entrevista clínica. Es importante evaluar los factores de riesgo que han sido asociados a la repetición de las autolesiones, como la presencia de trastornos mentales, factores psicológicos (ideación suicida, desesperanza, malestar emocional, disregulación emocional), alta disfuncionalidad familiar y rechazo de sus iguales.

A nivel asistencial, en atención primaria se debe realizar una evaluación psicosocial, teniendo en cuenta los principales factores de riesgo. Cuando los niveles de malestar en el adolescente o su familia sean altos, exista riesgo de repetición o la propia persona lo solicite, se plantea considerar que la derivación al servicio de salud mental sea preferente.

Aunque existen diferentes intervenciones psicológicas que han obtenido resultados beneficiosos en la reducción de las autolesiones y otras variables relacionadas con la conducta suicida, la evidencia científica disponible no permite establecer cuál es la psicoterapia con un mejor perfil de efectividad. Las guías disponibles recomiendan el tratamiento psicológico como primera línea de actuación, concretamente las terapias cognitivo-conductual, dialéctico-conductual y de mentalización. Respecto al tratamiento farmacológico, no se recomienda como una intervención específica para la disminución de las autolesiones, excepto en los casos con psicopatología comórbida.

Los estudios cualitativos sobre las experiencias de los pacientes y sus familias ponen de manifiesto que la conducta suicida está asociada a un importante malestar en los adolescentes y sus allegados. Los adolescentes suelen describir sentimientos de carácter depresivo, inutilidad, odio hacía ellos mismos, autodesprecio y sensación de vacío, mientras que los familiares

refieren impotencia, culpa, enfado y falta de control. No se ha identificado evidencia científica que aborde específicamente la experiencia de los adolescentes con autolesiones no suicidas y sus familias.

Conclusiones

En la actualidad, las autolesiones constituyen un grave problema en la población adolescente y, por ello, es relevante establecer los mecanismos que permitan su adecuada detección y manejo clínico. El presente documento sintetiza la evidencia más relevante, así como recoge las principales actuaciones en atención primaria y atención especializada, con el objetivo de guiar a los profesionales y favorecer la toma de decisiones compartida. También se proponen indicadores para la monitorización de la práctica clínica y se ha desarrollado un documento para adolescentes, familias y profesionales de la educación. La investigación futura deberá centrarse en evaluar la efectividad de las diferentes intervenciones y diseñar nuevos enfoques preventivos y terapéuticos.

Abstract

Introduction

Self-harm has become a major public health problem in adolescence. The term self-harm, or self-injury, has been defined as an act carried out by a person with the aim of causing injury to themselves. Regardless of the physical or mental health consequences of self-harm, it can be associated with different levels of suicidal intent. If there is no suicidal intent, it is called nonsuicidal self-injury (NSSI).

The increase in self-harm and NSSI in adolescence has been progressive in recent decades, with an exponential increase in the last 10 years. In addition, a marked increase in self-harm has now been detected in the adolescent population, partly related to the psychological stress and social distancing caused by the COVID-19 pandemic.

Aims

The general aim is to prepare a document based on scientific evidence in order to favour a better assessment and clinical management of self-harm and NSSI in adolescence.

The specific objectives are:

- To review the scientific evidence on the assessment and clinical management of self-harm (with and without suicidal intent).
- To develop diagnostic-therapeutic algorithms that can be used by professionals to improve the care provided in the Spanish National Health System (NHS) to adolescents with self-harm and reduce variability, as well as to facilitate coordination between different professionals and levels of care.
- To develop indicators that can be used to monitor the care provided to these patients.
- To suggest lines of future research.

- To draw up an information document for adolescents, families and education professionals.

Methodology

A multidisciplinary working group was formed comprising professionals from specialties involved in the clinical management of self-harm in adolescence, including family medicine, paediatrics, mental health nursing, clinical psychology and psychiatry. The working group was also attended by patient representatives.

A systematic review approach of Clinical Practice Guidelines (CPG) and Systematic Reviews (SR) was followed, and the methodology for the elaboration of evidence-based protocols and CPG in the Spanish National Health System (NHS) was taken into account.

After a preliminary search to define the scope of the project in November 2020, a search for CPGs and systematic reviews was conducted in May 2021. The following databases and portals were searched: G-I-N, Tripdatabase, CPGinfobase, ECRI guidelines, CMAJ, NICE, Cochrane Library, Medline, APA PsycINFO, Embase and CINAHL. The analysis and selection of studies was carried out by two reviewers independently. The assessment of quality and risk of bias was carried out using different instruments: AGREE-II (for CPGs), AMSTAR-2 (for SRs) and ENTREQ (for SRs of qualitative studies). The assessment of the overall quality of the evidence was carried out following an approach based on the GRADE methodology (*Grade of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*).

The working group analysed the results of the systematic review and based on the scientific evidence, diagnostic-therapeutic algorithms were defined for primary care and specialised care. In addition, assessment indicators were proposed by consensus of the working group, recommendations for future research were made, and a document for adolescents, families and education professionals was produced. The draft document went through an external review process carried out by experts proposed by the main scientific societies and patient associations.

Results

We selected 5 CPGs and 10 SRs (2 on risk factors, 3 on assessment tools, 3 on clinical management and 2 on the experiences and information and support needs of patients and their families), which met both the inclusion/exclusion criteria for answering the questions posed and the established levels of methodological quality. The overall quality of the CPGs was moderate and that of the systematic reviews ranged from low to high.

With regard to assessment, there is consensus that the main method of collecting information should be the clinical interview, as although there are different scales designed for assessing and predicting the risk of self-harm, according to the scientific evidence none of them can be used as the only method of assessment, but instead as a complement to the clinical interview. It is important to assess risk factors that have been associated with repeated self-harm and NSSI, such as the presence of mental disorders, psychological factors (suicidal ideation, hopelessness, emotional distress, emotional dysregulation), high family dysfunctionality and peer rejection.

At the health care level, a psychosocial assessment should be carried out in primary care, taking into account the main risk factors. When the levels of distress in the adolescent or their family are high, there is a risk of repetition, or the person themselves requests it, it should be considered that referral to the mental health service is a priority.

Although there are different psychological interventions that have obtained beneficial results in the reduction of self-harm and other variables related to suicidal behaviour, the available scientific evidence does not allow us to establish which psychotherapy has the best profile of effectiveness. The available guidelines recommend psychological treatment as the first line of action, specifically cognitive-behavioural, dialectical-behavioural and mentalisation therapies. Pharmacological treatment is not recommended as a specific intervention to reduce self-harm, except in cases with comorbid psychopathology.

Qualitative studies on the experiences of patients and their families show that suicidal behaviour is associated with significant distress in adolescents and those close to them. Adolescents often describe feelings of depression, worthlessness, self-hatred, self-loathing and emptiness, while family members report helplessness, guilt, anger and lack of control. No scientific evidence has been identified that specifically addresses the experience of NSSI. .

Conclusions

Currently, self-harm and NSSI are serious problem in the adolescent population and, therefore, it is important to establish mechanisms that allow for its appropriate detection and clinical management. This document summarises the most relevant evidence, as well as the main actions in primary and specialised care, with the aim of guiding professionals and favouring shared decision-making. Indicators for monitoring clinical practice are also proposed and a document for adolescents, families and education professionals has been prepared. Future research should focus on evaluating the effectiveness of different interventions and designing new preventive and therapeutic approaches.

Siglas y acrónimos

ABASI: Alexian Brothers Assessment of Self-Injury

ABUSI: Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale

AGREE: Appraisal of Guidelines Research and Evaluation

AMSTAR: Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews

ANS: Autolesión no suicida

AP: Atención Primaria

ASQ: Adolescent Suicide Questionnaire

BHS: Beck Hopelessness Scale

CAPSI: Child-Adolescent Suicide Potential Scale

CDRS-R: Children's Depression Rating Scale-Revised

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

COVID-19: Enfermedad por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2

CRD: Centre for Reviews and Dissemination

CSRA: Child Suicide Risk Assessment

C-SSRS: Escala de Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

ECCs: Ensayos Clínicos Controlados

ECAs: Ensayos Clínicos Aleatorios

EE.UU.: Estados Unidos

EMBASE: Excerpta Medica dataBASE

FASM: Functional Assessment of Self-Mutilation

FTT: Fairy Tales Test

GPC: Guía de práctica clínica

GRADE: Grade of Recomendations, Assessment, Development and Evaluation

IHE: Institute of Health Economics

IOM: Institute of Medicine

ISB-R: Modified Scale for Suicide Ideation

ISSIQ-A: Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents

LOT: Life Orientation Inventory

MAST: Multi-Attitude Suicide Tendency Scale

MeSH: Medical Subject Headings

MMSI: Modified Scale for Suicide Ideation

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

NNSI: Nonsuicidal self-injury

OPBE: Otros productos basados en la evidencia

OSI: Ottawa Self-Injury

PICO: Patient, Intervention, Comparison, Outcome

RFL-A: Reasons for living inventory for adolescents

R-NSSI-Q: Repetitive Non-Suicidal Self-Injury Questionnaire

RS: Revisión sistemática

RSQ: Risk of Suicide Questionnaire

RTSHIA: Risk taking and self-harm inventory for adolescents

SBI: Suicide Behaviour Interview

SHQ: Self-harm Questionnaire

SHBQ: Self-harm Behaviour Questionnaire

SHRAC: Self-Harm Risk Assessment for Children

SIMS-A: Self-Injury Motivation Scale Adolescent

SIQ: Suicidal Ideation Questionnaire

SIQ-JR: Suicidal Ideation Questionnaire-Junior Version

SIS: Suicide Intent Scale

SITBI: Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview

SNS: Sistema Nacional de Salud

SPS: Suicide Probability Scale

SRS: Suicide Risk Scale

SSF-II: Suicide Status Form-II

STOP: Suicidality Treatment Occurring Paediatrics Suicidality Assessment Scale

TCA: Trastornos de la conducta alimentaria

TCC: Terapia Cognitivo-conductual

TDC: Terapia Dialéctico-conductual

TDC-A: Terapia Dialéctico-conductual adaptada para adolescentes

TDM: trastorno de depresión mayor

TEPT: trastorno de estrés postraumático

TLP: trastorno límite de personalidad

TM: Terapia de Mentalización

TM-A: Terapia de Mentalización para adolescentes

TP: trastorno de personalidad

Glosario de términos[1]

Autolesión (o lesión autoinfligida): acto llevado a cabo por una persona con la intencionalidad de hacerse daño a sí misma físicamente. Por lo tanto, se incluyen la autolesión no suicida (no existe intencionalidad suicida) y la conducta suicida (existe algún grado de intencionalidad suicida, o ésta es dudosa).

Autolesión no suicida: conducta en la que la persona se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (por ejemplo, cortar, rascar, quemar, pinchar, golpear o frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión solo produzca un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida) y ocurre con fines que no están aceptados socialmente (por ejemplo, *piercings* o tatuajes).

Conductas autolesivas: son aquellas que causan daño directo y deliberado a uno mismo, incluyendo la autolesión no suicida, la conducta suicida y el suicidio.

Conducta suicida: conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que la persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

Ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).

Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

Suicidio: muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

1 Definiciones adaptadas de la GPC de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2012) (1).

Justificación

La conducta suicida se ha convertido en un importante problema de salud pública en los adolescentes y adultos jóvenes (15-29 años) (2-4). En esta franja de edad el suicidio constituye la segunda causa de muerte en España, después de los tumores (5, 6). Las autolesiones en la adolescencia, que son un importante predictor del suicidio, suponen un importante problema clínico y social a nivel mundial, también a nivel nacional (7). Algunos datos sugieren que en Europa la prevalencia-vida estimada de autolesión en adolescentes es de 27.6% (8), y específicamente en cuanto a la autolesión no suicida se ha observado un importante aumento en su incidencia (2, 8, 9).

Debido a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha subrayado que la adolescencia es una etapa del desarrollo clave para la prevención e intervención (10). Aunque la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (1), realizada en el marco del Programa de guías en el SNS, aborda la prevención y manejo clínico de la conducta suicida en la adolescencia, no profundiza en cuestiones específicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de las autolesiones en la adolescencia ni en la problemática de la diferenciación entre las autolesiones con y sin intencionalidad suicida. A nivel internacional existen pocos documentos con recomendaciones o directrices que hayan abordado estas cuestiones. Por ello, se ha considerado de interés la realización de un protocolo basado en la evidencia científica que incorpore la visión de expertos y pacientes que pueda favorecer un mejor diagnóstico, evaluación y manejo clínico de esta entidad clínica tan compleja y prevalente en la actualidad.

Además, es necesario recalcar la repercusión de la pandemia por COVID-19 en este fenómeno. Se trata de un estresor contextual, donde se han visto modificadas las áreas social, académica y laboral, lo cual ha generado altos niveles de malestar emocional. Actualmente, podemos entender esta situación como un factor de riesgo más para explicar, en alguna medida, el incremento las autolesiones en la población adolescente, que es una de las más afectadas por la pandemia (11).

1 Alcance y objetivos

1.1 Alcance

Población diana

La población diana sobre la que se realiza este documento son adolescentes (12-18 años) con autolesiones, con o sin intencionalidad suicida.

No se abordan las conductas autolesivas estereotipadas, que suelen producirse en personas con diagnósticos de trastornos generales del desarrollo, como la discapacidad intelectual o trastornos del espectro autista.

Niveles asistenciales

Se aborda la asistencia que se presta desde atención primaria y especializada en el Sistema Nacional de Salud.

Proceso asistencial

Este documento se centra en la evaluación y manejo clínico de los/las adolescentes que presentan autolesiones.

Profesionales a quienes va dirigido

Profesionales de la salud que tienen contacto directo con adolescentes con autolesiones (pediatras, médicos/as de familia, enfermeros/as especializados en salud mental, psicólogos/as clínicos/as, psicólogos/as sanitarios/as, psiquiatras, médicos/as de los servicios de urgencias, trabajadores sociales) y gestores sanitarios. También se incluye información que puede ser de interés para los profesionales de ámbito educativo y socio-comunitario.

Se ha elaborado un documento con información para adolescentes, familias y profesionales de la educación que pueda ser empleado para mejorar el conocimiento sobre las autolesiones y su manejo clínico y disminuir el estigma asociado a las mismas.

1.2 Objetivos

El objetivo general es desarrollar un documento basado en la evidencia científica que permita favorecer una mejor evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia. Los objetivos específicos son:

- Revisar la evidencia científica sobre la evaluación y manejo clínico de las autolesiones (con y sin intencionalidad suicida).
- Desarrollar algoritmos diagnóstico-terapéuticos que puedan ser empleados por los profesionales para mejorar la atención que se presta en el SNS a los adolescentes con autolesiones, disminuir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y facilitar la coordinación entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales.
- Desarrollar indicadores que puedan ser empleados para monitorizar la atención que se presta a estos pacientes.
- Sugerir líneas de investigación futura.
- Elaborar un documento de información para adolescentes, familias y profesionales de la educación.

2 Metodología

Este proyecto se enmarca en de la línea de Otros Productos Basados en la Evidencia (OPBE) de GuíaSalud, en el marco del Programa de guías para el SNS.

Se ha seguido un enfoque de revisión sistemática de Guías de Práctica Clínica y revisiones sistemáticas (revisión paraguas) (12) y se ha tenido en cuenta la metodología para la elaboración de GPC en el SNS y la metodología descrita en la guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia (12-14).

A continuación, se describen las principales etapas del proceso de elaboración.

2.1 Constitución del grupo de trabajo

Se ha formado un grupo de trabajo multidisciplinar, que cuenta con la representación de los principales profesionales implicados en la identificación, evaluación y manejo de las autolesiones (pediatría, medicina de familia, psicología clínica, psiquiatría y enfermería de salud mental) y metodólogos. También se ha incorporado representantes de pacientes y expertos de diferentes Comunidades Autónomas.

Todos los participantes completaron y firmaron una declaración de conflictos de intereses (Anexo 1).

2.2 Formulario de preguntas clínicas y estrategia de respuesta

Una vez consensuado el alcance y objetivos del proyecto, se elaboró un listado de preguntas clínicas que desarrollan el tema que aborda el protocolo. Para ello, se han seguido los siguientes pasos:

- Definir el mapa de decisiones en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las autolesiones en la adolescencia.

- Desarrollar un mapa de evidencia científica en el que se seleccionaron revisiones sistemáticas relacionadas con el objetivo principal.

- Definir las áreas clínicas y las preguntas a responder. Una vez seleccionadas las preguntas, formularlas siguiendo el formato PICOD (Paciente/Intervención/Comparación/Resultados/Diseño) o SPICE (Ámbito/Perspectiva/Fenómeno de interés/Evaluación).

El listado completo de preguntas clínicas y sus principales componentes en formato PICOD y SPICE se incluye en el Anexo 2.

2.3 Búsqueda, evaluación y síntesis de la evidencia

2.3.1 Búsqueda bibliográfica y selección de estudios

Tras una búsqueda preliminar para definir el alcance del proyecto en noviembre de 2020, se realizó una búsqueda de GPC y revisiones sistemáticas en mayo de 2021. Para ello, se diseñó una estrategia de búsqueda específica para las siguientes bases de datos y portales: G-I-N, Tripdatabase, CPGinfobase, ECRI guidelines, CMAJ, NICE, Cochrane Library, Medline, APA PsycINFO, Embase y CINAHL. Se activaron alertas en Pubmed, que se mantuvieron activas hasta la fecha de edición del documento (abril de 2022). Para la elaboración de la estrategia de búsqueda se utilizaron términos libres y vocabulario controlado relacionados con la conducta suicida y las autolesiones, con términos como *automutilation, self-injurious behavior, self-inflicted wounds, self-harm, suicide attempt, suicide ideation*, entre otros. Las estrategias de búsqueda se recogen en el Anexo 3.

Una vez realizadas las búsquedas bibliográficas, se procedió a la lectura de los títulos y resúmenes de los artículos recuperados, y se seleccionaron aquellos que contestaban las preguntas formuladas y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión preestablecidos.

La selección de los estudios a incluir se llevó a cabo por dos revisoras de forma independiente teniendo en cuenta los criterios considerados en las preguntas PICOD y SPICE, en caso de duda se incorporó a un tercer revisor. En cuanto al idioma, se incluyeron GPC y RS en español e inglés.

Para identificar documentos de información para adolescentes y familias se realizó una búsqueda adicional en repositorios de guías, organizaciones de referencia y en Google.

2.3.2 Evaluación de la calidad de la evidencia

La evaluación de la calidad se realizó mediante el instrumento AGREE-II (15) para las GPC, la herramienta AMSTAR-2 (16) en el caso de RS de estudios cuantitativos y la herramienta ENTREQ (17) en el caso de RS de estudios cualitativos. El análisis de la calidad de las guías y revisiones se realizó de forma independiente por dos evaluadoras. Las discrepancias se resolvieron por consenso, y en caso de discrepancias se incorporó a un tercer evaluador.

Se decidió elegir como guías base, aquellas que superasen al menos una puntuación de 50 % en el dominio de rigor en la elaboración y de 4 sobre 7 en el criterio "calidad global de la guía". Con respecto a las revisiones sistemáticas, se excluyeron aquellas que presentaron un valor de AMSTAR-2 (11) de "calidad críticamente baja" o de "alta preocupación" en la evaluación de limitaciones metodológicas con el instrumento ENTREQ (17).

Finalmente, la evaluación de la calidad global de la evidencia para cada pregunta clínica se realizó siguiendo una aproximación basada en la metodología GRADE (*Grade of Recomendations, Assessment, Development and Evaluation*) (18). El sistema GRADE (18) evalúa la calidad de la evidencia para cada desenlace evaluado con cuatro niveles: alta, moderada, baja o muy baja. La calificación de la calidad se reduce cuando están presentes limitaciones en el diseño de los estudios, inconsistencias, imprecisión, evidencia indirecta o sesgo de publicación. En aquellas revisiones que emplearon metodología GRADE (18), se tomó como referencia la evaluación realizada por los autores. En los casos en las que las revisiones no emplearon esta metodología, se realizó una aproximación basada en los factores previamente descritos (limitaciones en el diseño de los estudios, inconsistencias, imprecisión, evidencia indirecta o sesgo de publicación) y se tuvo en cuenta que la evaluación global de la calidad expresa la confianza general en la evidencia.

2.4 Determinación de actividades o procedimientos

Teniendo en cuenta la evidencia científica revisada y la experiencia del grupo de trabajo, se proponen dos algoritmos donde se detalla el circuito establecido para la evaluación y el manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia (uno para atención primaria y otro para salud mental) y las diferentes actividades o procedimientos.

Los algoritmos se realizaron por consenso informal del grupo de trabajo y de forma iterativa. Se partió de una primera versión que fue discutida en diferentes reuniones online y una reunión presencial hasta consensuar la versión definitiva.

2.5 Identificación y desarrollo de indicadores de evaluación

Los indicadores propuestos por el grupo elaborador parten de las actividades o procedimientos establecidos en los algoritmos diagnóstico-terapéuticos propuestos. Para la clasificación de los indicadores se ha utilizado la propuesta de Donabedian (15), dado que es una de las más conocidas y empleadas. Esta clasificación organiza los indicadores en tres grupos (19):

- Estructura: miden cómo el sistema de salud está organizado y equipado.
- Proceso: miden si todos los pasos de un determinado proceso se hicieron correctamente. Están vinculados a un resultado y valoran aspectos relacionados con las actividades.
- Resultado: miden la efectividad de la atención, el grado en que la atención otorgada produjo el efecto deseado en el usuario y pueden reflejar aspectos deseados o adversos.

Estos indicadores podrán ser empleados para fines de monitorización y/o auditoría y para evaluar la adherencia o el grado de implementación de las actuaciones propuestas en este documento.

2.6 Redacción del documento

El borrador del documento fue revisado y consensuado por el grupo elaborador y los colaboradores expertos. Una vez consensuado el documento se envió a revisión externa.

En el Anexo 10 se incluye un documento con información para adolescentes, familias, allegados y educadores. Para su realización se tuvieron en cuenta, además de la evidencia científica revisada, otros documentos de información para pacientes identificados en la búsqueda bibliográfica. Para garantizar la comprensibilidad del documento se tuvo en cuenta el instrumento PEMAT (*Patient Education Materials Assessment Tool*) (20).

2.7 Revisión externa

El documento ha sido revisado por expertos propuestos por el grupo de trabajo, las principales sociedades científicas y asociaciones de pacientes. Adicionalmente, el documento de información para adolescentes, familias, allegados y educadores fue revisado por 5 adolescentes con autolesiones identificados a través del grupo de trabajo y por diferentes expertos del grupo GRETA (Grupo de Estudio y Tratamiento de la Autolesión).

3 Introducción a las autolesiones

3.1 Terminología

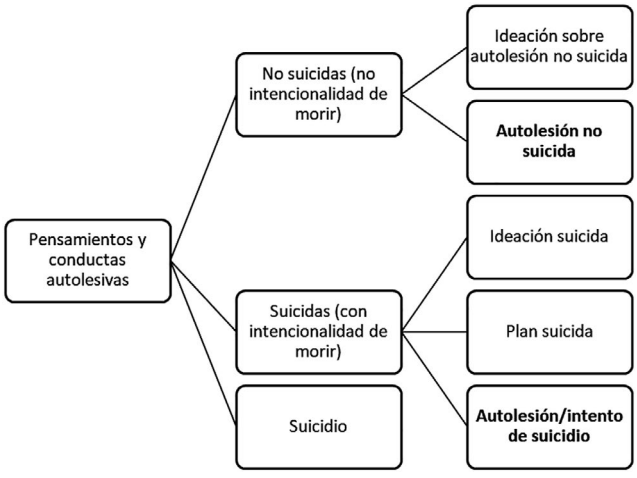
Para la realización de este protocolo basado en la evidencia se ha adoptado una terminología que enfatiza el concepto de conductas autolesivas, que engloba tanto la autolesión no suicida (sin intencionalidad suicida), como las autolesiones con algún grado de intencionalidad suicida (conducta suicida). Esta decisión se ha tomado desde un punto de vista operativo, y por ser una terminología alineada tanto con la evidencia científica y las nomenclaturas más recientes (10, 21-23).

A continuación, se describen los principales conceptos y términos, que se han incluido también en el glosario de este documento.

3.2 Conceptualización

Las conductas autolesivas son aquellas que causan daño directo y deliberado a uno mismo, incluyendo la autolesión no suicida, la conducta suicida y el suicidio (Figura 1) (24-26).

Figura 1. Pensamientos y conductas autolesivas



Fuente: Modificado de Nock 2010 (25). Se han marcado en negrita las autolesiones, tanto sin intencionalidad suicida (autolesión no suicida) como con intencionalidad suicida por ser las conductas que se abordan en el presente documento.

El término autolesión (o lesión autoinfligida) se ha definido como un acto llevado a cabo por una persona con la intencionalidad de hacerse daño a sí mismo físicamente (27).

En Europa y Australia el término autolesión (*self-harm*) ha sido empleado fundamentalmente para referirse a conductas en el *continuum* entre la autolesión no suicida y la conducta suicida, mientras que en Canadá y EE.UU. ha sido más frecuente el empleo de una terminología más binaria, con una clara distinción entre la autolesión no suicida (también denominada autolesión parasuicida) y los intentos de suicidio (28, 29).

La autolesión no suicida (ANS) se define como la destrucción deliberada de tejido corporal sin intencionalidad suicida, y ocurre con fines que no están aceptados socialmente (30-32). Este tipo de autolesión busca causar daño deliberadamente (no accidental) y de manera inmediata. Existen múltiples formas de autolesionarse, pero las más comunes son cortar, rascar, golpear, tallar, pellizcar o raspar la superficie corporal. En cuanto a la sobreingesta de fármacos y la ingestión de sustancias tóxicas o potencialmente peligrosas existe controversia en si se corresponderían con una ANS, puesto que puede llegar a ser especialmente difícil diferenciar cuando se produce con intencionalidad suicida (28). A este respecto, la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5) excluye estas conductas de la ANS porque no provocan un daño físico inmediato (33).

Un aspecto clave en la distinción entre las autolesiones no suicidas y las suicidas sería la intencionalidad. Mientras que la ANS se refiere a aquellas autolesiones en las que no existe intencionalidad suicida, las segundas se refieren a conductas autolesivas que pueden tener diferente grado de ideación, motivación e intencionalidad suicida (34).

En la actualidad, existe cada vez más consenso en que es necesario intentar diferenciar ambos tipos de autolesiones (no suicida y con intencionalidad suicida) tanto conceptual como clínicamente (31, 34, 35). Esto ha propiciado que en 2013 la ANS haya sido incluida en el DSM-5 (33), en la sección III, como una nueva categoría diagnóstica en estudio, estableciendo una diferenciación entre la autolesión no suicida y el trastorno de comportamiento suicida (33).

Además de la intencionalidad, otros aspectos diferenciales relevantes son la gravedad o letalidad de la conducta, la frecuencia, la función, el método, el estado emocional y los trastornos mentales asociados (Tabla 1).

Tabla 1. Factores para la diferenciación entre conductas autolesivas

Factor	Autolesión con intencionalidad suicida (conducta suicida)	Autolesión no suicida
Intencionalidad[1]	Acabar con la vida	Destrucción del cuerpo sin acabar con la vida
Gravedad o letalidad[1]	Son frecuentes las formas más graves de las conductas	Son frecuentes las formas de conducta autodestructiva menos graves y no amenazantes para la vida (p.ej. cortes, quemaduras)
Frecuencia[1]	Menor	Mayor
Función	Terminar con el sufrimiento de la persona	• Intrapersonal (alivio de un estado emocional o pensamiento desagradable; p.ej. reducir la ira o reducir las ideas de suicidio) • Interpersonal (cambiar una situación social; p.ej. recibir más atención o cuidados).
Método	Usualmente uno	Usualmente varios (se incrementan con el tiempo)
Estado emocional	Puede ser impulsivo, pero en muchos de los casos existe un sentimiento crónico de desesperanza o soledad	Ira aguda, desesperación, o malestar emocional
Trastornos mentales asociados	Trastornos afectivos, trastorno límite de la personalidad, trastornos psicóticos, abuso de alcohol y otras sustancias, trastornos de ansiedad (puede no haber ningún diagnóstico de trastorno mental asociado)	Transdiagnóstico, frecuente en poblaciones no clínicas

[1] Algunos autores han propuesto que estos tres aspectos podrían ser los más relevantes en la diferenciación de las conductas autolesivas (24).
Fuente: adaptado de varias fuentes: Halicka et al. (2016) (31), Jans et al. (2018) (35) y Hamza et al. (2012) (24).

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la distinción en la práctica clínica puede resultar compleja debido a los siguientes factores:

- Existe un alto grado de coexistencia entre ambos tipos de autolesión, sobre todo en adolescentes. Esto quiere decir que en algunas personas ambas formas de daño autoinflingido pueden superponerse e incurrir en conductas de tipo suicida y no suicida (28, 35, 36).

- El grado de intencionalidad suicida puede ser difícil de estimar (28, 37).

- La motivación de la autolesión es compleja y puede variar, incluso dentro del mismo episodio (38).

- La sobreingesta de fármacos puede ser realizada según el propio paciente sin intencionalidad suicida, y, sin embargo, no suele ser considerada un método de autolesión no suicida. Esto puede ser más complejo en pacientes que intercambian métodos a lo largo del tiempo (28).

- Aunque existe un amplio debate acerca de la naturaleza de la relación entre la autolesión y la ideación y conducta suicida, ambos fenómenos están relacionados. Se estima que aquellas personas que se autolesionan tienen un riesgo 4.2 veces mayor de llevar a cabo un intento de suicidio y un riesgo 1.5 veces mayor de cometer suicidio (39). También se ha estimado que un 15 % de las personas que se autolesionan tienen ideación suicida (40).

- La probabilidad de un intento de suicidio se ha asociado con el uso previo de varios métodos para autolesionarse (33).

Por ello, es importante señalar que la clasificación de una autolesión según su intencionalidad suicida debería realizarse en el contexto clínico siempre que sea posible, puesto que es fundamental para la toma de decisiones sobre los tratamientos o el manejo terapéutico y para establecer el pronóstico, pero debe tenerse en cuenta que puede ser complejo e incluso puede variar en diferentes episodios.

Resumen: conceptualización

Las conductas autolesivas pueden diferenciarse principalmente por su intencionalidad suicida, y por factores como la gravedad o letalidad, frecuencia, función, método, estado emocional y trastornos mentales asociados. Desde el punto de vista clínico es relevante diferenciar la autolesión no suicida de aquellas que tienen algún grado de intencionalidad suicida para guiar la toma de decisiones sobre el manejo clínico, si bien cabe tener en cuenta que esta diferenciación puede ser compleja y en algunos adolescentes ambos tipos de autolesiones pueden coexistir.

3.3 Prevalencia

Las autolesiones en la adolescencia constituyen un importante problema de salud pública (2-4, 41), especialmente en entornos clínicos (42). En cuanto

a la ANS, algunas estimaciones han puesto de manifiesto una prevalencia en muestras clínicas del 30-40 % y del 13-29 % en muestras comunitarias (24), en algunas ciudades metropolitanas puede llegar al 40 % (43). Tanto en muestras clínicas como en muestras comunitarias la edad de inicio se produce en la adolescencia temprana, ente los 11 y los 15 años (3, 25, 35).

Existe evidencia que sugiere que la ANS podría ser más frecuente en mujeres, sobre todo en la adolescencia temprana, aunque algunos estudios no han encontrado diferencias entre sexos (24). En algunos estudios sobre las diferencias de género en ANS, se encontró que las adolescentes informaron una edad de inicio significativamente más temprana, lo que puede ayudar a explicar por qué algunos investigadores describen que las mujeres se autolesionan más que los hombres durante la adolescencia (24). Además, mientras que las chicas tienden a usar los cortes como principal método, los chicos suelen golpearse o quemarse (24).

En cuanto a la conducta suicida, el 24-33% de los adolescentes en muestras clínicas y el 4-8% en muestras comunitarias informan de haber llevado a cabo alguna autolesión con intencionalidad suicida. Esta conducta suele comenzar en la adolescencia tardía y es más frecuente en mujeres (24, 44).

Respecto a la prevalencia en España, Díaz de Neira et al. (2015) (45), describen que, en una muestra de 267 adolescentes de entre 11 y 18 años de las consultas ambulatorias de psiquiatría, un 20,6 % de los adolescentes afirmaron haber tenido ideación suicida, un 2,2 % planes suicidas, un 9,4 % gestos suicidas; un 4,5 % intentos de suicidio y un 21,7% autolesiones al menos una vez a lo largo de su vida (45). Por otro lado, Méndez et al. (2022) refieren una prevalencia de 58% de ANS en una muestra de 228 adolescentes (42).

Es importante tener en cuenta que la comparación de los datos epidemiológicos resulta difícil, dada la variabilidad en la conceptualización y la terminología empleada en los diferentes estudios, y en las formas de medición, lo que contribuye a la heterogeneidad en los datos obtenidos (46).

Resumen: prevalencia

La adolescencia es un período de especial vulnerabilidad para el desarrollo de conductas autolesivas. Tanto la ANS como la conducta suicida es prevalente en la adolescencia, en muestras clínicas y en muestras comunitarias, aunque la ANS suele comenzar en la adolescencia temprana y la conducta suicida en la adolescencia tardía.

3.4 Curso y pronóstico

En la mayoría de los estudios sobre la historia natural de las conductas autolesivas no se hace distinción entre la ANS y el intento de suicidio. Esto podría deberse en parte a que muchos de los estudios no disponen de una evaluación rigurosa de la intencionalidad suicida. Además, como se describió previamente, en una proporción significativa de personas, coexisten las autolesiones con y sin intencionalidad suicida (35).

Respecto a la edad de inicio de la ANS, algunos autores describen dos picos de incidencia, el primero en la adolescencia temprana, sobre la edad de 14 años y el segundo en la adultez temprana, entre los 20 y 24 años, además, este último parece ser más agudo en el caso de las chicas (4). Por otro lado, estos picos de inicio parecen interaccionar con la presencia de trastornos mentales, como el trastorno límite de la personalidad (TLP) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Las autolesiones parecen empezar en una edad más temprana en muestras clínicas (4).

Sin embargo, existe evidencia que sugiere que la mayoría de las ANS en adolescentes se resuelven espontáneamente cuando se convierten en adultos jóvenes (41). Es más probable que la autolesión persista en mujeres y si se asocia con factores como la presencia de depresión, ansiedad, comportamiento antisocial, consumo de alcohol de alto riesgo, consumo de cannabis y tabaquismo (35). Si estas conductas se vuelven estables en el tiempo, se asocian con un importante deterioro funcional. Además, la ANS de repetición se relaciona con una funcionalidad psicológica y social deficitaria, peor rendimiento escolar, y con una futura conducta suicida (3, 47).

Se ha propuesto que la presencia de ANS en 5 o más días en el último año, supone un umbral o se trata de un indicador que indica recurrencia y significación clínica (33). Algunos autores consideran este criterio arbitrario y proponen 7 o 10 días (48-50).

La presencia de varios métodos (por ejemplo, cortarse, quemarse, golpearse) se asocia con mayor gravedad clínica. Además, se ha planteado que hay métodos más graves (por ejemplo, cortarse frente a rascarse la piel), en función del potencial de daño físico que pueden causar (51-54). Cuando el método de autolesión consiste en cortarse, suele asociarse con mayor probabilidad de repetición de la autolesión (55) y un mayor riesgo de suicidio (56-59). Por lo tanto, este método de ANS implica mayor riesgo psicopatológico.

En cuanto a la conducta suicida, el riesgo de suicidio aumenta en adolescentes con intentos de suicidio previos, aunque existe una gran heterogeneidad de patrones de desarrollo de conductas autolesivas en adolescentes (35).

Resumen: curso y pronóstico

En la mayoría de los estudios sobre la historia natural de las conductas autolesivas no se hace distinción entre la autolesión no suicida y los intentos de suicidio. La evidencia sugiere que existe un patrón heterogéneo en el desarrollo de estas conductas, aunque cuando se convierten en una conducta estable en el tiempo se asocian con un importante deterioro psicosocial y funcional y representan un importante factor de riesgo para el suicidio.

3.5 Factores de riesgo

Se han descrito diferentes factores de riesgo que podrían ser comunes en las conductas autolesivas, entre los que destacan (47):

- Presencia de algún trastorno mental comórbido: depresión, trastorno de la personalidad límite (TLP), abuso de sustancias, trastorno de estrés postraumático (TEPT), impulsividad, comportamientos externalizantes, déficits de atención con o sin hiperactividad, trastornos de conducta y trastornos de la conducta alimentaria (4, 41, 60). En el único trastorno en que las autolesiones se consideran como criterio diagnóstico es en el TLP (40), sin embargo, es importante recordar que, aunque el TLP se puede diagnosticar a partir de los 16 años, no todos los adolescentes con rasgos de inestabilidad emocional, dificultades para autorregularse o autolesiones deben recibir un diagnóstico de TLP. En los casos con depresión, la presencia de alexitimia parece ser un factor de riesgo para el desarrollo de ANS (41).

- Factores contextuales, relacionales y traumáticos: presencia de disfunción familiar, historia de abuso sexual y violencia física. A nivel social, el rechazo social, el aislamiento y la victimización por parte de los pares, así como una baja percepción subjetiva de aceptación por sus iguales incrementan el riesgo de pensamientos y conductas autolíticas en los adolescentes (61). En esta línea, los adolescentes que perciben un bajo apoyo social son especialmente vulnerables a desarrollar ANS, en el contexto de rasgos TLP (42).

La población adolescente LGTBIQ+ también presenta un mayor riesgo de presentar autolesiones (62).

En relación con el ámbito familiar, se ha descrito una asociación entre el riesgo de autolesión y un bajo apoyo social por parte de la familia. En concreto, los jóvenes que se autolesionan, en comparación a los que no lo hacen, reportan una peor relación con los padres y un ambiente familiar disfuncional (63).

El uso de internet también ha recibido atención en la literatura por su papel en la normalización y en la obtención de información que podrían favorecer este tipo de conductas (2, 27, 64). Los adolescentes podrían preferir hablar de sus autolesiones en Internet porque les da sensación de anonimato, aceptación, validación y apoyo (64).

En diferentes estudios existe una asociación entre el uso de las redes sociales y las autolesiones (56). Visualizar o compartir contenido sobre las autolesiones en distintas redes sociales, puede tener un impacto negativo en los adolescentes, como normalizar y validar la conducta o desencadenar la competición e imitación por parte de los mismos. En relación con el uso de internet y de las redes, Dorol et al. (2021) (65) sugieren que el *cyberbullying* puede tener un efecto independiente y acumulativo en las conductas suicidas y autolesiones de los adolescentes (65).

Algunos estudios recientes acerca de la pandemia actual por COVID-19 alertan sobre el creciente riesgo de conductas autolesivas debido al aumento de distanciamiento social (11, 42, 66). Este riesgo puede ser mayor en situaciones de violencia familiar, problemas económicos debido al desempleo, falta de apoyo social y dificultad de acceso a los servicios de salud mental (66, 67), y también en adolescentes que tienen algún trastorno mental (42).

Resumen: factores de riesgo

Se han descrito diferentes factores de riesgo de las conductas autolesivas en la adolescencia, principalmente la presencia de trastornos mentales, factores contextuales, relacionales y traumáticos. También se ha descrito como factor de riesgo un uso indebido de internet y redes sociales. Estudios recientes acerca de la pandemia por COVID-19 alertan sobre el riesgo creciente de conductas autolesivas en la adolescencia debido al aumento del distanciamiento social, sobre todo cuando se suma a otros factores de riesgo.

3.6 Marcos teóricos explicativos

Destacan cuatro teorías que han tratado de explicar la relación existente entre la autolesión y la conducta suicida (24, 47, 68), así como numerosas teorías que tratan de explicar el desarrollo y mantenimiento de la ANS (25, 69-77) (Tabla 2).

Tabla 2. Principales marcos teóricos explicativos

Teorías que se centran en el continuum ANS-conducta suicida	Teorías que explican el inicio y mantenimiento de la ANS
• Teoría de la puerta. • Teoría de la tercera variable. • Teoría de Joiner de la capacidad adquirida para el suicidio. • Modelo integrado.	• Modelo de las cuatro funciones o modelo integrado de Nock. • Teorías centradas en la regulación del afecto: – Teoría biosocial (Linehan). – Modelo evitación experiencial. – Modelo de la cascada emocional. – Autocastigo. – Antidisociación. • Modelos neurobiológicos.

Teorías que se centran en el continuum ANS-conducta suicida

1. Teoría de la puerta

Es de carácter dimensional, sugiere que existe un continuo entre la autolesión no suicida y el suicidio consumado, que sería el otro extremo. Esto quiere decir que ambos fenómenos comparten cualidades experienciales. Esta teoría propone que, por ejemplo, la ANS precede al desarrollo de conductas suicidas, incluso después de controlar otros factores de riesgo de la conducta suicida, como depresión, desesperanza, funcionamiento familiar y rasgos de TLP. Además, está respaldada por hallazgos de investigación tanto transversal como longitudinal entre adolescentes y adultos (24).

Por otro lado, la teoría de la puerta también explica la alta co-ocurrencia de la ANS y la conducta suicida, porque se piensa que son manifestaciones de la misma forma de comportamiento (24).

Esta teoría también es coherente con los hallazgos de que la ANS tienen una edad de inicio más temprana que el comportamiento suicida, por tanto, la ANS tiende a preceder a la conducta suicida en el desarrollo. Más específicamente, la edad promedio de inicio de la ANS suele ser en la adolescencia temprana, alrededor de los 13 años, mientras que la edad

promedio de inicio para los intentos de suicidio es alrededor de los 16 años (24).

2. Teoría de la tercera variable

Esta teoría sostiene que existe una tercera variable que explica o da cuenta de la asociación entre la ANS y la conducta suicida. Podría tratarse de un trastorno mental, la presencia de distrés psicológico o una predisposición genética. Así, la ANS no incrementarían el riesgo de conducta suicida, sino que tener un trastorno mental diagnosticado, como el TLP, podría incrementar tanto el riesgo para la ANS como para la conducta suicida (24).

Otros ejemplos de tercera variable sería la presencia del malestar psicológico muy elevado (por ejemplo, síntomas depresivos, ideación suicida, baja autoestima, falta de apoyo parental), factores biológicos y genéticos (principalmente déficits en el sistema serotoninérgico) (24).

3. Teoría de Joiner de la capacidad adquirida para el suicidio

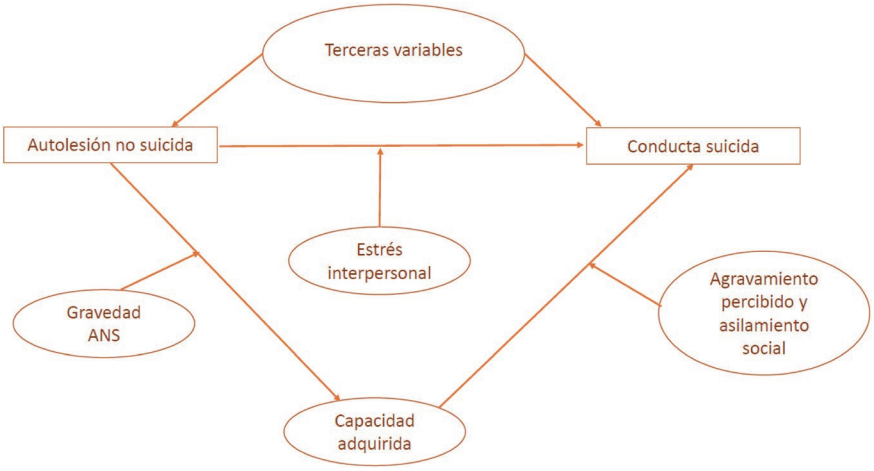
Al igual que la Teoría de la puerta, plantea que existe un espectro o *continuum* entre la ANS y la conducta suicida. La ANS repetitiva conlleva una reducción del dolor y/o el miedo a autolesionarse que se explicaría por un fenómeno de habituación. Por ello, la ANS cada vez es menos efectiva y la persona piensa en el suicidio o en otros métodos de autolesión potencialmente finalistas.

Existe investigación que apoya esta teoría, que describe que, a mayor frecuencia de ANS, mayor poder predictivo de intentos de suicidio más letales. En esta misma línea, el uso de múltiples métodos para llevar a cabo la ANS y la duración de este comportamiento son predictivos del número de intentos de suicidio (24).

4. Modelo integrado

El modelo integrado surge de la combinación de las tres teorías previas planteadas. Este modelo considera que existe un continuo entre la ANS y las autolesiones suicidas, pero predice que existen variables que moderan su relación como el malestar psicológico y otras como la presencia de trastornos mentales. En este modelo la capacidad adquirida también juega un rol relevante, ya que predice que la ANS actuaría como un nexo con la conducta suicida, moderado por factores como la gravedad de la ANS y la intencionalidad suicida (Figura 2) (24).

Figura 2. Modelo integrado. Adaptado de Hamza 2012 (24)



Teorías que explican el inicio y mantenimiento de la ANS

5. Modelo de las cuatro funciones o modelo integrado de Nock

Este modelo pretende explicar el desarrollo y mantenimiento de la conducta autolesiva (25). Para ello, plantea la combinación de dos tipos de motivación para la autolesión (intrapersonal o automática e interpersonal o social), que pueden estar asociadas con dos tipos de contingencias (reforzamiento positivo o negativo), por tanto, hay cuatro posibles motivaciones para esta conducta (25, 30). La motivación intrapersonal se asocia a la intención de cambiar el propio estado interno, es decir, una emoción o un pensamiento. Por ejemplo, autolesionarse para conseguir un alivio emocional o para dejar de pensar en el suicidio correspondería a una función intrapersonal asociada a un reforzamiento negativo. Una autolesión no suicida que, por ejemplo, se realiza para sentirse vivo tendría que ver con una función intrapersonal asociada a un reforzamiento positivo. Por otro lado, la motivación interpersonal pretende cambios en el ambiente externo. Un ejemplo de este tipo de motivación asociada a un reforzamiento positivo podría ser recibir más atención de los demás, y en el caso de un reforzamiento negativo, evitar una discusión. Esta propuesta teórica ha recibido apoyo empírico en diferentes estudios con distintas metodologías (70).

Tabla 3. Modelo integrado de Nock

		REFORZAMIENTO	
		POSITIVO	NEGATIVO
CONTINGENCIAS	INTERPERSONAL	Incremento de un evento social deseado (obtener atención, apoyo)	Disminución de eventos sociales indeseados (parar peleas, evitar conflictos)
	INTRAPERSONAL	Incremento de pensamientos y sentimientos deseados (sentir alivio o autoestimulación)	Disminución de pensamientos y sentimientos aversivos (enfado, tensión, empatía, ...)

Fuente: Nock 2004 (78).

6. Teorías centradas en la regulación del afecto

Existen varias teorías que proponen que la ANS tiene principalmente una función de regulación afectiva. La mayoría de estas teorías cuentan con cierto grado de apoyo empírico (71).

La teoría biosocial de Linehan (1993) entiende la ANS como un intento de reducir el afecto negativo, ya que ésta conseguiría que la atención del individuo pase de estar centrada en el malestar emocional al daño físico. Varios estudios con autoinformes y también con medidas fisiológicas aportan datos en favor de esta teoría. Así, el principal motivo para autolesionarse que refieren las personas que lo hacen, es la reducción de una experiencia emocional negativa (p.ej. la ira o la tensión), o la distracción del sufrimiento emocional (79, 80). Por otro lado, se ha podido observar como la ANS consigue una reducción de la activación fisiológica asociado a un estado emocional en pacientes con trastorno límite de la personalidad (81).

De manera similar, el modelo de evitación experiencial (77), propone que la ANS sería una manera de huir del malestar. Entre las experiencias evitadas se incluirían pensamientos, emociones, sensaciones somáticas y otras experiencias que resultan dolorosas o intolerables para la persona. Dicha evitación experiencial es la que hace que la ANS se mantenga en el tiempo, mediante un único fenómeno de reforzamiento negativo. Este modelo también ha recibido apoyo empírico (69).

Otra propuesta es la que realiza el modelo de la cascada emocional (75). Éste plantea que, a partir de un evento concreto, la retroalimentación entre el afecto negativo y los procesos rumiativos tienen como resultado una "cascada emocional". De este modo, el evento (p.ej. una discusión) hace que el individuo rumie intensamente, lo que aumenta la intensidad

de la emoción. A medida que aumenta la intensidad de la emoción, es más complejo desviar la atención de la experiencia emocional y es entonces cuando la ANS se utiliza por algunos individuos para reducir dicho malestar.

Dentro de la regulación del afecto, algunos autores prestan especial atención a algunas funciones de la ANS, como son la de 'auto-castigo' o la de 'anti-disociación'. En cuanto a la primera, en algunos casos, la ANS sería una acción que la persona lleva a cabo como una manera de expresar ira hacia ella misma o como una manera de auto-invalidación (que se asocia al constante *feedback* negativo que recibe por parte de los demás) (76). La función de 'anti-disociación', tiene que ver con la capacidad de la ANS de inhibir estados de disociación o despersonalización (74).

Por último, cabe señalar que todas estas teorías son similares a las teorías del suicidio (Linehan 1993) y que, en este sentido, pueden resultar poco específicas.

Los modelos más citados en relación a la ANS son el modelo de los cuatro factores de Nock y el modelo de evitación experiencial (77). Existe consenso en que el afecto negativo precede a la ANS y después se da un alivio y disminución de afecto negativo, una función de reforzamiento automático negativo (76).

7. Modelos neurobiológicos

Estudios con resonancia magnética funcional sugieren que pacientes con ANS (o AS) muestran una actividad cerebral alterada en comparación con controles sanos. Estos han utilizado, por ejemplo, paradigmas experimentales de inducción emocional, dolor físico o procesamiento de la recompensa (82).

Las diferencias en el procesamiento de este tipo de estímulos en los pacientes con ANS (vs controles sanos) se centran en regiones involucradas en procesos cognitivos inhibidores y en la regulación afectiva. Por ejemplo, Reitz et al. (2015) (81) mostraron como, tras una inducción emocional desagradable, una incisión en el antebrazo de pacientes con ANS era capaz de reducir la actividad en la amígdala, así como mejorar la conectividad entre ésta y regiones del córtex prefrontal (81). Estos datos muestran la capacidad de regulación emocional de la ANS. Por otra parte, también cabe destacar que las alteraciones en las áreas cerebrales asociadas a la presencia de ANS han mostrado correlaciones con variables clínicas en alguno de estos estudios (83).

Por otra parte, también se ha investigado la implicación del sistema opioide, dopaminérgico y serotoninérgico en la ANS. La investigación se

ha centrado en el procesamiento del dolor, debido a una disminución de la sensibilidad a los estímulos dolorosos que se muestra en personas que se autolesionan (78). Así, pese a que se podría esperar que durante un episodio de ANS se experimentara un dolor físico intenso, esto no sucede en la mayoría de los casos. Se ha propuesto que una alteración en el sistema opiáceo endógeno podría explicar este efecto paradójico (72). De hecho, existe una relación entre este sistema, el dolor y el procesamiento afectivo (84), debido a regiones cerebrales compartidas (85, 86). Así, por ejemplo, muchas regiones del cerebro implicadas en la regulación del dolor también están implicadas en la regulación de la emoción y, a su vez, tienen una alta densidad de receptores opioides, por ejemplo, el Córtex cingulado anterior (ACC) (86, 87). Por lo tanto, podría decirse que la ANS aumenta (a) la actividad de los receptores μ y δ en aquellos individuos que tienen niveles bajos en reposo de β-endorfina y encefalinas, o (84) (b) podría provocar la liberación de β-endorfinas y encefalinas, lo que podría conducir a una disminución en los estados de afecto negativo (o un aumento en el afecto positivo). Ambas opciones conducen a un efecto gratificante de la ANS (72).

Resumen: marcos teóricos explicativos

Existen diferentes teorías que han tratado de explicar la relación entre la ANS y la conducta suicida. Las más relevantes son la teoría de la puerta, que plantea la existencia de un continuo entre ambos tipos de autolesiones; la teoría de la tercera variable, que predice que sería la presencia de factores como la coexistencia de trastorno mental, el malestar psicológico o factores biológicos la que explicaría la relación entre la ANS y la conducta suicida; y la teoría de la capacidad adquirida que plantea que la ANS serían una vía para habituarse al miedo y al dolor asociado de las conductas autolesivas que favorecería la escalada hacia la conducta suicida. El modelo integrado surge de la integración de las tres teorías anteriores.

Por otro lado, también hay teorías que intentan explicar el desarrollo y mantenimiento de la ANS, el modelo de las cuatro funciones de Nock propone dos tipos de motivaciones para la autolesión, intrapersonal o automática e interpersonal o social. Ambas pueden estar asociadas con dos tipos de contingencias (reforzamiento positivo o negativo). Las teorías centradas en la regulación del afecto son: teoría biosocial de Linehan, modelo de evitación experiencial, cascada emocional, autocastigo y anti-disociación.

En cuanto a los modelos neurobiológicos, parece que los pacientes con autolesiones muestran una actividad cerebral alterada en regiones implicadas en procesos cognitivos inhibitorios y regulación afectiva. Además, existen teorías que apuntan a una posible afectación de los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y opioide.

3.7 Criterios diagnósticos

A continuación, se describen los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (88) y del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (33).

3.7.1 CIE

La CIE-10 (88) diferencia entre envenenamiento y lesión autoinfligida, en el apartado de "otras causas externas de morbilidad y mortalidad". En la siguiente tabla se presentan los diferentes códigos para las conductas autolesivas (Tabla 4). Por tanto, en la CIE-10, la ANS se recoge a nivel de síntoma y no como entidad mórbida independiente (como hace el DSM-5). También existe el código Z91.5, historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente, que incluye autoenvenenamiento, suicidio y parasuicidio (88).

En relación a la CIE-11 (89), no incluye ninguna propuesta para un diagnóstico independiente de la ANS, pero sí una descripción de éstas como un "daño intencional autoinflingido en el cuerpo, mayoritariamente, raspar, cortar, quemar, morder o golpear, con la expectativa de que la lesión provoque sólo un daño físico menor".

Tabla 4. Códigos de conductas autolesivas como "otras causas externas de morbilidad y mortalidad" según la CIE-10 (X60–X84)

X6..	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a:
X60.	Analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos
X61.	Drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte
X62.	Narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte
X63.	Otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo
X64.	Otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y otros no especificados
X65.	Alcohol
X66.	Disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores
X67.	Otros gases y vapores
X68.	Plaguicidas
X69.	Otros productos químicos y sustancias nocivas, y otros no especificados
X7../X8..	**Lesión autoinfligida intencionalmente por:**
X70.	Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
X71.	Ahogamiento y sumersión

X72.	Disparo de arma corta
X73.	Disparo de rifle, escopeta y arma larga
X74.	Otras armas de fuego, y otras no especificadas
X75.	Material explosivo
X76.	Humo, fuego y llamas
X77.	Vapor de agua, vapores y objetos calientes
X78.	Objeto cortante
X79.	Objeto romo o sin filo
X80.	Saltar desde un lugar elevado
X81.	Arrojarse o colocarse delante de un objeto en movimiento
X82.	Colisión de vehículo de motor
X83.	Otros medios especificados
X84.	Medios no especificados

Fuente: tomado de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (88).

3.7.2 DSM-5

Los criterios DSM-5 (33) diferencian entre trastorno de comportamiento suicida, que incluiría tanto la ideación suicida, como el plan suicida o el intento de suicidio, y autolesión no suicida (ver Tablas 5 y 6). Ambas categorías diagnósticas se encuentran en el apartado III, como 'diagnósticos que necesitan más investigación.

Tabla 5. Criterios DSM-5 para el trastorno de comportamiento suicida

A	El individuo ha realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses. Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte. El "momento de inicio" es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio.
B	El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo.
C	El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios.
D	El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión.
E	El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.
	Especificar si: **Actual:** No han transcurrido más de 12 meses desde el último intento. **En remisión inicial:** Han transcurrido 12-24 meses desde el último intento.

Fuente: tomado de quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (33).

En relación a los criterios para la ANS, su inclusión se lleva a cabo a pesar de la controversia sobre su conceptualización diagnóstica. Finalmente se incluye con el objetivo de mejorar la comprensión del fenómeno y aumentar la investigación sobre su etiología, tratamiento y resultados de estos (73).

Tabla 6. Criterios DSM-5 para la autolesión no suicida

A	En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p.ej. cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida). **Nota:** La ausencia de intención suicida o bien ha sido expresada por el individuo, o bien puede inferirse de la realización repetida por parte del individuo de comportamientos que sabe, o ha aprendido, que no es probable que tengan como resultado la muerte.
B	El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas: 1. Para aliviar un sentimiento o estados cognitivo negativo. 2. Para resolver una dificultad interpersonal. 3. Para inducir un estado de sentimientos positivos. **Nota:** El alivio o respuesta deseados se experimentan durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.
C	Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes: 1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo. 2. Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto. 3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.
D	El comportamiento no está aceptado socialmente (p. ej., *piercings*, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.
E	El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.
F	El comportamiento no aparece exclusivamente durante los períodos psicóticos, el síndrome confusional, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p.ej. trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello], trastorno de excoriación [dañarse la piel]).

Fuente: tomado de quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (33).

También existe la posibilidad de añadir "NOS" (*not otherwise specified*, no especificado) cuando no está claro si existe intencionalidad o cuando existen menos de 5 días (criterio A), en este caso se denomina trastorno de autolesión no suicida, no especificado, tipo 1, subumbral: el paciente cumple con todos los criterios para la ANS, pero se ha lesionado menos de 5 veces en los últimos 12 meses. Esto puede incluir a personas que, a pesar de presentar una baja frecuencia de conducta, piensan frecuentemente en realizar el acto.

Diagnóstico diferencial de la autolesión no suicida (ANS)

El DSM-5 indica que la ANS debe diferenciarse de las siguientes categorías diagnósticas:

- **Trastorno de la personalidad límite**: durante mucho tiempo, la ANS se ha considerado patognomónica del TLP. Sin embargo, la autolesión no suicida es un fenómeno transdiagnóstico. Su inclusión como nuevo diagnóstico en estudio (DSM-5) ayudará a mejorar el diagnóstico diferencial con el TLP. En el caso de los adolescentes, se requiere un año de estabilidad de los síntomas para el diagnóstico y no antes de los 16 años.

- **Trastorno de comportamiento suicida**: la distinción se basa en el objetivo del comportamiento, siendo el deseo de morir en el trastorno de comportamiento suicida y experimentar alivio en el caso de la autolesión no suicida.

- **Tricotilomanía** (trastorno de arrancarse en cabello): es un comportamiento dañino, pero este se limita a arrancarse el propio cabello, más habitualmente del cuero cabelludo, las cejas o las pestañas.

- **Autolesión estereotipada**: puede implicar golpearse la cabeza, morderse o golpearse, habitualmente se asocia con una concentración intensa o se produce en situaciones de escasa estimulación externa, y puede asociarse a trastornos del neurodesarrollo, pudiendo estar presentes en el trastorno del espectro autista.

- **Trastorno de excoriación** (dañarse la piel): consiste en excoriar una zona de la piel que el individuo considera antiestética o una mancha, habitualmente en la cara o el cuero cabelludo. A menudo va precedida de una sensación de ansia y se experimenta como placentera, aunque el individuo es consciente de que se está haciendo daño a sí mismo. No se asocia con el uso de ningún instrumento.

Resumen: criterios diagnósticos

Las clasificaciones internacionales de referencia (CIE-10 y DSM-5) incluyen las autolesiones, pero desde perspectivas diferentes. Mientras que la CIE-10 las incorpora a nivel de síntoma, el DSM-5 conceptualiza dos categorías diagnósticas, una para el trastorno de comportamiento suicida y otra para la autolesión no suicida.

4 Revisión de la evidencia científica

Se han seleccionado cinco GPC y diez RS que cumplieron los criterios de inclusión/exclusión para responder a las preguntas planteadas. El diagrama de flujo de selección de estudios se presenta en el Anexo 4.

Descripción de las GPC seleccionadas y su calidad según AGREE-II

De las cinco GPC incluidas tres abordan el manejo de las autolesiones en adolescentes (90-92), una aborda el manejo de la autolesión no suicida en adolescentes (93) y otra el manejo y prevención de la conducta suicida tanto en adolescentes como en adultos (1). En el Anexo 5 se incluye una descripción de las características de todas ellas y en el Anexo 6 una tabla donde se comparan en función de sus principales características.

De todas ellas solamente dos, la NICE 2011 (91) y la de Plener et al. (2016) (93) incluyeron información sobre todas las áreas clínicas abordadas en este OPBE (evaluación, manejo clínico y experiencias de los pacientes y necesidades de información). Todas las guías menos la australiana (92) incluyeron algún diagrama de flujo o algoritmo sobre estrategias diagnósticas y terapéuticas.

Las dos GPC de la NICE (2004, 2011) (90, 91) y la GPC del Programa de guías en el SNS (1) obtuvieron las mayores puntuaciones globales, así como las mayores puntuaciones en el dominio de rigor en la elaboración (mayores del 90%). La guía australiana (92) y la alemana (93) recibieron las peores puntuaciones globales y las puntuaciones más bajas en el dominio de rigor en la elaboración (de 58 y 71%, respectivamente). El dominio de aplicabilidad fue el que obtuvo menores puntuaciones en todos los casos (con un rango de puntuaciones del 50-75%).

Descripción de las RS seleccionadas y su calidad según AMSTAR-2

Se han identificado 10 RS que cumplen los criterios de inclusión establecidos, 2 para los factores de riesgo de repetición de autolesiones (67, 94), 3 para las herramientas de evaluación (95-97), 3 para el manejo clínico (21, 39, 98), y 2 para las experiencias y necesidades de información y apoyo (99, 100).

Las revisiones sistemáticas que abordan los factores de riesgo para la repetición de las autolesiones en adolescentes (67, 94) obtuvieron una calidad metodológica media según el AMSTAR-2 (16). Respecto a las revisiones sistemáticas que identifican las escalas de evaluación (95-97), presentan menores niveles de calidad, entre medio y bajo según el AMSTAR-2 (16).

En cuanto a las intervenciones psicológicas para el manejo de las autolesiones en adolescentes, se han incluido tres revisiones sistemáticas, dos de las cuales tienen una calidad metodológica alta según el AMSTAR-2 (16), estas son el metanálisis en red de Bahji 2021 (98) y la revisión sistemática de la Cochrane de Witt 2021 (21). La tercera (39) muestra una calidad metodológica baja según el AMSTAR-2 (16).

Finalmente, para la información para pacientes, se han incluido dos revisiones cualitativas, Grimmond 2019 (99) y Lachal 2015 (100). Ambas tienen buena calidad metodológica, obtienen un nivel de preocupación menor mediante el instrumento ENTREQ (17).

Para ver las puntuaciones obtenidas por cada una de las RS se puede consultar la tabla del Anexo 7.

A continuación, se presenta una síntesis de las recomendaciones emitidas por las guías y la síntesis de la evidencia considerada en las RS para cada una de las preguntas clínicas.

4.1 Evaluación

Pregunta 1: ¿Cuáles son los factores de riesgo y protectores que deben tenerse en cuenta en la evaluación de las autolesiones en la adolescencia?

Síntesis de recomendaciones en GPC

De las cinco guías incluidas, solo tres incluyen alguna recomendación específica sobre los factores de riesgo que deberían evaluarse tras una conducta autolesiva (90-92) y solo la GPC NICE (2011) (91) incluye una recomendación sobre evaluación de factores protectores. Las tres guías coinciden en la necesidad de evaluar factores sociales, biológicos y psicológicos. La GPC del NICE (2011) (91) (que aborda autolesiones con y sin riesgo de suicidio) es la que más detalla los factores a evaluar con la finalidad de predecir la repetición de las autolesiones y el riesgo de suicidio, detallando los siguientes factores:

- 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 o disminuir el riesgo asociado a las autolesiones.

La NICE (2004) (90), recomienda que en atención primaria se realice una evaluación psicosocial y de la presencia de algún trastorno mental. Señala que los principales factores asociados con un mayor riesgo de presentar conductas autolesivas y que hay que tener en cuenta en la evaluación son la presencia de depresión, desesperanza e intentos de suicidio previos.

En cuanto a los factores protectores, la NICE (2011) recomienda la evaluación de estrategias de afrontamiento y la existencia de relaciones significativas que puedan ser un apoyo (91).

Por su parte, la guía de Plener et al (93), centrada en ANS, recomienda centrar la evaluación en los siguientes factores de riesgo: 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).

Síntesis de evidencia científica en RS

Se han incluido dos revisiones sistemáticas que analizan factores de riesgo de repetición de las autolesiones (con intencionalidad suicida y ANS) (67, 94). Ninguna de las dos revisiones analizó factores protectores.

El riesgo de repetición de las autolesiones es mayor en adolescentes con psicopatología comórbida o algún tratamiento de salud mental previo (67, 94). Los principales diagnósticos asociados son la depresión (67, 94), los trastornos de la personalidad (67, 94) y la ansiedad (67).

La desesperanza y la presencia de ideación suicida son factores clínicos fuertemente asociados con la repetición de las autolesiones (67, 94). El estrés psicológico también es un factor de riesgo para la repetición, así como el estrés académico y emocional (67). Por otro lado, se ha asociado al riesgo

de repetición de las autolesiones la presencia de estrategias de regulación emocional disfuncionales y la motivación para la autolesión intrapersonal (67).

El factor de riesgo de tipo histórico que más correlaciona con la repetición de autolesiones es la historia de abuso sexual (67, 94).

Algunos factores relacionados con la familia y los pares, como la existencia de relaciones de apego inseguro se asocian con la repetición de las autolesiones con intencionalidad suicida y no suicida, y también problemas familiares y en el grupo de pares (67).

Mientras que Rahman et al (2021) (67) concluye que los factores sociodemográficos (menor de 15 años, mujer y etnia) y algunas características de las autolesiones previas (tener un episodio previo y específicamente en el último año, frecuencia de autolesiones, el autoenvenenamiento en comparación con otros métodos, y el uso de varios métodos de autolesiones) aumentan el riesgo de repetición, Witt et al (2019) (94) concluye que estos factores no correlacionan con la repetición de autolesiones.

Resumen de la evidencia científica: factores de riesgo y protectores

Existen diferentes factores de riesgo que han sido asociados a la repetición de las autolesiones y que por lo tanto es importante tener en cuenta en la evaluación de la autolesión. Entre ellos destacan la presencia de un trastorno mental, factores psicológicos (principalmente presencia de desesperanza, ideación suicida, malestar psicológico y estrategias de regulación emocional disfuncionales), factores familiares y relacionados con los pares e historia de abuso sexual. Algunos factores protectores que parece relevante tener en cuenta son las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido por parte de familiares e iguales.

Calidad global de la evidencia: moderada.

Pregunta 2: ¿Cuáles son las propiedades psicométricas de las escalas para la evaluación de las autolesiones en la adolescencia?

Síntesis de recomendaciones en GPC

Tres de las GPC hacen alguna recomendación sobre el uso de escalas en la evaluación (1, 91, 93). Todas ellas proponen el uso de las escalas como un complemento a la entrevista clínica (1, 91, 93). La del NICE (2011) (91) señala que no se deben usar para predecir la repetición ni el riesgo de suicidio ni para tomar la decisión sobre los tratamientos. Plener et al. (93), sugieren que su uso podría favorecer una evaluación más estructurada.

La única que recomienda alguna escala específica es la del Programa de GPC en el SNS (1), que sugiere el uso de las escalas BHS (Escala de Desesperanza de Beck), BDI (Inventario de Depresión de Beck), K-SADS (Escala para la evaluación de la depresión y la esquizofrenia en niños), CDRS-R (Escala de depresión para niños revisada) .

Síntesis de evidencia científica en RS

Se han incluido 3 RS (95-97) cuyo objetivo fue identificar y analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos para la evaluación de las autolesiones en la adolescencia. El objetivo de Harris et al (2019) (95) y Carter et al (2019) (97) fue analizar escalas de valoración del riesgo de repetición de autolesiones y conducta suicida, mientras que Chávez-Flores et al (2019) (96) se centró en la evaluación de las ANS.

Harris et al. (2019) (95) evaluaron la capacidad de 10 escalas, 4 para predecir la repetición de autolesiones (SI-IAT, SITBI, SIQ, SHQ) y 6 para predecir intentos de suicidio (ASQ, SIQ-JR, C-SSRS, SIQ, BHS, CDRS-R). Cada escala fue evaluada en uno o dos estudios, salvo una de las escalas que fue evaluada en 4 estudios (C-SSRS). La mayoría de los estudios incluidos fueron calificados "con riesgo de sesgo poco claro" y no fue posible realizar metanálisis debido a la heterogeneidad de los estudios en cuanto a las poblaciones, ámbito y resultados medidos. El contenido de las escalas y su objetivo también fue altamente variable (por ejemplo, algunas de ellas se centraron en la evaluación de la ideación suicida o ideación sobre las autolesiones, mientras que otras evalúan la existencia de autolesiones previas, planes de suicidio o gestos suicidas). Dados los resultados obtenidos por las escalas y la escasez de evidencia científica los autores concluyeron que no es posible establecer cuál es la mejor escala para la predicción del riesgo de repetición de autolesiones, y que su uso debería realizarse dentro de una evaluación más completa y exhaustiva que contemple otros factores además del riesgo de repetición, como las necesidades psicosociales de los pacientes.

Carter et al. (2019) (97) incluyeron resultados de 22 escalas, aunque también concluyeron que todas ellas carecen de resultados adecuados sobre sus propiedades psicométricas y no han sido evaluadas correctamente para su uso en la práctica clínica y, por tanto, la evaluación del riesgo de autolesiones debe basarse en el juicio clínico. Esta revisión enfatiza que una de las escalas que ha obtenido mejores resultados en diferentes estudios es la C-SSRS, y además ha sido empleada en la práctica clínica para monitorizar la seguridad del tratamiento farmacológico.

Para evaluar específicamente las ANS, Chávez-Flores et al. (96) (2019) incluyeron 18 estudios sobre 11 escalas. También concluyen que es necesaria más investigación al respecto, aunque destacan que la ABUSI y la ISSIQ-A son las que han mostrado mejores propiedades psicométricas.

En la siguiente tabla (Tabla 7) se citan las escalas de evaluación psicológica incluidas en estas revisiones sistemáticas. Además, en el Anexo 9 se incluye una tabla más detallada, con las principales características de las escalas analizadas. También se indica cuáles de ellas han sido adaptadas y validadas al castellano y se añaden algunas escalas que podrían ser de interés para la práctica clínica desde el punto de vista del grupo de trabajo.

Tabla 7. Escalas de evaluación psicológica incluidas en las revisiones sistemáticas

Harris et al. (2019)	Carter et al. (2019)	Chávez-Flores et al. (2019)
• Self-Injury Implicit Association Test (SI-IAT). • Self-Injurious Thoughts and Behaviours Interview (SITBI). • Self-Harm Questionnaire (SHQ). • Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). • Suicide Ideation Questionnaire (SIQ). • Suicide Ideation Questionnaire-Junior (SIQ-JR). • Self-Assessed Expectations of Suicide Risk Scale (SAERS). • Ask Suicide Screening Questions (ASQ). • Beck Hopelessness Scale (BHS). • Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R).	• Adolescent Suicide Questionnaire (ASQ). • Columbia Suicide Screen (CSS). • Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). • Fairy Tales Test (FTT). • Life Orientation Inventory (LOT). • Multi-Attitude Suicide Tendency scale (MAST). • Reasons for living inventory for adolescents (RFL-A). • Risk of Suicide Questionnaire (RSQ). • Modified Scale for Suicide Ideation (MSSI). • Self-Harm Risk Assessment for Children (SHRAC). • Suicidal Behaviours Questionnaire for Children (SBQ-C). • Suicidal Behaviours Questionnaire-Junior (SIQ-JR). • Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ). • Suicide Behaviour Interview (SBI). • Suicide Intent Scale (SIS). • Suicide Probability Scale (SPS). • Suicide Risk Scale (SRS). • Child-Adolescent Suicidal Potential Index (CAPSI). • Child Suicide Risk Assessment (CSRA). • Suicide Status Form-II (SSF-II). • Suicidality Treatment Ocurring Paediatrics-Suicidality Assessment Scale (STOP-SAS).	• Alexian Brothers Assessment of Self-Injury (ABASI). • Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale (ABUSI). • Self-Injury Motivation Scale Adolescent versión (FASM). • Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A). • The Repetitive Non-Suicidal Self-Injury Questionnaire (R-NSSI-Q). • The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents (RTSHIA). • Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ). • Self-Injury Motivation Scale Adolescent version (SIMS-A).

Resumen de la evidencia científica: escalas de evaluación

Aunque existen diferentes escalas diseñadas para la predicción del riesgo de autolesiones, dada la evidencia científica disponible, ninguna de ellas puede ser empleada como único método de evaluación. Existe consenso entre todos los autores de las RS y las GPC en que el uso de las escalas de evaluación es complementario a la entrevista clínica.

Calidad global de la evidencia: baja.

4.2 Niveles asistenciales, derivación y coordinación

Pregunta 3: ¿Cuál es el nivel asistencial más adecuado para la evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia y cuáles son los criterios de derivación?

Síntesis de recomendaciones en GPC

Todas las GPC menos la australiana (92) incluyen alguna recomendación sobre niveles asistenciales y derivación. Plener et al (93) solo incluye una recomendación donde sugiere que la primera opción de tratamiento debe ser ambulatoria.

La NICE (2004) (90) recomienda realizar una evaluación psicosocial exhaustiva desde atención primaria, y en función de esta evaluación y el nivel de riesgo, tomar la decisión sobre la derivación al servicio de salud mental (90). Esta evaluación debería evaluar el riesgo físico, factores psicológicos y el estado emocional y mental (90).

La NICE (2011) (91) sugiere que cuando lleguen adolescentes con autolesiones a atención primaria se debe considerar la derivación a un servicio especializado en salud mental para una evaluación de las autolesiones y los profesionales de atención primaria deben monitorizar la salud física de las personas que se autolesionan, así como las consecuencias de la autolesión y otros cuidados de salud. Para una derivación preferente al servicio de salud mental se debe tener en cuenta el nivel de angustia o malestar en el adolescente y su familia, el riesgo de autolesión y la respuesta a las intervenciones iniciales y si la persona solicita ayuda de un especialista. Además, recomienda que, si un paciente está siendo atendido tanto en atención primaria como en salud mental, es importante que los profesionales trabajen de manera coordinada.

Ante los intentos de suicidio, la GPC del programa de guías en el SNS (1) recomienda una derivación desde AP a los servicios de urgencias cuando exista necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas y en casos de intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación. También recomienda derivación urgente al servicio de salud mental en presencia de factores como alta letalidad del plan (independientemente del resultado), trastorno mental grave, conducta autolítica grave reciente, intentos de suicidio previos, situación sociofamiliar de riesgo/falta de apoyo o duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición; y derivación preferente al servicio de salud mental (en el plazo de una semana) cuando no estén presentes ninguno de los criterios anteriores y se cumplan todas las circunstancias siguientes: alivio tras la entrevista, intención de control de impulsos suicidas, aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas y apoyo sociofamiliar efectivo.

Síntesis de evidencia científica en RS

No se ha identificado ninguna revisión sistemática que aborde cuál es el nivel asistencial más adecuado para el manejo de las autolesiones ni cuáles son los criterios de derivación entre niveles asistenciales.

Resumen de la evidencia científica: niveles asistenciales, derivación y coordinación

No se ha identificado ninguna revisión sistemática que aborde cuál es el nivel asistencial más adecuado para el manejo de las autolesiones ni cuáles son los criterios de derivación entre niveles asistenciales. Las GPC sugieren que en atención primaria se debe realizar una evaluación psicosocial, teniendo en cuenta factores como la presencia de depresión, desesperanza e ideación suicida. Cuando los niveles de malestar en el adolescente o su familia son altos, existe riesgo de repetición o la propia persona solicita ayuda profesional, se plantea considerar que la derivación al servicio de salud mental sea preferente.

Calidad global de la evidencia: -/buena práctica clínica.

4.3 Manejo clínico

Pregunta 4: ¿Cuáles son las intervenciones psicológicas y psicosociales más efectivas para el manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia?

Síntesis de recomendaciones en GPC

Todas las guías que abordan el manejo clínico recomiendan intervenciones psicológicas para el tratamiento de las autolesiones en adolescentes. La GPC

del NICE (2011) (91) recomienda 3-12 sesiones de intervención psicológica estructurada mientras que el resto de guías, aunque no hacen referencia a un número específico de sesiones, recomiendan principalmente la terapia dialéctico-conductual (TDC) (1, 92, 93) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) (1, 92, 93). Plener et al. (2016) (93) también recomienda la terapia de mentalización.

La NICE (2011) (91) añade que las intervenciones deben ser adaptadas a las necesidades individuales y pueden incluir elementos cognitivo conductuales, psicodinámicos o de solución de problemas.

Síntesis de evidencia científica en RS

Se han incluido tres revisiones sistemáticas que analizan la efectividad de las intervenciones psicológicas en adolescentes con autolesiones (21, 39, 98). Dos de ellas incluyeron ECAs (21, 98), sin embargo, mientras que Witt et al (21) incluyeron estudios para el manejo de las autolesiones, Bahji et al. (98) incluyeron cualquier estudio que incluyese desenlaces relacionados con las autolesiones, ideación o conducta suicida. En ambas RS las autolesiones se definen como cualquier tipo de autolesión independientemente de su motivación o intencionalidad suicida. Por otro lado, se ha incluido otra revisión sistemática, que analiza la efectividad de la terapia dialéctico-conductual (TDC-A) para las autolesiones e ideación suicida en adolescentes (39).

Witt et al (21) incluyeron 17 ensayos con 2280 participantes. En esta revisión se encontraron resultados favorables para la terapia dialéctico-conductual (TDC-A) en la prevención de la repetición de las autolesiones (con datos de cuatro ensayos) en comparación con el tratamiento habitual, el tratamiento habitual enriquecido u otro tratamiento psicoterapéutico. Sin embargo, no se encontró un efecto favorable de la terapia cognitivo-conductual (TCC) individual en esta misma variable y en la postintervención en comparación con el tratamiento habitual. No existe evidencia clara acerca de la efectividad para prevenir la repetición de las autolesiones para la terapia de mentalización, la psicoterapia de grupo, los enfoques de evaluación mejorada, los enfoques de mejora del cumplimiento, las intervenciones familiares o las intervenciones de contacto a distancia (21).

Bahji et al. (98) incluyeron un mayor número de estudios debido a sus criterios de inclusión más amplios (44 ECAs, con un total de 5406 participantes). La terapia ecléctica y la TDC se asociaron con reducciones de las autolesiones al final del tratamiento, mientras que la TDC y la terapia familiar se asociaron con una reducción de la ideación suicida. La terapia

familiar fue la única que se asoció con una reducción de los síntomas depresivos. En cuanto a los resultados en el seguimiento a largo plazo solo la terapia de mentalización y las intervenciones breves más tratamiento habitual se asociaron con una disminución de las autolesiones, mientras que la TDC y la terapia familiar se asociaron con una disminución de la ideación suicida. Los pacientes en los grupos de lista de espera tuvieron un incremento de las autolesiones y un empeoramiento de los síntomas depresivos y la ideación suicida en comparación con los grupos que recibieron tratamiento habitual. Ninguna psicoterapia evaluada se asoció con un mayor abandono del tratamiento (98).

Kothgassner et al. (39) incluyeron 21 estudios (5 ECAs, 4 ECCs y 12 evaluaciones pre/post) con 1673 participantes, todos ellos adolescentes con autolesiones. La TDC-A se asocia con reducciones de las autolesiones y de la ideación suicida, pero muestra efectos de pequeños a moderados. Además, una mayor duración del tratamiento se asocia a una mayor reducción de la ideación suicida (39).

Resumen de la evidencia científica: intervenciones psicológicas y psicosociales

Aunque existen diferentes intervenciones psicológicas que han obtenido resultados beneficiosos en la reducción de las autolesiones y otras variables relacionadas con la conducta suicida, la evidencia científica disponible no permite establecer cuál es la psicoterapia con un mejor perfil de efectividad. Las intervenciones psicológicas más recomendadas en las GPC son la TDC y la TCC, y constituyen el tratamiento de elección para las autolesiones, frente a otros tratamientos, como el farmacológico.

Calidad global de la evidencia: baja.

Pregunta 5: ¿Cuáles son los fármacos más efectivos para el manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia?

Síntesis de recomendaciones en GPC

Solamente la GPC NICE (2011) (91) y Plener et al. (93) emitieron recomendaciones sobre tratamiento farmacológico.

La NICE (2011) (91) recomienda no ofrecer tratamiento farmacológico como una intervención específica para reducir las autolesiones y valorarlo en el caso de existir algún trastorno mental comórbido.

Plener et al. (93) tampoco recomienda los fármacos como intervención para las ANS, y señalan que en caso de ser necesarios no deben emplearse como única estrategia terapéutica, sino en el contexto de una terapia multidisciplinar. Sin embargo, puntualizan que, puede ser necesario valorar utilizar fármacos para conseguir una sedación (por ejemplo, ante situaciones de alta impulsividad por hacerse daño), siempre que otras intervenciones no hayan sido eficaces. Para ello, tras una valoración individualizada, plantean el uso de benzodiacepinas o antipsicóticos.

Síntesis de evidencia científica en RS

No se ha identificado ninguna revisión sistemática que aborde cuál es la efectividad de los fármacos en el tratamiento de las conductas autolesivas en la adolescencia.

Resumen de la evidencia científica: fármacos

No se ha identificado evidencia científica en las revisiones sistemáticas incluidas sobre la efectividad de los fármacos en el manejo de las autolesiones en la adolescencia. Las GPC que incluyen recomendaciones al respecto, no recomiendan el tratamiento farmacológico como primera línea de tratamiento y sugieren su valoración solo ante la presencia de trastornos mentales comórbidos. En caso de ser necesarios deberían ser empleados junto con una intervención psicológica.

Calidad global de la evidencia: -/buena práctica clínica.

4.4 Experiencias de los adolescentes con autolesiones y sus familias y necesidades de información y apoyo

Pregunta 6: ¿Cuáles son las experiencias de los adolescentes con autolesiones y sus familias y cuáles son sus necesidades de información y apoyo?

Síntesis de recomendaciones en GPC

Tres de las guías hacen una recomendación sobre la relevancia de la psicoeducación (90, 91, 93).

La NICE (2011) (91) enfatiza que los objetivos de la psicoeducación son prevenir que las autolesiones escalen, reducir el daño causado por la

autolesión, reducir o detener otras conductas de riesgo relacionadas, mejorar el funcionamiento social o laboral, mejorar la calidad de vida y mejorar cualquier trastorno de salud mental asociado. También recomienda aportar información sobre el proceso terapéutico y las opciones de tratamiento.

Plener et al. (93) recomiendan aportar pautas sobre habilidades y estrategias de solución de problemas.

Además, tanto la NICE (2004) (90) como la NICE (2011) (91) coinciden en la importancia de establecer una relación de confianza, apoyo, respeto y privacidad, e implicar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tratamiento.

Síntesis de evidencia científica en RS

Se han incluido dos revisiones sistemáticas de estudios cualitativos (99, 100) que describen las experiencias de pacientes (adolescentes y adultos jóvenes hasta 25 años) con conducta suicida y de sus familiares, y también la visión de los profesionales implicados. Respecto a las autolesiones no suicidas, no se ha encontrado evidencia acerca de las experiencias de pacientes y familiares.

Grimmond et al. (99) incluyeron 27 estudios cualitativos con jóvenes de hasta 25 años y organizaron sus principales hallazgos en torno a los siguientes temas: desencadenantes y factores de riesgo de la conducta suicida, factores relevantes para la recuperación y necesidad de estrategias preventivas y terapéuticas. Lachal et al. (100) incluyeron 44 estudios con adolescentes, familias y profesionales sanitarios, y organizaron los hallazgos encontrados en los temas experiencia individual, experiencia relacional y experiencia cultural.

Dados los objetivos del presente proyecto, estos temas se han reorganizado en dos temas:

1) Experiencias de los adolescentes y familias

A nivel emocional, Grimmond et al. (2019) (99) y Lachal et al. (2015) (100) coinciden en que los sentimientos de minusvalía, de odio hacia uno mismo y el autodesprecio están asociados a la conducta suicida en jóvenes. Estos pacientes tienden a expresar sentimientos depresivos, como la tristeza, malestar emocional, aislamiento, enfado e irritabilidad, baja autoestima e incompetencia, además, perciben una falta de autocontrol y de estrategias de afrontamiento adaptativas (100). También es muy común que se sientan perdidos o sin metas y planes para el futuro (99).

Otro factor que contribuye a la conducta suicida es el aislamiento físico y emocional (99), la percepción de este aislamiento puede llevar a la persona a guardar sus sentimientos en secreto y utilizar el intento de suicidio o la autolesión como una forma alternativa de expresar sus emociones.

Los sentimientos más comunes entre las familias de los pacientes son la impotencia, culpa, enfado y falta de control. Respecto a los profesionales sanitarios en contacto con esta condición, los sentimientos más comunes suelen ser impotencia e indefensión (100).

Grimmond 2019 (99) identifica factores desencadenantes para la conducta suicida, discerniendo entre factores emocionales como por ejemplo la dificultad para expresar emociones, autodesprecio, inutilidad, insatisfacción corporal, vergüenza y la percepción de rechazo por parte de los demás, y eventos vitales negativos.

Además, Grimmond 2019 (99), describe las dificultades en el hogar como el factor estresor más importante. Refiere que, un estilo educativo estricto y críticas duras hacia el adolescente pueden dar lugar a una comunicación familiar disfuncional, y coincide con Lachal 2015 (100) en que, en algunas ocasiones, el adolescente utiliza la conducta suicida como un intento de comunicación con su familia, o para expresar su estrés a los demás (100). Además del clima familiar, las relaciones conflictivas con los iguales pueden ser otro estresor importante para los adolescentes.

En cuanto a los factores protectores, las relaciones interpersonales significativas y la espiritualidad o creencias religiosas son obstáculos para los adolescentes y jóvenes adultos de cara a llevar a cabo la conducta suicida (99, 100).

Por otro lado, Grimmond 2019 (99) refiere que los participantes utilizan la conducta autolesiva con diferentes objetivos, por ejemplo, para canalizar sus emociones a nivel físico, como un intento de comunicación, para ganar control sobre algún aspecto de su vida, para castigarse a sí mismos por sus vulnerabilidades percibidas o para distraerse a sí mismos de su malestar emocional.

2) Importancia de la información y educación

Diferentes estudios cualitativos hacen alusión a la importancia de informar y educar en el ámbito educativo sobre la conducta suicida, con el fin de prevenir estas conductas en los adolescentes. Existe una gran estigmatización

alrededor de la conducta suicida, tanto hacia los pacientes como hacia sus familiares (99, 100).

Resumen de la evidencia científica: experiencias de los adolescentes con autolesiones y sus familias y necesidades de información y apoyo

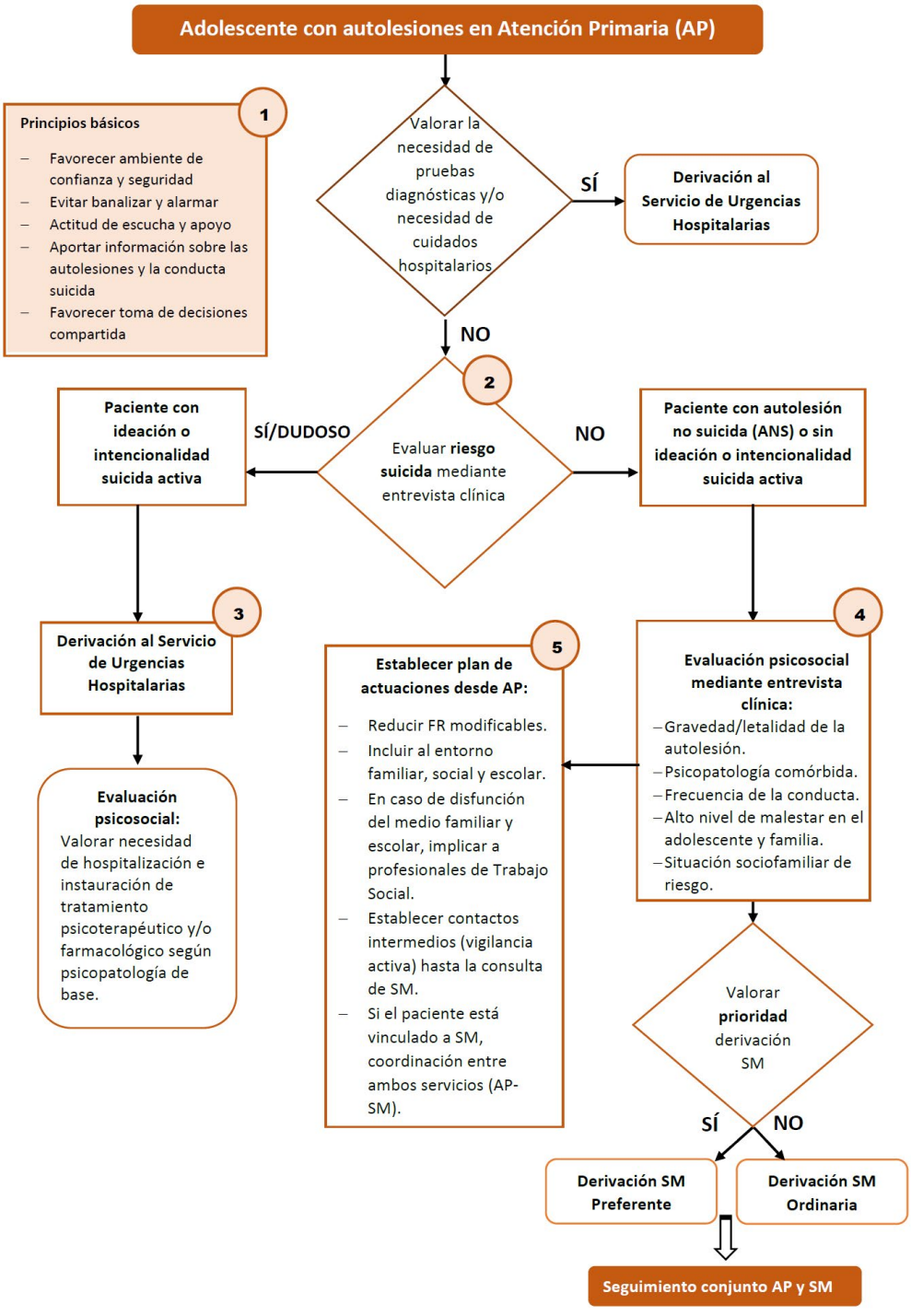
La conducta suicida está asociada a un importante malestar en los adolescentes y sus familias. Los adolescentes suelen describir sentimientos de carácter depresivo, inutilidad, odio hacía ellos mismos y autodesprecio, mientras que los familiares refieren impotencia, culpa, enfado y falta de control. No se han identificado revisiones sistemáticas que aborden la experiencia de los adolescentes con ANS y sus familias.

Calidad global de la evidencia: moderada.

5 Estrategias diagnósticas y terapéuticas

Se presentan los algoritmos de diagnóstico y manejo de las autolesiones en la adolescencia para Atención Primaria y Salud Mental. En las notas al algoritmo se detallan algunos aspectos del mismo.

Algoritmo para la evaluación y manejo de las autolesiones en la adolescencia en Atención Primaria



Notas al algoritmo de Atención Primaria:

NOTA 1: Principios básicos

El manejo de las autolesiones debe estar guiado por unos principios básicos para mejorar la comunicación y la toma de decisiones compartida, y que la persona se sienta escuchada, apoyada y comprendida. Estos aspectos se deben mantener durante todo el proceso:

- Favorecer un ambiente de confianza y seguridad.
- Tener una actitud de escucha activa y apoyo.
- Cuidar la comunicación: no minimizar ni banalizar la situación que está viviendo ni sus problemas, pero tampoco alarmar.
- Aportar información sobre las autolesiones: se puede explicar en qué consisten, en qué poblaciones hay más riesgo de autolesión, cuáles son sus funciones, qué diferencias existen entre la autolesión no suicida y la conducta suicida, cómo se evalúan y tratan las autolesiones o qué estrategias utilizar para evitar llevar a cabo estas conductas. Esto se puede complementar con alguna lectura sencilla, como el documento de información para pacientes, familiares y profesionales de la educación desarrollado como parte de este proyecto (Anexo 10).
- Favorecer la toma de decisiones compartida.

NOTA 2: Evaluación de la presencia de ideación o intencionalidad suicida

Se deberá valorar la presencia de ideación o intencionalidad suicida mediante la entrevista clínica. Algunos ejemplos de preguntas a formular son las siguientes:

¿Te has hecho daño en otras ocasiones?

¿Tenías la intención de quitarte la vida?, ¿lo has intentado con anterioridad?

En este último año ¿Cuántas veces te has autolesionado?

¿Alguna vez has tenido ideas de suicidio?

¿Has pensado recientemente en el suicidio?

¿Tienes ideas suicidas cuando te sientes triste?

¿Qué pensamientos o sentimientos tienes antes, durante y después de autolesionarte?

Otras preguntas que, aunque no abordan directamente la presencia de ideación o intencionalidad suicida, pueden ser de interés son:

¿Alguna vez has pensado que no merecía la pena vivir?, ¿crees que tus problemas actuales no tienen solución?

¿Te has aislado de amigos y familiares?

¿Tienes problemas para comer o dormir?

¿Te sientes desesperado o atrapado?

¿Crees que eres una carga para los demás?

¿Últimamente has tenido algún comportamiento temerario?

¿Estás viviendo algo que te está haciendo sufrir mucho?

¿Estás sufriendo ciberacoso?

¿Te han agredido sexualmente?

La información recabada se debe cotejar con los familiares o cuidadores. Si no coincide, es importante tener en cuenta la narración del adolescente, ya que es el que lo está viviendo de esa manera.

Aunque el método principal de evaluación es la entrevista clínica, se puede valorar el uso de alguna escala para complementar la información recogida, como por ejemplo la Escala Paykel, Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (EPCA), la *Inventory of Statemets About Self-Injury* (ISAS) o la escala SENTIA-Breve. Para una descripción estas y otras escalas, se puede consultar el Anexo 9 (Escalas de evaluación psicológica).

NOTA 3: Manejo clínico de pacientes con ideación o intencionalidad suicida activa

En el caso de que se constate la presencia de ideación suicida activa o intencionalidad suicida de la persona, o se dude de ello, se sugiere valorar la derivación al servicio de Urgencias Hospitalarias para una evaluación

psicosocial y valorar la necesidad de tratamiento urgente e instauración de tratamiento psicológico y/o farmacológico.

NOTA 4: Manejo clínico en Atención Primaria

El plan de actuación en AP incluye la identificación y abordaje de los factores de riesgo modificables, que hacen referencia principalmente a la presencia de factores familiares (principalmente alta conflictividad, situaciones de maltrato o abuso sexual), factores sociales (dificultades en las relaciones interpersonales, rechazo de los pares o *bullying*), y factores escolares (principalmente estrés académico).

NOTA 5: Criterios de derivación al Servicio de Salud Mental

Para decidir la prioridad de la derivación al Servicio de Salud Mental, se realizará una evaluación psicosocial exhaustiva y una valoración del nivel de riesgo. Para establecer el nivel de riesgo, se debe valorar la presencia de los factores de riesgo para la repetición de la autolesión. Ante la presencia de cualquiera de los factores de riesgo para la repetición de la autolesión que se exponen a continuación, se realizará una derivación preferente a Salud Mental:

- Gravedad o letalidad de la autolesión: se refiere al daño físico que causa la conducta. Se valora como grave cuando requiere un tratamiento a nivel médico.

- Presencia de psicopatología comórbida: los principales diagnósticos asociados son la depresión, los trastornos de personalidad y la ansiedad.

- Autolesiones previas o alta frecuencia de las autolesiones: cuanto más frecuente, mayor riesgo. El punto de corte para la ANS serían 5 o más veces a lo largo de 1 año (según el Criterio A del diagnóstico de Autolesión no suicida del DSM-5).

- Alto nivel de malestar en el adolescente y en la familia, y factores psicológicos: hay mayor gravedad cuando el adolescente presenta malestar emocional. La desesperanza, presencia de ideación suicida y el estrés psicológico son factores clínicos fuertemente asociados con la repetición de las autolesiones.

- Situación sociofamiliar de riesgo: presencia de factores contextuales estresantes para el adolescente, los principales son familiares, académicos y sociales.

- Solicitud de ayuda especialista por parte del paciente o su familia.

Cuando no estén presentes ninguno de los factores anteriores y se cumplan las circunstancias siguientes, se podrá considerar una derivación ordinaria a Salud Mental:

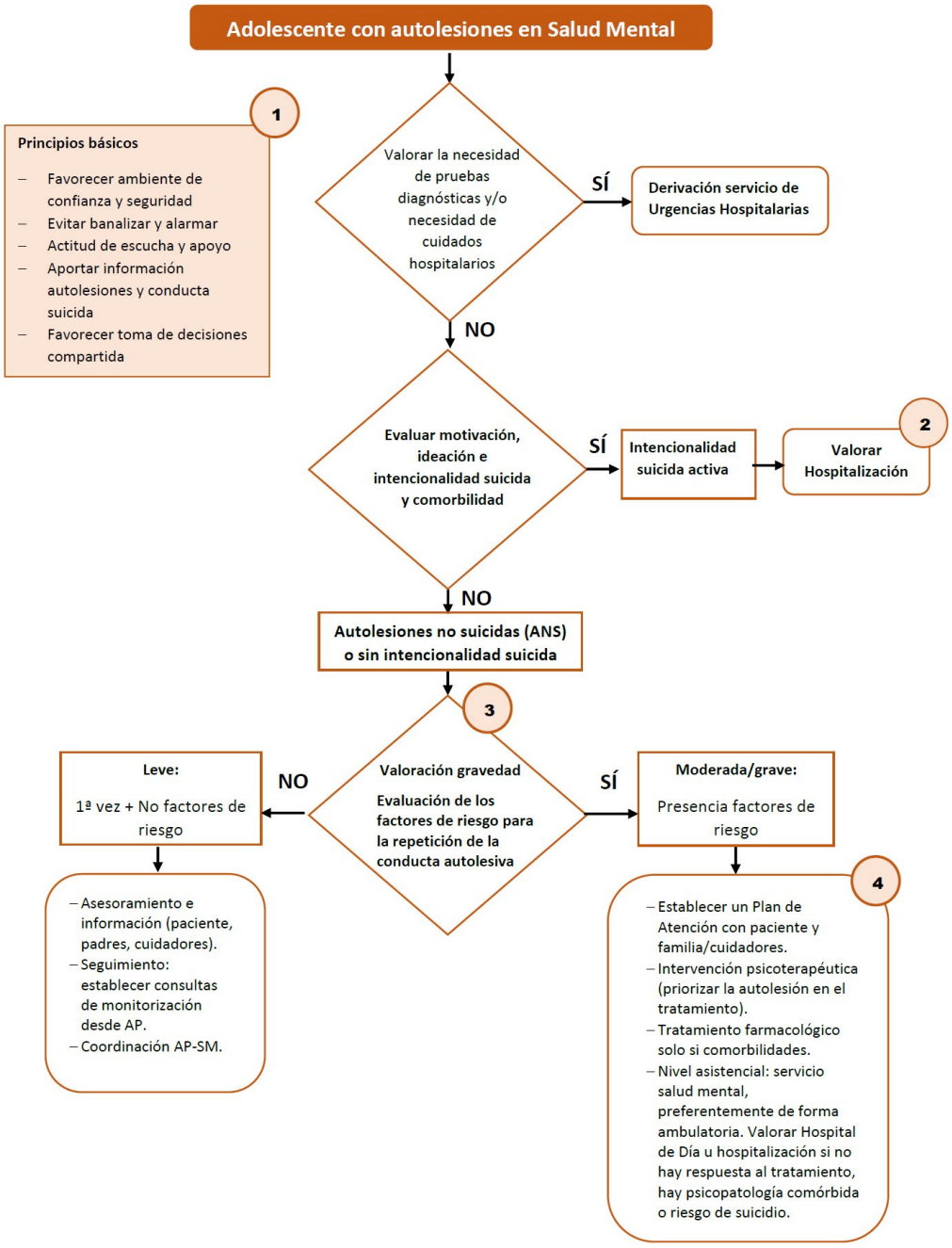
- Alivio o mejora tras la entrevista.

- Intención de controlar los impulsos de autolesión.

- Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas.

- Apoyo socio-familiar efectivo y compromiso activo de la supervisión familiar.

Algoritmo para la evaluación y manejo de las autolesiones en la adolescencia en Salud Mental



Notas algoritmo Salud Mental:

NOTA 1: Principios básicos

El manejo de las autolesiones debe estar guiado por unos principios básicos para mejorar la comunicación y la toma de decisiones compartida, y que la persona se sienta escuchada, apoyada y comprendida. Estos aspectos se deben mantener durante todo el proceso:

- Favorecer un ambiente de confianza y seguridad.
- Tener una actitud de escucha activa y apoyo.
- Cuidar la comunicación: no minimizar ni banalizar la situación que está viviendo ni sus problemas, pero tampoco alarmar.
- Aportar información sobre las autolesiones: se puede explicar en qué consisten, en qué poblaciones hay más riesgo de autolesión, cuáles son sus funciones, qué diferencias existen entre la autolesión no suicida y la conducta suicida, cómo se evalúan y tratan las autolesiones o qué estrategias utilizar para evitar llevar a cabo estas conductas. Esto se puede complementar con alguna lectura sencilla, como el documento de información para pacientes, familiares y profesionales de la educación desarrollado como parte de este proyecto (Anexo 10).
- Favorecer la toma de decisiones compartida.

NOTA 2: Criterios para la hospitalización

En los casos en los que exista intencionalidad suicida activa se debe valorar la posibilidad de hospitalización, para ello han de tenerse en cuenta varios aspectos:

- Presencia de trastornos mentales comórbidos.
- Intentos de suicidio previos.
- Antecedentes familiares de conducta suicida.
- Ausencia de una red de apoyo social.
- Consumo de tóxicos.

- Falta de colaboración o actitud negativista hacia el tratamiento.

En los casos en los que no sea necesaria una hospitalización se debe ofrecer tratamiento psicológico y valorar la necesidad de tratamiento farmacológico o combinado (tratamiento psicológico y farmacológico), en función de la gravedad y si existe algún trastorno mental asociado. Pueden consultarse las recomendaciones al respecto en la GPC de tratamiento y prevención de la conducta suicida del Programa de guías en el SNS (1).

NOTA 3: Valoración de la gravedad y factores de riesgo de repetición

Además de la gravedad de la propia autolesión, se tendrán en cuenta los factores de riesgo para la repetición de la conducta:

- Frecuencia de la conducta: en el caso de las ANS se puede tomar de referencia el criterio de > 5 días en un año (Criterio A del diagnóstico de Autolesión no suicida del DSM-5).

- Método utilizado: la presencia de varios métodos (por ejemplo, cortarse, quemarse y golpearse) se asocia con mayor gravedad clínica. Además, cuando el método principal de la autolesión es cortarse, existe mayor riesgo de que la conducta se vuelva repetitiva e implica mayor riesgo psicopatológico.

- Psicopatología comórbida: depresión, ansiedad y trastornos de personalidad.

- Factores de riesgo psicológicos (desesperanza e ideación suicida), familiares (alta conflictividad, maltrato, abuso sexual), sociales (dificultades en las relaciones interpersonales, rechazo de los pares o *bullying*), escolares (estrés académico).

- Motivación de la conducta intrapersonal: existe un mayor riesgo de que la conducta se vuelva repetitiva cuando el adolescente busca aliviar emociones negativas.

- Estrategias de regulación emocional deficitarias: ante la ausencia de estrategias de regulación emocional adaptativas existe más riesgo de que la autolesión se vuelva más repetitiva.

En caso de que se trate de la primera vez que lleva a cabo esta conducta y en ausencia de factores de riesgo, se ofrecerá asesoramiento e información, tanto para los adolescentes como para los padres o cuidadores,

y se establecerán consultas de seguimiento desde AP, o coordinación de AP con SM.

En caso de presentar uno o varios factores de riesgo para la repetición de la autolesión se ofrecerá un tratamiento psicológico de carácter ambulatorio, siendo el principal foco de la intervención la autolesión. En caso de presentar algún trastorno psicopatológico comórbido se puede valorar tratamiento farmacológico según la patología.

NOTA 4: Intervención psicoterapéutica

En función de las características de cada caso, pueden ser necesarias entre 3 y 12 sesiones de tratamiento psicológico. Éste debe ser estructurado y específico para la autolesión no suicida.

La intervención debe abordar elementos psicoeducativos, identificación de pensamientos, situaciones y emociones asociadas a las autolesiones, estrategias de regulación emocional y manejo de la urgencia de las autolesiones, y estrategias de resolución de problemas.

Es recomendable abordar las dificultades interpersonales en caso de que éstas puedan ser un precipitante. También debe contemplarse un plan de seguridad si existe ideación suicida asociada.

6 Aplicabilidad del OPBE

Para favorecer la aplicabilidad de las estrategias diagnósticas y terapéuticas planteadas en este documento es necesario diseñar una estrategia de implementación dirigida a vencer las posibles barreras existentes.

Algunas acciones que podrían mejorar la implementación del presente protocolo basado en la evidencia son:

1. Favorecer la difusión y diseminación del OPBE entre los agentes implicados, administraciones sanitarias, colectivos profesionales y organizaciones de pacientes. Para ello se contempla la difusión en formato electrónico en las páginas web del Ministerio de Sanidad, de GuíaSalud, de RedETS, de Avalia-t y de otras agencias/unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Sociedades Científicas y Asociaciones de pacientes implicadas en el proyecto, así como la difusión en redes sociales. También se contempla la diseminación por correo electrónico a los principales agentes implicados, la presentación en congresos y reuniones y la publicación en revistas científicas.

2. Planificar y realizar actividades formativas para profesionales implicados en el manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia, tanto en atención primaria como en especializada.

3. Favorecer la puesta en marcha de actividades formativas en el ámbito educativo y servicios sociales.

4. Favorecer actividades de sensibilización y concienciación dirigidas a la ciudadanía.

7 Propuesta de indicadores de evaluación

En este apartado se incluyen una serie de indicadores propuestos por el grupo elaborador. Estos indicadores podrían ser empleados para valorar si la práctica clínica se está realizando de acuerdo a lo sugerido por la evidencia científica y lo recomendado en las principales GPC, que son las actuaciones propuestas en este documento.

Se han clasificado según el tipo de indicador, la dimensión de la calidad que abordan y el nivel asistencial susceptible de aplicación (atención primaria y especializada). Es importante tener presente que estos indicadores son una propuesta y solo constituyen una aproximación, por lo que de cara al diseño de una evaluación específica deberían ser perfilados y adaptados.

Tabla 8. Indicadores de evaluación

Tipo de indicador	Área	Nombre del indicador	Estándar orientativo	Nivel asistencial*
Estructura	-	Existencia de protocolo en la unidad o servicio	100%	1 y 2
Proceso	Diagnóstico	Evaluación psicosocial y del riesgo de suicidio tras autolesión	100%	1 y 2
Proceso	Diagnóstico	Registro en la historia clínica del resultado de la evaluación psicosocial y del riesgo de suicidio	100%	1 y 2
Proceso	Manejo	Derivación urgente desde atención primaria tras autolesión (adolescentes con criterios de derivación urgente)	100%	1 y 2
Proceso	Manejo	Derivación preferente a salud mental desde atención primaria tras autolesión (adolescentes con criterios de derivación preferente)	100%	1 y 2
Resultado	Tratamiento	Adolescentes con autolesiones que reciben tratamiento psicológico	100%	2

* 1: atención primaria; 2: atención especializada.

8 Actualización del OPBE

La actualización de las estrategias diagnósticas y terapéuticas propuestas en este OPBE está prevista cada cinco años, sin que se descarte, en caso de ser necesario, una revisión previa debida a la publicación de nueva evidencia relevante.

Una vez transcurridos los cinco años de la publicación se valorará la actualización teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Identificación y valoración de nuevas evidencias relevantes sobre estrategias diagnósticas y terapéuticas sobre las autolesiones en la adolescencia.
- Opinión de expertos, pacientes y familiares.
- Análisis contextual.

9 Líneas de investigación futura

El grupo de trabajo ha identificado diferentes lagunas en la evidencia científica que podrían beneficiarse de la realización de investigación futura. Por ello se sugieren las siguientes líneas:

- Realizar estudios longitudinales a gran escala que permitan profundizar en la relación existente entre la autolesión no suicida y la conducta suicida en la adolescencia, así como analizar los factores de riesgo y variables moderadoras.

- Estudiar los factores de riesgo adicionales por el impacto de la pandemia por COVID-19, debido a un mayor distanciamiento social, duelos, enfermedades graves en la familia, miedo, situaciones de abuso en el ámbito familiar, problemas económicos debido al desempleo, falta de acceso a redes sociales de apoyo, reducción del uso de los servicios de salud mental y aumento del uso de redes sociales, entre otros.

- Investigar métodos fiables para la evaluación de la ideación e intencionalidad suicida en la práctica clínica en adolescentes que presentan autolesiones.

- Desarrollar herramientas de evaluación del riesgo inmediato de autolesión y conducta suicida para adolescentes. Adaptar y validar instrumentos de evaluación desarrollados en otros países.

- Identificar métodos para reducir tanto el estigma social como la posible normalización/validación de las autolesiones entre los jóvenes.

- Llevar a cabo ensayos clínicos controlados aleatorizados para estudiar la efectividad y coste-efectividad de las diferentes intervenciones psicológicas como tratamiento de las autolesiones (no suicida y con algún grado de ideación/intencionalidad suicida).

- Diseñar nuevos tratamientos, adaptados a la población adolescente, implicando a sus cuidadores en el proceso.

- Identificar subgrupos de pacientes que se pueden beneficiar de formas de intervención más intensivas.

10 Referencias bibliográficas

1. Grupo de Trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2020. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_revision.pdf.

2. Vega D, Sintes A, Fernandez M, Punti J, Soler J, Santamarina P, et al. Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why? Actas Esp Psiquiatr. 2018;46(4):146-55.

3. Vega D, Torrubia R, Soto A, Ribas J, Soler J, Pascual JC, et al. Exploring the relationship between non suicidal self-injury and borderline personality traits in young adults. Psychiatry Res. 2017;256:403-11. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.07.008.

4. Gandhi A, Luyckx K, Baetens I, Kiekens G, Sleuwaegen E, Berens A, et al. Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. Compr Psychiatry. 2018;80:170-8. DOI: 10.1016/j.comppsych.2017.10.007.

5. Madrid: INE; [consultado 24 sep 2021] Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Defunciones por suicidios. Disponible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=49948#!tabs-grafico.

6. Gadea del Castillo S, Carballo Belloso JJ. Conducta suicida y suicidio. En: Lázaro García ML, Moreno Pardillo DM, Rubio Morell B, editores. Manual de psiquiatría de la infancia y de la adolescencia. Barcelona: Elsevier; 2021.

7. De Quiroga S, Riesgo M, Martín del Campo E, Pulido S, Rodrigo S. Impacto Socioeconómico de la depresión y el suicidio en España [Internet]. Rev Esp Econ Salud: 2019; 4(15)

8. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct

self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. J Child Psychol Psychiatry. 2014;55(4):337-48. DOI: 10.1111/jcpp.12166.

9. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. Dtsch Arztebl Int. 2018;115(3):23-30. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0023.

10. Allen N, Andrew G, Chibanda D, Cuijpers P, Chammay RE, Herrera A. Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar: resumen ejecutivo. Ginebra: OMS; 2021. [consultado 08 feb 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341147/9789240023864-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

11. John A, Eyles E, Webb RT, Okolie C, Schmidt L, Arensman E, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: update of living systematic review. F1000Res. 2020;9:1097. DOI: 10.12688/f1000research.25522.2.

12. Aromataris E, Fernandez R, Godfrey CM, Holly C, Khalil H, Tungpunkom P. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. Int J Evid Based Healthc. 2015 Sep;13(3):132-40. DOI: 10.1097/xeb.0000000000000055.

13. Altarribas Bolsa E, Cabrero Claver A, González García M, Gómez Cadenas C, Guallarte Herrero O, Casanova Cartié N. Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia.[Internet]. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2009[citado 20 abr 2019].

14. CIENCIA D, INNOVACIÓN E, SANIDAD D. Actualización de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico.

15. Consorcio AGREE. Instrumento Agree II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica [Internet]. Agreee Research Trust; 2009 [consultado 12 abr 2021]. Disponible en: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Spanish.pdf.

16. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include

randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ. 2017;358:j4008. DOI: 10.1136/bmj.j4008.

17. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. BMC Med Res Methodol. 2012;12:181. DOI: 10.1186/1471-2288-12-181.

18. The GRADE Working Group. Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (short GRADE) [Internet]. 2021 [consultado 27 feb 2021]. Disponible en: https://www.gradeworkinggroup.org/.

19. Donabedian A. Explorations in quality and monitoring (vol 1). The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press. 1980.

20. Shoemaker SJ, Wolf MS, Brach C. Development of the Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT): a new measure of understandability and actionability for print and audiovisual patient information. Patient education and counseling. 2014;96(3):395-403. DOI: 10.1016/j.pec.2014.05.027.

21. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2021;3(3):Cd013667. DOI: 10.1002/14651858.CD013667.pub2.

22. De Leo D, Goodfellow B, Silverman M, Berman A, Mann J, Arensman E, et al. International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: a survey exploring preferred terminology. BMJ open. 2021;11(2):e043409.

23. Goodfellow B, Kõlves K, De Leo D. Contemporary Classifications of Suicidal Behaviors. Crisis. 2020;41(3):179-86. DOI: 10.1027/0227-5910/a000622.

24. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. Clin Psychol Rev. 2012;32(6):482-95. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.05.003.

25. Nock MK. Self-injury. Annu Rev Clin Psychol. 2010;6:339-63. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.

26. Nock MK, Joiner TE, Jr., Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. Psychiatry Res. 2006;144(1):65-72. DOI: 10.1016/j.psychres.2006.05.010.

27. Greydanus DE, Omar HA. Self-cutting and suicide: A review. International Journal of Child Health and Human Development. 2017;10(4):391-6.

28. Kapur N, Cooper J, O'Connor RC, Hawton K. Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? Br J Psychiatry. 2013;202(5):326-8. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.116111.

29. Courtney DB, Duda S, Szatmari P, Henderson J, Bennett K. Systematic Review and Quality Appraisal of Practice Guidelines for Self-Harm in Children and Adolescents. Suicide Life Threat Behav. 2019;49(3):707-23. DOI: 10.1111/sltb.12466.

30. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. Curr Psychiatry Rep. 2017;19(3):20. DOI: 10.1007/s11920-017-0767-9.

31. Halicka J, Kiejna A. Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: Criteria differentiation. Adv Clin Exp Med. 2018;27(2):257-61. DOI: 10.17219/acem/66353.

32. Romero Cela S, Méndez Blanco I, Puntí Vidal J. Autolesiones no suicidas. En: Lázaro García ML, Moreno Pardillo DM, Rubio Morell B, editores. Manual de psiquiatría de la infancia y de la adolescencia. Barcelona: Elsevier; 2021.

33. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014.

34. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2012;6:10. DOI: 10.1186/1753-2000-6-10.

35. Jans T, Vloet TD, Taneli Y, Warnke A. Suicidio y conducta autolesiva. En: Rey JM, Martin A, editores. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines; 2017.

36. Andover MS, Morris BW, Wren A, Bruzzese ME. The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2012;6:11. DOI: 10.1186/1753-2000-6-11.

37. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. Psychol Med. 2011;41(9):1981-6. DOI: 10.1017/s0033291710002497.

38. de Beurs D, Vancayseele N, van Borkulo C, Portzky G, van Heeringen K. The association between motives, perceived problems and current thoughts of self-harm following an episode of self-harm. A network analysis. J Affect Disord. 2018;240:262-70. DOI: 10.1016/j.jad.2018.07.047.

39. Kothgassner OD, Goreis A, Robinson K, Huscsava MM, Schmahl C, Plener PL. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2021;51(7):1057-67. DOI: 10.1017/S0033291721001355.

40. Zaragozano JF. Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. Boletín de la sociedad de pediatría de Aragón, La Rioja y Soria. 2017;47(2):37-45.

41. Bordalo F, Carvalho IP. The role of alexithymia as a risk factor for self-harm among adolescents in depression - A systematic review. J Affect Disord. 2022;297:130-44. DOI: 10.1016/j.jad.2021.10.029.

42. Mendez I, Sintes A, Pascual JC, Puntí J, Lara A, Briones-Buixassa L, et al. Borderline personality traits mediate the relationship between low perceived social support and non-suicidal self-injury in a clinical sample of adolescents. J Affect Disord. 2022;302:204-13. DOI: 10.1016/j.jad.2022.01.065.

43. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Resch F, Carli V, et al. 3038– Characteristics of non-suicidal self-injury and suicide attempts among adolescents in europe: results from the european research consortium seyle. European Psychiatry. 2013;28(S1):1-.

44. Evans R, White J, Turley R, Slater T, Morgan H, Strange H, et al. Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. Children and Youth Services Review. 2017;82:122-9.

45. Diaz de Neira M, Garcia-Nieto R, de Leon-Martinez V, Perez Fominaya M, Baca-Garcia E, Carballo JJ. [Prevalence and functions of self-injurious thoughts and behaviors in a sample of Spanish adolescents assessed in mental health outpatient departments]. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2015;8(3):137-45. DOI: 10.1016/j.rpsm.2013.09.003.

46. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. Suicide Life Threat Behav. 2014;44(3):273-303. DOI: 10.1111/sltb.12070.

47. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. PLoS One. 2016;11(4):e0153760. DOI: 10.1371/journal.pone.0153760.

48. Ammerman BA, Jacobucci R, Kleiman EM, Muehlenkamp JJ, McCloskey MS. Development and validation of empirically derived frequency criteria for NSSI disorder using exploratory data mining. Psychol Assess. 2017;29(2):221-31. DOI: 10.1037/pas0000334.

49. Muehlenkamp JJ, Brausch AM, Washburn JJ. How much is enough? Examining frequency criteria for NSSI disorder in adolescent inpatients. J Consult Clin Psychol. 2017;85(6):611-9. DOI: 10.1037/ccp0000209.

50. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2015;9:31. DOI: 10.1186/s13034-015-0062-7.

51. Sadeh N, Londahl-Shaller EA, Piatigorsky A, Fordwood S, Stuart BK, McNiel DE, et al. Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with Borderline Personality Disorder symptoms. Psychiatry Res. 2014;216(2):217-22. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.02.018.

52. Sansone RA, Gaither GA, Songer DA. Self-harm behaviors across the life cycle: a pilot study of inpatients with borderline personality disorder. Compr Psychiatry. 2002;43(3):215-8. DOI: 10.1053/comp.2002.32354.

53. Turner BJ, Dixon-Gordon KL, Austin SB, Rodriguez MA, Zachary Rosenthal M, Chapman AL. Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: differences in self-injury and diagnostic comorbidity. Psychiatry Res. 2015;230(1):28-35. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.07.058.

54. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. Psychol Med. 2007;37(8):1183-92. DOI: 10.1017/s003329170700027x.

55. Larkin C, Di Blasi Z, Arensman E. Risk factors for repetition of self-harm: a systematic review of prospective hospital-based studies. PLoS One. 2014;9(1):e84282. DOI: 10.1371/journal.pone.0084282.

56. Baer MM, Tull MT, Forbes CN, Richmond JR, Gratz KL. Methods Matter: Nonsuicidal Self-Injury in the Form of Cutting is Uniquely Associated with Suicide Attempt Severity in Patients with Substance Use Disorders. Suicide Life Threat Behav. 2020;50(2):397-407. DOI: 10.1111/sltb.12596.

57. Klonsky ED, Olino TM. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. J Consult Clin Psychol. 2008;76(1):22-7. DOI: 10.1037/0022-006x.76.1.22.

58. Burke TA, Jacobucci R, Ammerman BA, Piccirillo M, McCloskey MS, Heimberg RG, et al. Identifying the relative importance of non-suicidal self-injury features in classifying suicidal ideation, plans, and behavior using exploratory data mining. Psychiatry Res. 2018;262:175-83. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.01.045.

59. Kiekens G, Hasking P, Boyes M, Claes L, Mortier P, Auerbach RP, et al. The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. J Affect Disord. 2018;239:171-9. DOI: 10.1016/j.jad.2018.06.033.

60. Varela-Besteiro O, Serrano-Troncoso E, Rodriguez-Vicente V, Curet-Santisteban M, Conangla-Rosello G, Cecilia-Costa R, et al. Suicidal ideation and self-injurious behavior in adolescents with eating disorders. Actas Esp Psiquiatr. 2017;45(4):157-66.

61. Cheek SM, Reiter-Lavery T, Goldston DB. Social rejection, popularity, peer victimization, and self-injurious thoughts and behaviors among adolescents: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2020;82:101936. DOI: 10.1016/j.cpr.2020.101936.

62. Williams AJ, Arcelus J, Townsend E, Michail M. Examining risk factors for self-harm and suicide in LGBTQ+ young people: a systematic review protocol. BMJ open. 2019;9(11):e031541. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031541.

63. Fong ZH, Loh WNC, Fong YJ, Neo HLM, Chee TT. Parenting behaviors, parenting styles, and non-suicidal self-injury in young people: a systematic review. Clin Child Psychol Psychiatry. 2022;27(1):61-81. DOI: 10.1177/13591045211055071.

64. Rowe SL, French RS, Henderson C, Ougrin D, Slade M, Moran P. Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: a systematic review. Aust N Z J Psychiatry. 2014;48(12):1083-95. DOI: 10.1177/0004867414555718.

65. Dorol-Beauroy-Eustache O, Mishara BL. Systematic review of risk and protective factors for suicidal and self-harm behaviors among children and adolescents involved with cyberbullying. Prev Med. 2021;152(Pt 1):106684. DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106684.

66. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Begum N, Saini A, Wang S, et al. Suicide, self-harm and thoughts of suicide or self-harm in infectious disease epidemics: a systematic review and meta-analysis. Epidemiol Psychiatr Sci. 2021;30:e32. DOI: 10.1017/S2045796021000214.

67. Rahman F, Webb RT, Wittkowski A. Risk factors for self-harm repetition in adolescents: A systematic review. Clin Psychol Rev. 2021;88:102048. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102048.

68. Stockburger S. Nonsuicidal self-injury related to suicide. International Journal of Child Health and Human Development. 2017;10(4):383-90.

69. Brereton A, McGlinchey E. Self-harm, Emotion Regulation, and Experiential Avoidance: A Systematic Review. Arch Suicide Res. 2020;24(sup1):1-24. DOI: 10.1080/13811118.2018.1563575.

70. Hepp J, Carpenter RW, Störkel LM, Schmitz SE, Schmahl C, Niedtfeld I. A systematic review of daily life studies on non-suicidal self-injury based on the four-function model. Clin Psychol Rev. 2020;82:101888. DOI: 10.1016/j.cpr.2020.101888.

71. Wolff JC, Thompson E, Thomas SA, Nesi J, Bettis AH, Ransford B, et al. Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. Eur Psychiatry. 2019;59:25-36. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2019.03.004.

72. Bresin K, Gordon KH. Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: a mechanism of affect regulation. Neurosci Biobehav Rev. 2013;37(3):374-83. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2013.01.020.

73. Wilkinson P, Goodyer I. Non-suicidal self-injury. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2011;20(2):103-8. DOI: 10.1007/s00787-010-0156-y.

74. Armey MF, Crowther JH. A comparison of linear versus non-linear models of aversive self-awareness, dissociation, and non-suicidal self-injury among young adults. J Consult Clin Psychol. 2008;76(1):9-14. DOI: 10.1037/0022-006x.76.1.9.

75. Selby EA, Anestis MD, Bender TW, Joiner TE, Jr. An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. J Abnorm Psychol. 2009;118(2):375-87. DOI: 10.1037/a0015711.

76. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. Clin Psychol Rev. 2007;27(2):226-39. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.08.002.

77. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. Behav Res Ther. 2006;44(3):371-94. DOI: 10.1016/j.brat.2005.03.005.

78. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. J Consult Clin Psychol. 2004;72(5):885-90. DOI: 10.1037/0022-006x.72.5.885.

79. Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. J Abnorm Psychol. 2002;111(1):198-202. DOI: 10.1037//0021-843x.111.1.198.

80. Weinberg A, Klonsky ED. The effects of self-injury on acute negative arousal: A laboratory simulation. Motivation and Emotion. 2012;36(2):242-54.

81. Reitz S, Kluetsch R, Niedtfeld I, Knorz T, Lis S, Paret C, et al. Incision and stress regulation in borderline personality disorder: neurobiological mechanisms of self-injurious behaviour. Br J Psychiatry. 2015;207(2):165-72. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.153379.

82. Dusi N, Bracco L, Bressi C, Delvecchio G, Brambilla P. Imaging associations of self-injurious behaviours amongst patients with Borderline Personality Disorder: A mini-review. J Affect Disord. 2021;295:781-7. DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.074.

83. Vega D, Ripollés P, Soto À, Torrubia R, Ribas J, Monreal JA, et al. Orbitofrontal overactivation in reward processing in borderline personality disorder: the role of non-suicidal self-injury. Brain Imaging Behav. 2018;12(1):217-28. DOI: 10.1007/s11682-017-9687-x.

84. Akil H, Watson SJ, Young E, Lewis ME, Khachaturian H, Walker JM. Endogenous opioids: biology and function. Annu Rev Neurosci. 1984;7:223-55. DOI: 10.1146/annurev.ne.07.030184.001255.

85. Roth-Deri I, Green-Sadan T, Yadid G. Beta-endorphin and drug-induced reward and reinforcement. Prog Neurobiol. 2008;86(1):1-21. DOI: 10.1016/j.pneurobio.2008.06.003.

86. Ribeiro SC, Kennedy SE, Smith YR, Stohler CS, Zubieta JK. Interface of physical and emotional stress regulation through the endogenous opioid system and mu-opioid receptors. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2005;29(8):1264-80. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2005.08.011.

87. Zubieta JK, Smith YR, Bueller JA, Xu Y, Kilbourn MR, Jewett DM, et al. Regional mu opioid receptor regulation of sensory and affective dimensions of pain. Science. 2001;293(5528):311-5. DOI: 10.1126/science.1060952.

88. eCIE10ES. Edición electrónica de la CIE-10-ES. Diagnósticos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [consultado 24 ene 2021]. Disponible en: https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html.

89. World Health Organization. ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision. Geneva: WHO; 2019 [consultado 24 ene 2021]. Disponible en: https://icd.who.int/es.

90. National Institute for Health Care Excellence. Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence. London: NICE; 2004. Informe Nº.: CG133. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/cg16.

91. National Institute for Health Care Excellence. Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence. London: NICE; 2011. Informe Nº.: CG133. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/cg133.

92. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Reference guide for the management of deliberate self-harm: Key

points and recommendations from the RANZCP clinical practice guideline 2016. Melbourne: RANZCP; 2016. Disponible en: https://www.ranzcp.org/files/resources/college_statements/clinician/cpg/deliberate-self-harm-cpg.aspx.

93. Plener PL, Brunner R, Fegert JM, Groschwitz RC, In-Albon T, Kaess M, et al. Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: consensus based German guidelines. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2016;10:46. DOI: 10.1186/s13034-016-0134-3.

94. Witt K, Milner A, Spittal MJ, Hetrick S, Robinson J, Pirkis J, et al. Population attributable risk of factors associated with the repetition of self-harm behaviour in young people presenting to clinical services: a systematic review and meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2019;28(1):5-18. DOI: 10.1007/s00787-018-1111-6.

95. Harris IM, Beese S, Moore D. Predicting future self-harm or suicide in adolescents: a systematic review of risk assessment scales/tools. BMJ open. 2019;9(9):e029311. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-029311.

96. Chávez-Flores YV, Hidalgo-Rasmussen CA, Yanez-Peñúñuri LY. Assessment tools of non-suicidal self-injury in adolescents 1990-2016: a systematic review. Cien Saude Colet. 2019;24(8):2871-82. DOI: 10.1590/1413-81232018248.18502017.

97. Carter T, Walker GM, Aubeeluck A, Manning JC. Assessment tools of immediate risk of self-harm and suicide in children and young people: A scoping review. J Child Health Care. 2019;23(2):178-99. DOI: 10.1177/1367493518787925.

98. Bahji A, Pierce M, Wong J, Roberge JN, Ortega I, Patten S. Comparative Efficacy and Acceptability of Psychotherapies for Self-harm and Suicidal Behavior Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Network Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2021;4(4):e216614. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.6614.

99. Grimmond J, Kornhaber R, Visentin D, Cleary M. A qualitative systematic review of experiences and perceptions of youth suicide. PLoS One. 2019;14(6):e0217568. DOI: 10.1371/journal.pone.0217568.

100. Lachal J, Orri M, Sibeoni J, Moro MR, Revah-Levy A. Metasynthesis of youth suicidal behaviours: perspectives of youth, parents, and health care professionals. PLoS One. 2015;10(5):e0127359. DOI: 10.1371/journal.pone.0127359.

101. Reynolds WM. Suicidal ideation questionnaire (SIQ). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 1987.

102. Reynolds W. Suicidal ideation questionnaire-junior. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 1987:16-8.

103. Miller IW, Norman WH, Bishop SB, Dow MG. The Modified Scale for Suicidal Ideation: reliability and validity. J Consult Clin Psychol. 1986;54(5):724-5. DOI: 10.1037//0022-006x.54.5.724.

104. Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012;166(12):1170-6. DOI: 10.1001/archpediatrics.2012.1276.

105. Robles-Garcia R, Páez Agraz F, Ascensio Guirado M, Mercado Salcedo E, Hernández Muñoz L. Evaluation of suicide risk in children: psychometric properties of the Spanish version of the Risk of Suicide Questionnaire (RSQ). Actas Esp Psiquiatr. 2005;33(5):292-7.

106. Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, Burr BH, Smith MF, Klavon S, et al. Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. Pediatrics. 2001;107(5):1133-7. DOI: 10.1542/peds.107.5.1133.

107. Al-Halabí S, Sáiz PA, Burón P, Garrido M, Benabarre A, Jiménez E, et al. Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). Rev Psiquiatr Salud Ment. 2016;9(3):134-42. DOI: 10.1016/j.rpsm.2016.02.002.

108. Shaffer D, Scott M, Wilcox H, Maslow C, Hicks R, Lucas CP, et al. The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(1):71-9. DOI: 10.1097/00004583-200401000-00016.

109. Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T. Child-Adolescent Suicidal Potential Index (CASPI): a screen for risk for early onset suicidal behavior. Psychol Assess. 2000;12(3):304-18. DOI: 10.1037//1040-3590.12.3.304.

110. Orbach I, Carlson G, Feshbach S, Ellenberg L. Attitudes toward life and death in suicidal, normal, and chronically ill children: an extended replication. J Consult Clin Psychol. 1984;52(6):1020-7. DOI: 10.1037//0022-006x.52.6.1020.

111. Ferrando PJ, Chico E, Tous JM. Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. Psicothema. 2002;14(3):673-80.

112. Range LM, Lewis LS. Life Orientation Inventory: A method of assessing suicide risk. Journal of Psychoeducational Assessment. 1992;10(3):296-7.

113. Orbach I, Milstein I, Har-Even D, Apter A, Tiano S, Elizur A. A Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for adolescents. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1991;3(3):398.

114. Cassaretto M, Martínez P. Razones para vivir en jóvenes adultos: validación del RFL-YA. Revista de Psicología (PUCP). 2012;30(1):169-88.

115. Osman A, Downs WR, Kopper BA, Barrios FX, Baker MT, Osman JR, et al. The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A): development and psychometric properties. J Clin Psychol. 1998;54(8):1063-78. DOI: 10.1002/(sici)1097-4679(199812)54:8<1063::aid-jclp6>3.0.co;2-z.

116. Reynolds WM. Development of a semistructured clinical interview for suicidal behaviors in adolescents. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1990;2(4):382.

117. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales: Charles Press Publishers; 1974.

118. Cull JG, Gill WS. Suicide probability scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988.

119. Rubio G, Montero J, Jáuregui J, Villanueva R, Casado M, Marín J, et al. Validacion de la escale de riesgo suicida de Plutchik en poblacion espanola. Archivos de Neurobiología. 1998.

120. Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk 1: the suicide risk measure. Compr Psychiatry. 1989;30(4):296-302. DOI: 10.1016/0010-440x(89)90053-9.

121. Conrad AK, Jacoby AM, Jobes DA, Lineberry TW, Shea CE, Arnold Ewing TD, et al. A psychometric investigation of the Suicide Status Form II with a psychiatric inpatient sample. Suicide Life Threat Behav. 2009;39(3):307-20. DOI: 10.1521/suli.2009.39.3.307.

122. Flamarique I, Santosh P, Zuddas A, Arango C, Purper-Ouakil D, Hoekstra PJ, et al. Development and psychometric properties of the Suicidality: Treatment Occurring in Paediatrics (STOP) Suicidality Assessment Scale (STOP-SAS) in children and adolescents. BMC Pediatr. 2016;16(1):213. DOI: 10.1186/s12887-016-0751-2.

123. Angelkovska A. The development and validation of an instrument to identify risk of self-harm in children: University of Western Australia; 2007.

124. García-Nieto R, Blasco-Fontecilla H, Paz Yepes M, Baca-García E. Translation and validation of the "Self-injurious thoughts and behaviors interview" in a Spanish population with suicidal behaviour. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2013;6(3):101-8. DOI: 10.1016/j.rpsm.2012.07.001.

125. Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. Psychol Assess. 2007;19(3):309-17. DOI: 10.1037/1040-3590.19.3.309.

126. García-Mijares JF, Alejo-Galarza GdJ, Mayorga-Colunga SR, Guerrero-Herrera LF, Ramírez-GarcíaLuna JL. Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes. Salud mental. 2015;38:287-92.

127. Ougrin D, Boege I. Brief report: the Self Harm Questionnaire: a new tool designed to improve identification of self harm in adolescents. J Adolesc. 2013;36(1):221-5. DOI: 10.1016/j.adolescence.2012.09.006.

128. Washburn JJ, Potthoff LM, Juzwin KR, Styer DM. Assessing DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder in a clinical sample. Psychol Assess. 2015;27(1):31-41. DOI: 10.1037/pas0000021.

129. Washburn JJ, Juzwin KR, Styer DM, Aldridge D. Measuring the urge to self-injure: preliminary data from a clinical sample. Psychiatry Res. 2010;178(3):540-4. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.05.018.

130. Calvete E, Orue I, Aizpuru L, Brotherton H. Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. Psicothema. 2015;27(3):223-8. DOI: 10.7334/psicothema2014.262.

131. Carvalho CB, Nunes C, Castilho P, da Motta C, Caldeira S, Pinto-Gouveia J. Mapping non suicidal self-injury in adolescence: Development and confirmatory factor analysis of the Impulse, Self-harm and Suicide

Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A). Psychiatry Res. 2015;227(2-3):238-45. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.01.031.

132. Manca M, Presaghi F, Cerutti R. Clinical specificity of acute versus chronic self-injury: measurement and evaluation of repetitive non-suicidal self-injury. Psychiatry Res. 2014;215(1):111-9. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.10.010.

133. Vrouva I, Fonagy P, Fearon PR, Roussow T. The risk-taking and self-harm inventory for adolescents: development and psychometric evaluation. Psychol Assess. 2010;22(4):852-65. DOI: 10.1037/a0020583.

134. Muehlenkamp JJ, Cowles ML, Gutierrez PM. Validity of the self-harm behavior questionnaire with diverse adolescents. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2010;32(2):236-45.

135. Swannell S, Martin G, Scott J, Gibbons M, Gifford S. Motivations for self-injury in an adolescent inpatient population: development of a self-report measure. Australas Psychiatry. 2008;16(2):98-103. DOI: 10.1080/10398560701636955.

136. Nixon MK, Levesque C, Preyde M, Vanderkooy J, Cloutier PF. The Ottawa Self-Injury Inventory: Evaluation of an assessment measure of nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of adolescents. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2015;9:26. DOI: 10.1186/s13034-015-0056-5.

137. Prinstein MJ, Nock MK, Simon V, Aikins JW, Cheah CS, Spirito A. Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. J Consult Clin Psychol. 2008;76(1):92-103. DOI: 10.1037/0022-006x.76.1.92.

138. Tovar A, Rodríguez de los Ríos L, Ponce Díaz C, Frisancho León A, Enríquez Vereau J. Escala de desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. 2011.

139. Beck AT, Steer RA, Pompili M. BHS, Beck hopelessness scale: manual: Psychological corporation San Antonio, TX; 1988.

140. Cortés MM, Polaino-Lorente A, Arias RM. Adaptación española de la childrens depression rating scale-revised y su aplicación diagnóstica en población general escolar: estudios de fiabilidad y validez. Revista de psiquiatría infanto-juvenil. 1996 (3):194-206.

141. Poznanski EO, Mokros HB. Children's depression rating scale, revised (CDRS-R). 1996.

142. Pérez S, García-Alandete J, Cañabate M, Marco JH. Confirmatory factor analysis of the Inventory of Statements About Self-injury in a Spanish clinical sample. J Clin Psychol. 2020;76(1):102-17. DOI: 10.1002/jclp.22844.

143. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). J Psychopathol Behav Assess. 2009;31(3):215-9. DOI: 10.1007/s10862-008-9107-z.

144. Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L, Aritio Solana R, Ortuño-Sierra J, Sánchez-García MÁ, et al. Suicidal ideation in a community-derived sample of Spanish adolescents. Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed). 2018;11(2):76-85. DOI: 10.1016/j.rpsm.2017.07.004.

145. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. Br J Psychiatry. 1974;124(0):460-9. DOI: 10.1192/bjp.124.5.460.

146. Victor SE, Davis T, Klonsky ED. Descriptive Characteristics and Initial Psychometric Properties of the Non-Suicidal Self-Injury Disorder Scale. Arch Suicide Res. 2017;21(2):265-78. DOI: 10.1080/13811118.2016.1193078.

147. Diez-Gomez A, Sebastian Enesco C, Perez-Albeniz A, Fonseca Pedrero E. Suicidal behavior assessment in adolescents: Validation of the SENTIA-Brief scale. Actas Esp Psiquiatr. 2021;49(1):24-34.

Anexos

Anexo 1. Declaración de conflictos de interés

Cada una de las personas participantes en la elaboración y revisión del presente documento ha realizado una declaración de intereses, sometida posteriormente a evaluación. A continuación, se presenta de forma resumida la declaración de intereses de cada uno de ellos. Las declaraciones de intereses completas se encuentran disponibles (a petición) para su consulta en la unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t, de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS).

Coordinadores y miembros del grupo elaborador

María Belén González Alonso, Daniel Vega Moreno, Yolanda Triñanes Pego, Sara Núñez Iglesias, María Álvarez Ariza, José Alfredo Mazaira Castro, Juan Carlos Pascual Mateos, Amparo González García, Amparo Rodríguez Lombardía, Idoia Jiménez Pulido, Delia Guitián Rodríguez y Eva Bilbao Garmendia, declararon ausencia de conflictos de interés.

Colaboradores expertos

Francisco Javier Acosta Artiles y Danel Etxebeste Gurrutxaga declararon ausencia de conflictos de interés.

Iria Méndez Blanco ha declarado recibir honorarios como ponente en el 10º Curso de la AEPNYA. María Tajes Alonso ha declarado recibir financiación para asistencia a cursos de Janssen Cilag y honorarios como ponente de Angelini.

Revisores externos

Amaia Izquierdo Elizo, Ana Garrote Recarey, Antonio Fernández Parra, Azucena Díez Suárez, Berta Villagordo Peñaver, Carina Fernández Rivera, Carlos Delgado Lacosta, Cristina Rivas Prado, Diego Padilla Torres, Encarnación Mollejo Aparicio, Esther Vivanco González, Eva Rivas Cambronero, Félix Inchausti Gómez, Gloria Rius Moreso, Javier Jiménez Pietropaolo, Javier Prado Abril, Jorge López Castromán, Jose Carlos Espín Jaime, Jose Miguel García Cruz, Lefa-Sarane Eddy Ives, Luz de Myotanh Vázquez Canales, Manuel Portela Romero, Marta Gómez Oltra, Monserrat

Montés Germán, Raquel Acebes Puertas, Rosendo Bugarín González, Sara Palenzuela Paniagua, Soledad Gómez-Escalonilla Lorenzo, declararon ausencia de conflictos de interés.

Carlos Imaz Roncero ha declarado recibir financiación para el 64º Congreso de AEPNyA de Laboratorios Rubio y financiación para participar en la *Advisory Board* de Angelini.

David Meilán Fernández ha declarado recibir financiación para el XXXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental de JANSSEN.

Elisa Seijo Zazo ha declarado recibir financiación para asistir a congresos y cursos de Janssen, Angelini y Takeda y honorarios como ponente en cursos de Otsuka. Angelini, Janssen y Takeda.

Jorge López Castroman ha declarado recibir honorarios como ponente en *Board* Esketamina por Janssen France y ser accionista o tener intereses comerciales en la compañía Compass Pathways.

Rodrigo Puente García ha declarado recibir financiación para reuniones y congresos de Janssen, Lundbeck, Otsuka, Takeda, honorarios como ponente en conferencias y cursos de Lundbeck, Cassen, Janssen, Otsuka y Takeda y financiación de programas educativos o cursos de Janssen Lundbeck, Otsuka y Takeda.

Anexo 2. Preguntas a responder

Pregunta 1: ¿Cuáles son los factores de riesgo y protectores que deben tenerse en cuenta en la evaluación de las autolesiones en la adolescencia?

Pregunta estructurada en formato PICOD:

Pacientes	Adolescentes con autolesiones (suicidas y no suicidas)
Intervención	NA
Comparación	NA
Resultados	Repetición de las autolesiones
Diseño	Revisiones sistemáticas y GPC

Pregunta 2: ¿Cuáles son las propiedades psicométricas de las escalas para la evaluación de las autolesiones en la adolescencia?

Pregunta estructurada en formato PICOD:

Pacientes	Adolescentes con autolesiones (suicidas y no suicidas)
Intervención	NA
Comparación	NA
Resultados	Predicción de la repetición de las autolesiones o el suicidio mediante resultados de sensibilidad o especificidad. Otras propiedades psicométricas de las escalas: validez (contenido, criterio y constructo) y confiabilidad (consistencia interna y reproducibilidad).
Diseño	Revisiones sistemáticas y GPC

Pregunta 3: ¿Cuál es el nivel asistencial más adecuado para la evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia y cuáles son los criterios de derivación?

Pregunta estructurada en formato PICOD: NA

Pregunta 4: ¿Cuáles son las intervenciones psicológicas y psicosociales más efectivas para el manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia?

Pacientes	Adolescentes con autolesiones (suicidas y no suicidas)
Intervención	Intervenciones psicológicas y psicosociales
Comparación	Intervenciones psicológicas y psicosociales Tratamiento combinado (tratamiento farmacológico y tratamiento psicológico) Lista de espera No intervención Tratamiento habitual
Resultados	Repetición de las autolesiones Suicidios Calidad de vida Funcionamiento Estado clínico Adherencia al tratamiento
Diseño	Revisiones sistemáticas y GPC

Pregunta 5: ¿Cuáles son los fármacos más efectivos para el manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia?

Pacientes	Adolescentes con autolesiones (suicidas y no suicidas)
Intervención	Fármacos: • Antidepresivos. • Antipsicóticos. • Estabilizadores del estado de ánimo. • Otros agentes
Comparación	Fármacos Intervenciones psicológicas y psicosociales Tratamiento combinado (tratamiento farmacológico y tratamiento psicológico) Lista de espera No intervención Tratamiento habitual
Resultados	Repetición de las autolesiones Suicidios Calidad de vida Funcionamiento Estado clínico Adherencia al tratamiento Efectos adversos
Diseño	Revisiones sistemáticas y GPC

Pregunta 6: ¿Cuáles son las experiencias de los adolescentes con autolesiones y sus familias y cuáles son sus necesidades de información y apoyo?

(Ámbito/Perspectiva/Fenómeno de interés/Evaluación)	Adolescentes con autolesiones (suicidas y no suicidas) y sus familias, atención primaria y especializada, ámbito educativo.
Perspectiva	Adolescentes, familias, allegados.
Fenómeno de interés	Experiencias y perspectivas de adolescentes con autolesiones y sus allegados.
Evaluación	Experiencias, Necesidades de información y apoyo.
Diseño	Revisiones sistemáticas de estudios cualitativos y GPC.

Anexo 3. Estrategia de búsqueda

Motores de búsqueda y organizaciones desarrolladoras de guías:

Tripdatabase:

Términos de búsqueda	Nº de items
(title:young* OR adolescen* OR child*)(title:self injur*)	0
(title:young* OR adolescen* OR child*)(title:self harm)	6
(title:young* OR adolescen* OR child*)(title:suicid*)	0
(title:young* OR adolescen* OR child*)(title:(self-destruct* or self-poison* or self-mutilat* or self-immolat* or self-cut))	0
(title:young* OR adolescen* OR child*)(title:((self AND (harm or harmful or destruct* or overdose or poison* or mutilat* or immolat* or cut or injur*)))	0

G-I-N:

Términos de búsqueda		Nº de items
1	SUICID* AND young*	0
2	self-harm AND young*	0
3	self injur* AND young*	0
4	self injur* AND child*	0
5	self injur* AND adolescen*	0
6	SUICID* AND child*	0
7	suicid* AND adolescen*	1
8	self-harm AND child*	3
9	self-harm AND adolescen*	0

CPG Infobase:

	Terminos de búsqueda	Nº de items
#1	suicid* AND (Young* OR adolescen* OR child*)	0
#2	self injur* AND (Young* OR adolescen* OR child*)	0
#3	self-harm AND (Young* OR adolescen* OR child*)	0

ECRI Guidelines:

	Terminos de búsqueda	Nº de items
1	suicid* Patient Age: Infant, Newborn (to 1 month), Infant (1 to 23 months), Infant (1 to 23 months), Child (2 to 12 years), Adolescent (13 to 18 years)	33
2	self-harm Patient Age: Infant, Newborn (to 1 month), Infant (1 to 23 months), Infant (1 to 23 months), Child (2 to 12 years), Adolescent (13 to 18 years)	74
3	self injur* Patient Age: Infant, Newborn (to 1 month), Infant (1 to 23 months), Infant (1 to 23 months), Child (2 to 12 years), Adolescent (13 to 18 years)	54

CMAJ:

	Terminos de búsqueda	Nº de items
1	suicid* AND (young* OR adolescen* OR child*)	0
2	self-harm AND (young* OR adolescen* OR child*)	0
3	self injur* AND (young* OR adolescen* OR child*)	0

NICE:

	Terminos de búsqueda	Nº de items
1	suicid* AND (young* OR adolescen* OR child*)	13
2	self-harm AND (young* OR adolescen* OR child*)	70
3	“self injur* AND (young* OR adolescen* OR child*)”	24

Bases de datos bibliográficas:

Medline (PubMed):

	Terminos de búsqueda	Nº de items
1	Automutilation/ or Self-injurious Behavior/ or Self-destructive Behavior/ or Self-mutilation/ or Self-inflicted Wounds/	11122
2	Suicidal Behavior/ or Suicide/ or Suicidal Ideation/ or Attempted Suicide/ or Suicide, Attempted/ or Self Poisoning/ or Suicide Prevention/	58455
3	(suicid* or parasuicid* or auto mutilat* or automutilat* or self destruct* or selfdestruct* or self-harm* or selfharm* or self immolat* or selfimmolat* or self inflict* or selfinflict* or self injur* or selfinjur* or selfmutilat* or self mutilat* or self poison* or selfpoison* or (self adj2 (cut or cuts or cutting or cutter? or burn or burns or burning or bite or bites or biting or hit or hits or hitting or harm or harmful or destruct* or poison* or overdose or mutilat* or immolat*)) or head bang* or headbang*).ti,ab.	91496
4	exp Drug Abuse/	281442
5	1 or 2 or 3 or 4	379140
6	limit 5 to (yr=”2010 -Current” and “adolescent (13 to 18 years)” and (meta analysis or practice guideline or “systematic review” or technical report))	931

Embase (Ovid)

	Terminos de búsqueda	Nº de items
1	Automutilation/ or Self-injurious Behavior/ or Self-destructive Behavior/ or Self-mutilation/ or Self-inflicted Wounds/	19056
2	Suicidal Behavior/ or Suicide/ or Suicidal Ideation/ or Attempted Suicide/ or Suicide, Attempted/ or Self Poisoning/ or Suicide Prevention/	105009
3	(suicid* or parasuicid* or auto mutilat* or automutilat* or self destruct* or selfdestruct* or self-harm* or selfharm* or self immolat* or selfimmolat* or self inflict* or selfinflict* or self injur* or selfinjur* or selfmutilat* or self mutilat* or self poison* or selfpoison* or (self adj2 (cut or cuts or cutting or cutter? or burn or burns or burning or bite or bites or biting or hit or hits or hitting or harm or harmful or destruct* or poison* or overdose or mutilat* or immolat*)) or head bang* or headbang*).ti,ab.	115927
4	exp Drug Abuse/	121649
5	1 or 2 or 3 or 4	264425
6	limit 5 to (embase and (meta analysis or “systematic review”) and adolescent <13 to 17 years>)	239
7	limit 6 to yr=”2010 -Current”)	376

APA PsycInfo (Ovid)

	Terminos de búsqueda	Nº de items
1	Automutilation/ or Self-injurious Behavior/ or Self-destructive Behavior/ or Self-mutilation/ or Self-inflicted Wounds/	6326
2	Suicidal Behavior/ or Suicide/ or Suicidal Ideation/ or Attempted Suicide/ or Suicide, Attempted/ or Self Poisoning/ or Suicide Prevention/	27585
3	(suicid* or parasuicid* or auto mutilat* or automutilat* or self destruct* or selfdestruct* or self-harm* or selfharm* or self immolat* or selfimmolat* or self inflict* or selfinflict* or self injur* or selfinjur* or selfmutilat* or self mutilat* or self poison* or selfpoison* or (self adj2 (cut or cuts or cutting or cutter? or burn or burns or burning or bite or bites or biting or hit or hits or hitting or harm or harmful or destruct* or poison* or overdose or mutilat* or immolat*)) or head bang* or headbang*).ti,ab.	50978
4	((nonsuicid* or non-suicid*) adj2 (self* or injur*)).ti,ab.	1947
5	exp Drug Abuse/	33755
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	84062
7	limit 6 to (("0830systematic review" or 1200 meta analysis) and 200 adolescence <age 13 to 17 yrs>)	232
8	limit 7 to yr="2010 -Current"	227

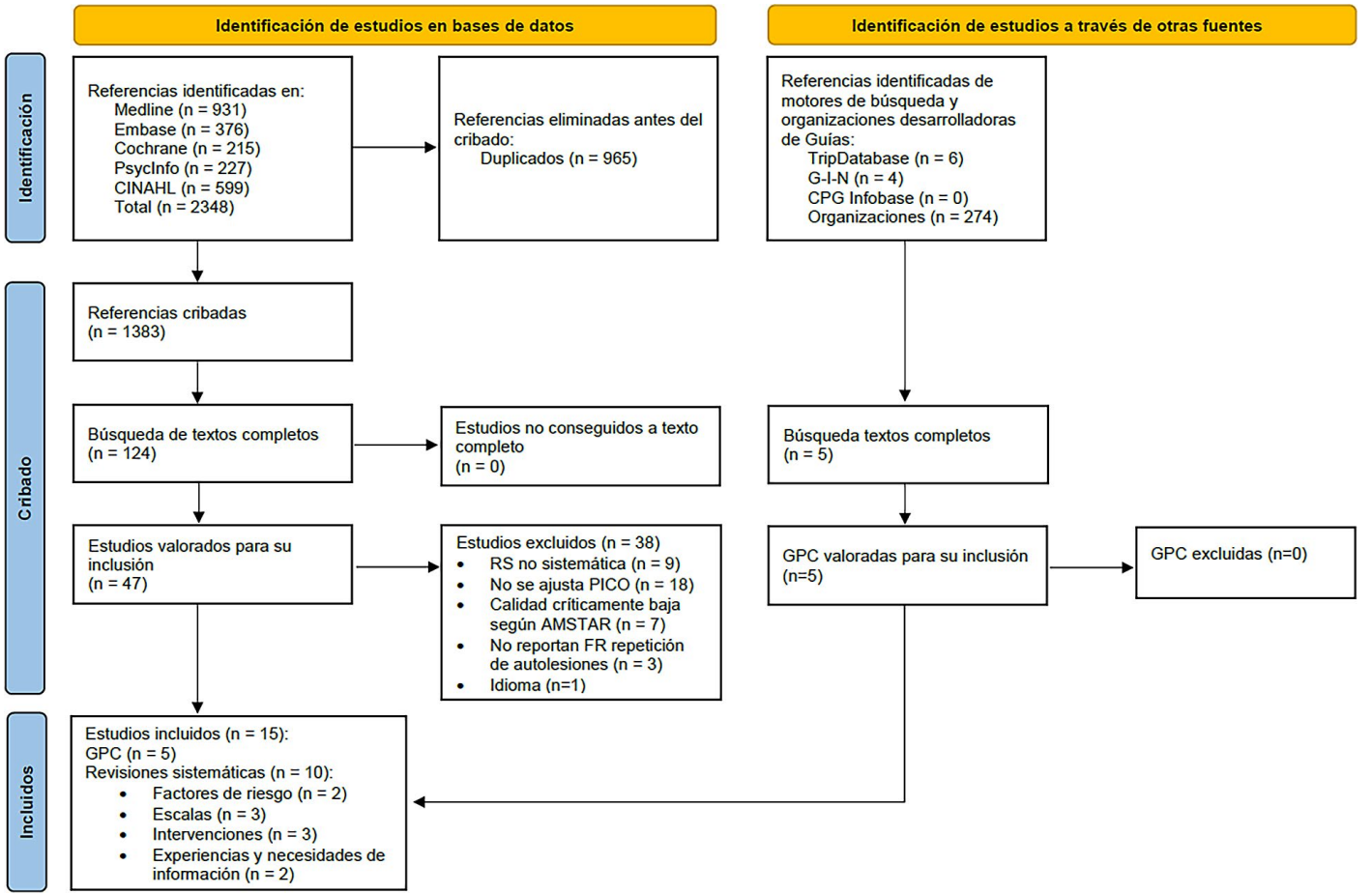
CINAHL (EBSCO)

	Terminos de búsqueda	Nº de items
S1	MH Automutilation or Self-injurious Behavior or Self-destructive Behavior or Self-mutilation or Self-inflicted Wounds	4271
S2	MH Suicidal Behavior or Suicide or Suicidal Ideation or Attempted Suicide or Self Poisoning or Suicide Prevention	24872
S3	TI "Drug Abuse" OR AB "Drug Abuse"	5442
S4	TI (suicid* or parasuicid* or auto mutilat* or automutilat* or self destruct* or selfdestruct* or self-harm* or selfharm* or self immolat* or selfimmolat* or self inflict* or selfinflict* or self injur* or selfinjur* or selfmutilat* or self mutilat* or self poison* or selfpoison*) OR AB (suicid* or parasuicid* or auto mutilat* or automutilat* or self destruct* or selfdestruct* or self-harm* or selfharm* or self immolat* or selfimmolat* or self inflict* or selfinflict* or self injur* or selfinjur* or selfmutilat* or self mutilat* or self poison* or selfpoison*) OR TI (self NEAR/2 (cut or cuts or cutting or cutter? or burn or burns or burning or bite or bites or biting or hit or hits or hitting or harm or harmful or destruct* or poison* or overdose or mutilat* or immolat*)) OR AB (self NEAR/2 (cut or cuts or cutting or cutter? or burn or burns or burning or bite or bites or biting or hit or hits or hitting or harm or harmful or destruct* or poison* or overdose or mutilat* or immolat*)) OR TI (head bang* or headbang*) OR AB (head bang* or headbang*)	38225
S5	(S1 OR S2 OR S3 OR S4)	26500
S6	PT COMENTARY OR PT LETTER OR PT EDITORIAL OR MH ANIMALS	747529
S7	TX SYSTEMATIC N1 (REVIEW OR OVERVIEW)	280738
S8	MW LITERATURE REVIEW	8275
S9	MH META ANALYSIS OR TX META ANALYS$ OR TX METAANALY$	50431
S10	S7 OR S8 OR S9	301231
S11	S10 NOT S6	290405
S12	S5 OR S11 Limitadores - Grupos de edad: Adolescent: 13-18 years	599

Cochrane Library (Wiley)

	Terminos de búsqueda	Nº de items
#1	MeSH descriptor: [Suicide] explode all trees	993
#2	MeSH descriptor: [Suicidal Ideation] explode all trees	347
#3	MeSH descriptor: [Suicide, Attempted] explode all trees	357
#4	MeSH descriptor: [Self-Injurious Behavior] explode all trees	1177
#5	MeSH descriptor: [Drug Overdose] explode all trees	122
#6	(automutilat* OR auto-mutilat* OR overdose OR Self-Destructiv* OR Parasuicid*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1685
#7	(suicid* AND (behavior OR behaviour OR ideation OR attempt*)):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	3777
#8	(self-destruct* OR self-poison* OR self-mutilat* OR (Self-Injurious AND Behavior) OR self-immolat* OR self-cut):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	589
#9	(self AND (harm OR harmful OR destruct* OR poison* OR mutilat* OR immolat* OR cut)):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	2672
#10	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 with Cochrane Library publication date Between Jan 2012 and Apr 2021, in Cochrane Reviews, Cochrane Protocols	215

Anexo 4. Diagrama de flujo de selección de estudios



Anexo 5. Características de las GPC y RS

Anexo 5.1. Guías de Práctica Clínica

NICE 2004 [CG16]

Organización: National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Fecha de publicación (actualización): julio 2004 (noviembre 2011 y julio 2018).

Población, contexto de aplicación: personas con autolesiones. Contexto clínico.

Dirigida a: profesionales de la salud, terapeutas, psiquiatras, personal de prisiones, farmacéuticos, policía, directores de salud pública, personas que se autolesionan y sus familias o cuidadores.

Financiación: Pública.

Metodología

Aspectos generales: El grupo de trabajo está formado por usuarios de servicios y cuidadores, académicos expertos en psiquiatría y toxicología, y profesionales de psiquiatría, medicina de urgencias, medicina general, trabajadores sociales, servicio de ambulancia y samaritanos.

Los criterios de selección de estudios son: revisiones sistemáticas y estudios primarios publicados en inglés desde 1995.

Dispone de tablas de evidencia y de estrategias de búsqueda.

La guía fue coordinada por el NICE, se realizó revisión externa.

Búsqueda bibliográfica: EMBASE, MEDLINE, APA PsycINFO, Cochrane, CINAHL, TOXLINE.
Fecha: Abril 2003-Julio 2004.

Niveles de evidencia:

I - Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado o un metanálisis de ensayos controlados aleatorizados.

IIa - Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización.

IIb - Evidencia obtenida de al menos un estudio cuasiexperimental bien diseñado.

III - Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios correlacionales y estudios de caso.

IV - Evidencia obtenida de un comité de expertos u opiniones y/o experiencias clínicas de autoridades respetadas.

Grados de recomendación:

A - Al menos un ensayo controlado aleatorizado como parte de un cuerpo de literatura de buena calidad y consistencia general que aborde la recomendación específica (nivel de evidencia I) sin extrapolación.

B - Estudios clínicos bien realizados, pero sin recomendación (niveles de evidencia II o III) o extrapolado de evidencia de nivel I.

C - Informes u opiniones de comités expertos y/o experiencias clínicas de autoridades respetadas (nivel de evidencia IV). Esta clasificación indica que los estudios clínicos directamente aplicables de buena calidad están ausentes o no fácilmente disponibles.

GPP – Buenas prácticas recomendadas basadas en experiencia clínica del GDG.

Método para formular recomendaciones: Consenso de expertos. El grupo de trabajo redacta las recomendaciones basándose en el equilibrio entre los beneficios y los daños de una intervención, teniendo en cuenta la calidad de la evidencia. Se utilizan métodos formales de consenso para considerar todas las recomendaciones de atención clínica y de investigación.

Para todas las recomendaciones, NICE espera que haya una discusión con el paciente sobre los riesgos y beneficios de las intervenciones, y sus valores y preferencias. Esta discusión tiene como objetivo ayudarles a tomar una decisión informada.

NICE 2011 [CG133]

Organización: National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Fecha de publicación (actualización): Noviembre 2011 (Octubre 2016 y Marzo 2020).

Población, contexto de aplicación: personas con autolesiones. Contexto clínico.

Dirigida a: profesionales de la salud y de la asistencia social que están en contacto con personas con autolesiones.

Financiación: Pública.

Metodología

Aspectos generales:

El grupo de trabajo está formado por profesionales de psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social; expertos académicos en psiquiatría y psicología; y un usuario del servicio, representantes de cuidadores y representantes de la organización de usuarios del servicio.

Los criterios de selección de estudios: revisiones sistemáticas, ECAS y estudios observacionales sin restricción de idioma.

Dispone de tablas de evidencia y estrategias de búsqueda.

La guía fue coordinada por el NICE y fue revisada por revisores externos.

Búsqueda bibliográfica: CINAHL, EMBASE, MEDLINE, Cochrane, CDSR, CENTRAL, HTA database, HMIC, IBSS, PsycINFO, PsycEXTRA, PsycBOOKS. **Fecha:** Marzo 2010 – Enero 2011.

Niveles de evidencia: se utilizó el método GRADE, para resumir la calidad de la evidencia y los resultados de la evidencia sintetizada. El método GRADE está basado en la evaluación secuencia de la calidad de la evidencia, seguida por el juicio sobre el equilibrio entre os efectos deseables e indeseables, y la consecuente decisión sobre la fuerza de la recomendación.

Grados de recomendación: La fuerza de la recomendación se refleja en la redacción utilizada en las recomendaciones.

- Intervenciones que deben (o no) llevarse a cabo (**must or must not**): Se utilizan los términos “debe” o “no debe” solo si existe el deber legal de aplicar la recomendación. Ocasionalmente se utiliza “debe” (o “no debe”) si las consecuencias de no seguir la recomendación pueden ser extremadamente graves o potencialmente mortales.
- Intervenciones que deberían (o no) llevarse a cabo (should or should not): En una recomendación “fuerte” utilizan el término “ofrecer” (offer) (y palabras similares como “referir” o “aconsejar” (refer or advise) cuando confían en que, para la gran mayoría de los pacientes, una intervención hace más bien que mal, y es rentable. Utilizan términos similares (por ejemplo, ‘No ofrecer…’) cuando confían en que una intervención no es beneficiosa para la mayoría de los pacientes.
- Intervenciones que se podrían llevar a cabo: Se utiliza el término “considerar” (consider) cuando están seguros de que una intervención hace más bien que daño para la mayoría de los pacientes y es rentable, pero hay otras opciones que pueden ser igualmente rentables. La elección de la intervención, y la posibilidad de seguir o no la recomendación firme, por lo que el profesional sanitario debería dedicar más tiempo en considerar y discutir las opciones con el paciente.

Método para formular recomendaciones: Consenso de expertos. El grupo de trabajo redacta las recomendaciones basándose en el equilibrio entre los beneficios y los daños de una intervención, teniendo en cuenta la calidad de la evidencia. Se utilizan métodos formales de consenso para considerar todas las recomendaciones de atención clínica y de investigación.

Para todas las recomendaciones, NICE espera que haya una discusión con el paciente sobre los riesgos y beneficios de las intervenciones, y sus valores y preferencias. Esta discusión tiene como objetivo ayudarles a tomar una decisión informada.

RANZCP 2016

Organización: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP).

Fecha de publicación (actualización): 2016.

Población, contexto de aplicación: Pacientes con autolesiones. Contexto clínico.

Dirigida a: psiquiatras, psicólogos y otros profesionales con interés en salud mental y que tratan con personas con autolesiones.

Financiación: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP).

Metodología

Aspectos generales:

El grupo de trabajo está formado por clínicos y académicos del ámbito de la salud.

Los criterios de selección de estudios: revisiones sistemáticas, metanálisis y otras guías de práctica clínica.

Dispone de tablas de evidencia y estrategias de búsqueda.

La guía fue revisada por expertos nacionales e internacionales.

Búsqueda bibliográfica: PubMed, EMBASE, MEDLINE y PsycINFO. **Fecha:** 2015

Niveles de evidencia:

I: Una revisión sistemática de estudios de nivel II.

II: Un ensayo clínico aleatorizado.

III-I: Un ensayo controlado pseudo-aleatorizado (ejemplo: asignación alternativa u otro método).

III-2: Un estudio comparativo con controles concurrentes: ensayo experimental no aleatorizado, estudio de cohortes, estudio de caso control y estudio de series interrumpidas sin grupo control paralelo.

III-3 Un estudio comparativo sin controles concurrentes: estudio histórico control, dos o más estudios únicos, estudios de series interrumpidos sin un grupo control paralelo.

IV: series de casos sin pos-test o sin pre-test ni post-test.

Grados de recomendación:

- CBR: recomendaciones basadas en el consenso.
- EBR: recomendaciones basadas en la evidencia.

Método para formular recomendaciones: Consenso clínico de expertos.

Plener 2016

Organización: German Society of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatic and Psychotherapy (DGKJP)

Fecha de publicación (actualización): 2016 (2018).

Población, contexto de aplicación: adolescentes con autolesiones no suicidas.

Dirigida a: profesionales de la salud en contacto con adolescentes con autolesiones no suicidas.

Financiación: sin financiación.

Metodología

Aspectos generales:

El grupo de trabajo está formado por 11 profesionales de organizaciones nacionales del campo de la Psicología y Psiquiatría infanto-juvenil y Pediatría.

Criterios de selección de estudios: estudio publicados en inglés o alemán desde 2007.

No incluye tablas de evidencia ni estrategias de búsqueda.

La guía fue revisada y aprobada por la Association of the scientific medical societies (AWMF) y fue revisada por revisores externos.

Búsqueda: PubMed, PsycINFO, Cochrane. **Fecha:** 2007

Niveles de evidencia: no se describen

Grados de recomendación: La fuerza de la recomendación se refleja en la redacción utilizada en las recomendaciones de la presente guía.

"Should": recomendación fuerte.

"Ought to": recomendación moderada.

"May be considered": recomendación fuerte.

Método para formular recomendaciones: consenso de un grupo de profesionales representativo.

SNS 2012

Organización: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t).

Fecha de publicación (actualización): 2012 (revisión 2020)

Población, contexto de aplicación: pacientes con conducta suicida. Contexto clínico.

Dirigida a: profesionales sanitarios implicados en el manejo de la conducta suicida y pacientes y familiares.

Financiación: Ministerio de Sanidad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t).

Metodología

Aspectos generales:

El grupo de trabajo está formado por profesionales expertos en metodología y profesionales sanitarios de los distintos ámbitos clínicos relacionados con el manejo de la conducta suicida, tanto en atención primaria como en Atención Especializada.

Criterios inclusión de estudios: ECA, estudios observacionales, estudios de pruebas diagnósticas, publicados en los idiomas: inglés, francés, español, italiano y portugués.

Incluye tablas de evidencia y estrategias de búsqueda.

La guía fue revisada por revisores externos independientes del grupo de trabajo.

Búsqueda bibliográfica: Cochrane, NHS, TRIP, Pubmed, IME, PsycINFO. **Fecha:** 2011

Niveles de evidencia:

Método SIGN.

1++: Meta-análisis (MA), de alta calidad, revisiones sistemáticas (RS) de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.

1+: MA bien realizados, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.

1-: MA, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.

2++: RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.

2+: Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.

2-: Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.

3: Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.

4: Opinión de expertos.

Grados de recomendación:

A: Al menos un MA, RS o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

B: Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestren gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.

C: Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestren gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.

D: Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Q: Evidencia extraída de estudios cualitativos relevantes y de calidad. Esta categoría no está contemplada por el SIGN.

V: Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Método para formular recomendaciones: basadas en la "evaluación formal" o "juicio razonado" de SIGN. Las recomendaciones controvertidas o con ausencia de evidencia se resolvieron por consenso informal del grupo elaborador.

Anexo 5.2. Revisiones sistemáticas

Referencia cita abreviada	Tipo de estudio	Población	Exposición/ Comparación	Medidas de resultado	Nº estudios incluidos
Evaluación					
Rahman, 2021	**Diseño:** revisión sistemática. **Objetivos:** resumir la literatura reciente sobre factores de riesgo de repetición de las autolesiones en adolescentes. **Bases de datos:** Medline, PubMed, PsycInfo, CINAHL Plus. **Fecha de búsquedas:** 15/04/2020 **Tipo de síntesis:** cualitativa **Criterios de inclusión de estudios:** estudios de cohortes prospectivos en adolescentes (10 a 25 años), muestras comunitarias y clínicas, conducta autolesiva no fatal.	Adolescentes (de 10 a 25 años) con autolesiones	-	**Resultados primarios:** factores de riesgo **Resultados secundarios:** NA	27
Witt, 2019	**Diseño:** revisión sistemática y metanálisis. **Objetivos:** identificar y cuantificar factores de riesgo y protectores para la repetición del comportamiento autolesivo después de un episodio tratado a nivel hospitalario. **Bases de datos:** EMBASE, Medline, PubMed y PsycINFO. **Fecha de búsquedas:** hasta el 15 de abril de 2016. **Tipo de síntesis:** cuantitativa. **Criterios de inclusión de estudios:** estudios observacionales, de cohortes y de caso control, todos los participantes se habían presentado en un servicio de urgencias, centro de prevención de suicidios o servicios de salud mental después de un episodio de autolesión no fatal, edad media participantes hasta 19.9 años, repetición de las autolesiones y/o repetición de intento de suicidio, temática (factores de riesgo y protectores).	Adolescentes hasta 19.9 años con comportamientos autolesivos	-	**Resultados primarios:** correlación de los factores de riesgo o protectores con la repetición de las autolesiones. **Resultados secundarios:** NA	17

Referencia cita abreviada	Tipo de estudio	Población	Exposición/ Comparación	Medidas de resultado	Nº estudios incluidos
Harris, 2019	**Diseño:** revisión sistemática. **Objetivos:** evaluar la capacidad de las escalas de evaluación de riesgo de predecir futuros episodios de suicidio/autolesión en adolescentes. **Bases de datos:** MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO. **Fecha de búsquedas:** Marzo 2018. **Tipo de síntesis:** cualitativa. **Criterios de inclusión de estudios:** estudios de cohortes prospectivos y retrospectivos, estudios de caso y ECAs, adolescentes y jóvenes adultos, entre 10-25 años que se han autolesionado o intentado suicidarse, cualquier evaluación del riesgo.	Adolescentes y jóvenes adultos, entre 10-25 años que se han autolesionado o intentado suicidarse.	**Intervención:** cualquier evaluación del riesgo. **Tipo de comparación:** -	**Resultados primarios:** autolesiones y/o intentos de suicidio o suicidio completado. **Resultados secundarios:** -	11
Carter, 2019	**Diseño:** revisión de alcance. **Objetivos:** revisar la literatura acerca de las herramientas de evaluación existentes del riesgo inmediato de autolesión y suicidio en niños y jóvenes adultos y sintetizar sus características y propiedades psicométricas. **Bases de datos:** PubMed, MEDLINE, EMBASE, PsychINFO. **Fecha de búsquedas:** Noviembre 2016 y Mayo 2017. **Tipo de síntesis:** cualitativa. **Criterios de inclusión de estudios:** evaluación, escala o medida que evalúa el riesgo inmediato de suicidio/ autolesión, válido para evaluar entre 1-18 años, idioma de publicación inglés, texto completo accesible, publicación de revista revisada por pares.	Niños y jóvenes adultos con riesgo de autolesión o suicidio.	**Intervención:** **Tipo de comparación:**	**Resultados primarios:** **Resultados secundarios:**	22

Referencia cita abreviada	Tipo de estudio	Población	Exposición/ Comparación	Medidas de resultado	Nº estudios incluidos
Chávez-Flores, 2017	**Diseño:** revisión sistemática. **Objetivos:** identificar los instrumentos creados o adaptados para evaluar la autolesión no suicida en adolescentes. **Bases de datos:** PsycINFO, PubMed, ISI Web of Knowledge, Scopus, SciELO, Science-Direct y EBSCO. **Fecha de búsquedas:** 28 octubre-28 noviembre 2016. **Tipo de síntesis:** cualitativa. **Criterios de inclusión de estudios:** estudios en los que se hubiesen desarrollado, adaptado o evaluado las propiedades psicométricas de un instrumento o dominio sobre las autolesiones no suicidas adolescentes (de 10 a 19 años de edad).	Adolescentes, desde los 10 a los 19 años, con autolesiones no suicidas.	-	**Resultados primarios:** instrumentos de evaluación. **Resultados secundarios:** NA	18
Intervenciones					
Bahji, 2021	**Diseño:** revisión sistemática y metanálisis en red. **Objetivos:** comparar la eficacia de las psicoterapias para el tratamiento de las autolesiones y suicidio en niños y adolescentes. **Bases de datos**: PubMed, MEDLINE, PsycINFO, EMBASE. **Fecha de búsquedas: -** **Tipo de síntesis:** cuantitativa. **Criterios de inclusión de estudios:** ECAs que comparen las psicoterapias para el suicidio o autolesiones con la condición de control entre niños y adolescentes.	Niños y adolescentes (10-19 años) con autolesiones o riesgo de suicidio.	**Intervención:** intervención breve, TCC, TDC, terapia familiar, terapia interpersonal, TM, terapia de desactivación de modo, terapia de apoyo, terapia psicoanalítica breve. **Tipo de comparación:** tratamiento habitual.	**Resultados primarios:** autolesión y retención en el tratamiento. **Resultados secundarios:** interrupción del tratamiento por todas las causas y puntuaciones en instrumentos que miden la ideación suicida y los síntomas depresivos.	44

Referencia cita abreviada	Tipo de estudio	Población	Exposición/ Comparación	Medidas de resultado	Nº estudios incluidos
Kothgassner, 2021	**Diseño:** revisión sistemática y metanálisis. **Objetivos:** evaluar la eficacia de la TDC-A para reducir las autolesiones, ideación suicida y sintomatología límite en adolescentes. **Bases de datos:** MEDLINE/Pubmed, Scopus, Google Scholar, EMBASE y Cochrane Library databases. **Fecha de búsquedas:** hasta el 31 de julio de 2020. **Tipo de síntesis:** cuantitativa. **Criterios de inclusión de estudios:** ECAs o ECCs que comparen la TDC-A con un grupo control o evaluación pre/post de la TDC-A, que informen en sus resultados de autolesiones y/o ideación suicida, adolescentes (12-19 años) que al menos se hayan autolesionado una vez.	Adolescentes (12-19 años) que al menos se hayan autolesionado una vez.	**Intervención:** TDC-A **Tipo de comparación:** grupo control (terapia de desactivación, tratamiento habitual, terapia de apoyo individual o grupal, control histórico, cuidados habituales mejorados, tratamiento habitual + terapia grupal).	**Resultados primarios:** frecuencia de episodios de autolesión e ideación suicida **Resultados secundarios:**	21
Witt, 2021	**Diseño:** revisión sistemática y metanálisis. **Objetivos:** evaluar los efectos de las intervenciones psicológicas y farmacológicas en comparación con otros tipos de cuidado. **Bases de datos:** CENTRAL, CDSR, MEDLINE, Ovid Embase, PsycINFO. **Fecha de búsquedas:** hasta el 4 de julio de 2020. **Tipo de síntesis:** cuantitativa. **Criterios de inclusión de estudios**: estudios controlados aleatorizados (ECAs) de tratamientos psicosociales o farmacológicos para niños y adolescentes de hasta 18 años de edad que se hayan autolesionado recientemente.	Niños y adolescentes con autolesiones con/ sin intencionalidad suicida (hasta 18 años).	**Intervención:** intervención psicológica y farmacológica. **Tipo de comparación:** tratamiento habitual, rutina de cuidados psiquiátricos, comparador activo, placebo, tratamientos farmacológicos alternativos y combinación de estos.	**Resultados primarios:** ocurrencia de autolesiones repetidas en un periodo máximo de dos años de seguimiento. **Resultados secundarios:** adherencia al tratamiento, depresión, desesperanza, funcionamiento general, funcionamiento social, ideación suicida, suicidio y otros.	17

Referencia cita abreviada	Tipo de estudio	Población	Exposición/ Comparación	Medidas de resultado	Nº estudios incluidos
Experiencias y necesidades de información					
Grimmond, 2019	**Diseño:** revisión sistemática. **Objetivos:** revisar y sintetizar estudios cualitativos que exploren experiencias y percepciones del suicidio en gente menor de 25 años **Bases de datos:** Pubmed**,** PsycINFO, Scopus, CINAHL. **Fecha de las búsquedas:** octubre 2018. **Tipo de síntesis:** cualitativa. **Criterios de inclusión de estudios:** estudios cualitativos publicados en inglés, participantes adolescentes o jóvenes adultos (hasta 25 años) con intentos de suicidio, familiares o profesionales de salud mental en contacto con estas situaciones, entrevistas cualitativas.	Adolescentes y jóvenes adultos	-	**Resultados primarios:** desencadenantes y factores de riesgo para la conducta suicida, factores involucrados en la recuperación, necesidad de tratamiento y prevención y creencias sobre el suicidio a nivel comunitario.	27
Lachal, 2015	**Diseño:** revisión sistemática **Objetivos:** resumir las percepciones de la conducta suicida de adolescentes y jóvenes adultos, sus padres y profesionales de la salud. **Bases de datos:** Medline, PsycInfo, Embase, CINAHL, SSCI. **Fecha de las búsquedas:** Mayo 2014. **Tipo de síntesis:** cualitativa **Criterios de inclusión de estudios:** metodología cualitativa, conducta suicida en adolescentes y jóvenes adultos, entrevistas a adolescentes, padres o profesionales de la salud, idioma de publicación inglés, fecha de publicación entre 1990 y 2014.	Adolescentes y jóvenes adultos con conducta suicida	-	**Resultados primarios:** experiencias a nivel individual, a nivel relacional y a nivel social o cultural.	44

Anexo 6. Comparación de las GPC incluidas

GPC	País	Población		Condición clínica		Recomendaciones				Algoritmo diagnóstico-terapéutico
		Niños/ adolescentes	Niños/ adolescentes y adultos[1]	Autolesiónes no suicidas	Ideación/ Conducta suicida	Evaluación	Tratamiento psicológico	Tratamiento farmacológico	Necesidades de información	
NICE 2004 (actualizada 2018)	Reino Unido		x		x	x			x	x[2]
NICE 2011 (actualizada 2020)	Reino Unido		x		x	x	x	x	x	x[2]
RANZCP 2016	Australia		x		x		x			
Plener 2018	Alemania	x		x		x	x	x	x	x
GPC programa nacional de guías en el SNS 2012 (revisada 2020)	España		x		x	x	x	x		x[3]

[1] En el caso en que la guía incluya recomendaciones para adultos, se han extraído y considerado las recomendaciones e información específica para niños y adolescentes. [2] Incluye diagrama de flujo, pero no específico de infancia/adolescencia. [3] Incluye algoritmo, pero no específico de infancia/adolescencia.

Anexo 7. Calidad de las GPC y RS

GPC. Instrumento AGREE-II

Dominios	NICE 2004	NICE 2011	Plener 2016	SNS 2012	RANZCP 2016
Alcance y objetivos	100	100	89	97	89
Participación de los implicados	89	89	53	83	78
Rigor en la elaboración	93	94	58	90	71
Claridad de la presentación	72	78	58	83	72
Aplicabilidad	77	75	50	69	63
Independencia editorial	100	100	83	88	96
Calidad global de la guía (1, calidad más baja posible-7, calidad más alta posible)	5	6	4	6	5
¿Recomendaría esta guía para su uso?	Sí, con modificaciones	Sí, con modificaciones	Sí, con modificaciones	Sí, con modificaciones	Sí, con modificaciones

Abreviaturas: NICE, National Institute for Health and Care Excellence; SNS, Sistema Nacional de Salud; RANZCP, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.

Revisiones sistemáticas cuantitativas. Instrumento AMSTAR 2

Autor, año	P1	P2*	P3	P4*	P5	P6	P7*	P8	P9*	P10	P11*	P12	P13*	P14	P15*	P16	Punt.	Val. global
Evaluación																		
Factores de riesgo																		
Rahman 2021	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No meta	No meta	Sí	Sí	No meta	Sí	10	Media
Witt, 2019	Sí	Sí parcial	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	12	Media
Escalas																		
Chavez-Flores 2017	Sí	Sí parcial	No	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	No	Sí	No meta.	No meta.	Sí	No	No meta.	Sí	6	Baja
Harris, 2019	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	Sí	No meta.	No meta.	Sí	No	No meta.	Sí	9	Media
Carter, 2019	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	No	Sí	No meta.	No meta.	No	No	No meta.	Sí	6	Baja
Intervención																		
Bahji, 2021	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí parcial	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	12	Alta
Kothgassner, 2021	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí	Sí	¿	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	13	Baja
Witt, 2021	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	15	Alta

*Items críticos.
Abreviaturas; NI: No informa, NA: No aplica, No meta: no se llevó a cabo un metanálisis, Punt: puntuación, Val glob: valoración global

Revisiones sistemáticas cualitativas. Instrumento ENTREQ

Autor, año	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	TOTAL	A	B
Experiencias y necesidades de información														
Grimmond, 2019	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Preocupación menor	Sí	No
Lachal, 2015	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Preocupación menor	Sí	No

Anexo 8. Tablas de recomendaciones en GPC y evidencia científica en RS

Anexo 8.1. Guías de Práctica Clínica

Evaluación

GPC	Certeza en la evidencia	Recomendación. Grado	Estudios (tipo de publicación)
NICE 2004 (actualizada 2018)	Consenso de expertos/buena práctica clínica	• Desde atención primaria, se debe ofrecer una evaluación psicosocial preliminar a todas las personas con autolesiones con el objetivo de determinar la capacidad mental de la persona, su voluntad de permanecer para una evaluación psicosocial adicional, su nivel de estrés y la posible presencia de algún trastorno mental. Recomendación fuerte/Buena práctica clínica. • Desde atención primaria, si la persona tiene que esperar por el tratamiento, se le debe ofrecer un entorno seguro y de apoyo, así como minimizar cualquier tipo de estrés. Recomendación fuerte/ Buena práctica clínica. • Se debe ofrecer una evaluación de las necesidades a todas las personas que se autolesionan, la cual debe ser integradora, incluyendo los factores de riesgo (sociales, psicológicos y motivacionales) específicos para llegar a autolesionarse, la intención suicida actual y desesperanza, así como una evaluación completa de las necesidades sociales y de salud mental. Recomendación fuerte/Buena práctica clínica. • Se debe evaluar el nivel de riesgo en todas las personas con autolesiones, identificando las principales características clínicas y demográficas asociadas con mayor riesgo o nuevas autolesiones. Las características psicológicas asociadas con el riesgo son: depresión, desesperanza e ideación suicida continua. Recomendación fuerte/Buena práctica clínica. En la evaluación del tratamiento de las autolesiones en niños y adolescentes se debería prestar especial atención a las cuestiones relacionadas con la confidencialidad, el consentimiento y la protección del menor. Recomendación fuerte/Buena práctica clínica. • La evaluación debería seguir los mismos principios que en los adultos, pero prestando especial atención a la familia, la situación social y cuestiones relacionadas con la protección del menor. Recomendación fuerte/Buena práctica clínica.	NA

GPC	Certeza en la evidencia	Recomendación. Grado	Estudios (tipo de publicación)
NICE 2011 (actualizada 2020)	Moderada/baja	**A) Evaluación del riesgo de repetición de comportamiento autolesivo:** • Para evaluar el riesgo de repetición de la autolesión, tener en cuenta: métodos y frecuencia, intentos suicidas actuales y pasados, síntomas depresivos, trastornos psiquiátricos, contexto personal y social, factores de riesgo y protectores específicos, estrategias de afrontamiento, relaciones significativas (apoyo o negligencia), riesgos inmediatos a corto y largo plazo. Recomendación fuerte. **B) Evaluación en salud mental:** • Debe ofrecerse una evaluación psicosocial integrada. Esto incluye una evaluación de las necesidades: fortalezas y habilidades, estrategias de afrontamiento, trastornos mentales subyacentes, enfermedades físicas, problemas y circunstancias sociales, ocupación psicosocial. Recomendación fuerte. • Evaluar el amplio rango de factores de riesgo (biológicos, sociales y psicológicos). Recomendación fuerte. • Considerar la posible presencia de otros comportamientos destructivos. Recomendación débil. • Considerar preguntar si tiene acceso a la medicación de miembros de su familia o cuidadores. Recomendación condicional. • Avisar a los padres o cuidadores de la necesidad de retirar todas las medicaciones o métodos disponibles en casa para el comportamiento autolesivo. Recomendación fuerte. **C) Escalas de evaluación** • Las escalas de evaluación se pueden utilizar para valorar el nivel de riesgo, pero no se deben usar para predecir la repetición ni el riesgo de suicidio en base a las mismas. Tampoco se puede basar la decisión de implementar un tratamiento en base a las mismas. Recomendación fuerte.	49 estudios de cohortes prospectivos para factores de riesgo. 16 estudios de cohortes prospectivos y casos control: Beck 1985, Beck 1999, Bisconer 2007, Carter 2002, Cooper 2006, Cooper 2007, Corcoran 1997, Galfavy 2008, Harriss 2005, Kapur 2005, Nimeus 1997, Nimeus 2000, Nimeus 2002, Osman 1999, Osman 2001, Waern 2010.
RANZCP 2016	NA	NA	NA
Plener 2016	Evidencia no disponible/no generalizable al contexto alemán/ Consenso de expertos	• La primera forma de exploración es la comunicación directa, que puede ser complementada con cuestionarios validados para una evaluación más estructurada. En primer lugar, se debe valorar si es necesario tratamiento médico-quirúrgico. En segundo lugar, evaluar el estado mental, la intencionalidad suicida, y la frecuencia y métodos utilizados para llevar a cabo los comportamientos autolíticos. Se debe tener en cuenta la presencia de algún trastorno mental comórbido y posibles factores externos como conflictos familiares, *bullying*, problemas escolares. Buena práctica clínica.	NA
GPC programa nacional de guías en el SNS 2012 (revisada 2020)	Baja-moderada	• En caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica, en la infancia y adolescencia se recomienda el uso de: BHS, BDI, K-SADS, CDRS-R. Buena práctica clínica.	Horowitz 2001, Beck 1974, Aliaga 2006, Beck 1974, Beck 1996, Kaufman 1997, Poznanski 1984 (Estudio caso control y series de casos)

Nivel asistencial/Criterios de derivación

GPC	Certeza en la evidencia	Recomendación. Grado	Estudios (tipo de publicación)
NICE 2004 (actualizada 2018)	Consenso de expertos/buena práctica clínica	• Tras la evaluación psicosocial, la decisión de derivación debe estar basada en la evaluación psiquiátrica, psicológica y social, incluyendo la evaluación del riesgo, y no estar determinada únicamente por la autolesión en sí. Recomendación fuerte/Buena práctica clínica.	NA
NICE 2011 (actualizada 2020)	Consenso de expertos	• Cuando una persona presenta autolesiones o riesgo de repetición desde atención primaria, considerar derivarlos a un servicio de salud mental para su evaluación. Si son menores de 18 años, considerar derivarlos a un servicio de salud mental infanto-juvenil. Recomendación fuerte/buena práctica clínica. • La derivación desde atención primaria a salud mental debe ser prioritaria cuando: los niveles de malestar están creciendo, son altos o sostenidos, el riesgo de autolesión está creciendo o no responde a los intentos de ayuda, la persona solicita ayuda del servicio especializado, los niveles de malestar en los padres o cuidadores están creciendo, son altos o sostenidos, a pesar de los intentos de ayuda. Recomendación fuerte/Buena práctica clínica. • Si una persona con autolesiones está recibiendo tratamiento o cuidados en atención primaria y en salud mental, los profesionales de ambos servicios deben de trabajar de manera coordinada y compartiendo los planes de actuación de riesgo. • Los profesionales de atención primaria deben monitorizar la salud física de las personas que se autolesionan, prestar atención a las consecuencias de la autolesión, así como a otros cuidados de salud.	NA
RANZCP 2016	NA	NA	NA
Plener 2016	Evidencia no disponible/no generalizable al contexto alemán	• La primera opción de tratamiento de las autolesiones no suicidas en la adolescencia debe ser de carácter ambulatorio. Buena práctica clínica.	NA

GPC	Certeza en la evidencia	Recomendación. Grado	Estudios (tipo de publicación)
GPC programa nacional de guías en el SNS 2012 (revisada 2020)	Baja/moderada Consenso de expertos	• En caso de ideación suicida se recomienda la derivación urgente al servicio de salud mental, si: presencia de trastorno mental grave, conducta autolítica grave reciente, plan de suicidio elaborador, expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista, situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo, duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato. Recomendación débil. • En caso de intento de suicidio se recomienda la derivación urgente a un servicio de urgencias hospitalario, si: necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en atención primaria o intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente). Recomendación débil. • En caso de intento de suicidio, y en ausencia de los puntos anteriores, se recomienda la derivación urgente al servicio de salud mental, si: alta letalidad del plan, independientemente de su resultado, presencia de enfermedad mental grave, conducta autolítica grave reciente, intentos de suicidio previos, situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo, duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición. Recomendación débil. • En caso de ideación o conducta suicida se podría considerar la derivación preferente al servicio de salud mental (en el plazo de una semana) cuando no estén presentes ninguno de los criterios anteriores de derivación inmediata y se cumplan todas las circunstancias siguientes: alivio tras la entrevista, intención de control de impulsos suicidas, aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas, apoyo sociofamiliar efectivo. Buena práctica clínica.	Revisión sistemática y GPC (NICE 2004)

Tratamiento psicoterapéutico y psicosocial

GPC	Certeza en la evidencia	Recomendación. Grado	Estudios (tipo de publicación)
NICE 2004 (actualizada 2018)	NA	NA	NA
NICE 2011 (actualizada 2020)	Moderada/alta	• Se recomienda ofrecer 3-12 sesiones de intervención psicológica específicamente estructurada para personas con autolesiones, con el objetivo de reducir dicho comportamiento. Recomendación fuerte. • Las intervenciones deben ser adaptadas a las necesidades individuales y pueden incluir elementos cognitivo conductuales, psicodinámicos o de solución de problemas. Recomendación fuerte. • Los terapeutas deben de estar entrenados y supervisados en la terapia que utilicen y ser capaces de trabajar en colaboración con el paciente para identificar los problemas causantes del estrés o lidiar con las autolesiones. Recomendación fuerte.	Hawton 2011 (revisión sistemática), Carter 2007, Beautrais, 2010 (ensayos clínicos aleatorizados)
RANZCP 2016	Moderada/Alta Consenso de expertos	• Para niños y adolescentes que se han lesionado, considerar ofrecer TCC, TDC, terapia de mentalización. Recomendación fuerte. • Las intervenciones para niños y adolescentes que se autolesionan deberían incorporar motivación al cambio, apoyo familiar y no familiar, promoción del estado de ánimo y pautas adecuadas de sueño. Buena práctica clínica.	Revisiones sistemáticas (Ougrin 2012, Brent 2013); ensayos clínicos (Mehlum 2014).
Plener 2016	Moderada	• La primera línea de tratamiento para las autolesiones es la psicoterapia. Están indicadas la terapia dialéctico-conductual y la terapia basada en la mentalización. Recomendación fuerte.	Ougrin 2015, Glenn 2015, Calear 2016, Calati 2016, Hawton 2016 (revisiones sistemáticas y metanálisis). Mehlum 2016 (ECA).
GPC programa nacional de guías en el SNS 2012 (revisada 2020)	Moderada/alta	• En adolescentes, se recomienda el tratamiento psicoterapéutico específico (TDC en el TLP y TCC en depresión mayor). Recomendación fuerte.	Tarrier 2008, Mujoomdar 2009, (revisiones sistemáticas)

Tratamiento farmacológico

GPC	Certeza en la evidencia	Recomendación. Grado	Estudios (tipo de publicación)
NICE 2004 (actualizada 2018)	NA	NA	NA
NICE 2011 (actualizada 2020)	Moderada/alta	No ofrecer tratamiento farmacológico como una intervención específica para reducir las autolesiones. Recomendación fuerte.	Hawton 2011 (revisión sistemática), Hirsch 1982 (ensayo clínico aleatorizado)
RANZCP 2016	NA	NA	NA
Plener 2016	Muy baja	• El tratamiento farmacológico no se debe usar como única estrategia terapéutica, necesita ser empleada en el contexto de un marco de tratamiento multimodal. Buena práctica clínica. • En adolescentes con autolesiones no suicidas no se puede recomendar un psicofármaco específico. Buena práctica clínica. • En casos en los que sea necesaria una intervención farmacológica aguda se puede valorar la sedación farmacológica. Buena práctica clínica • El uso de benzodiacepinas debe ser valorado de forma individual teniendo en cuenta el ámbito del tratamiento, así el uso de benzodiacepinas puede ser más fácilmente monitorizado en ámbito hospitalario. Buena práctica clínica.	Plener 2013, Stoffers 2010, Hawton 2015 (Revisiones sistemáticas y metanálisis)

Experiencias y necesidades de información

GPC	Certeza en la evidencia	Recomendación. Grado	Estudios (tipo de publicación)
NICE 2004 (actualizada 2018)	Consenso de expertos	• Desde cualquier servicio, se debe tratar a las personas con autolesiones con cuidado, respeto y privacidad, teniendo en cuenta el gran estrés asociado con las autolesiones. Recomendación fuerte. • Los profesionales sanitarios deben implicar al paciente en la toma de decisiones sobre su tratamiento y cuidado. Recomendación fuerte. • Los profesionales sanitarios deben brindar apoyo emocional y ayudar si es necesario a los familiares o cuidadores de la persona con autolesiones. Recomendación fuerte. • Se recomienda dar información clara y comprensible sobre el proceso de cuidados, verbalmente y por escrito. Recomendación fuerte. • El personal debe darle toda la información acerca de las opciones de tratamiento. Recomendación fuerte. • El manejo inicial debe incluir el advertir a los cuidadores de la necesidad de quitarle al niño/adolescente, toda la medicación u otros medios disponibles para autolesionarse. Recomendación fuerte.	NA
NICE 2011 (actualizada 2020)	Moderada/alta	• Los profesionales sanitarios deben tratar de establecer una relación de confianza, apoyo y participación, sin juzgar, involucrarlos en la toma de decisiones sobre el tratamiento, fomentar la autonomía de la persona, mantener una relación terapéutica continua y comunicar la información de forma sensible. Recomendación fuerte. • Psicoeducación de los pacientes y sus familias, con los objetivos de: prevenir que las autolesiones escalen, reducir el daño causado por la autolesión, reducir o detener la autolesión, reducir o detener otras conductas de riesgo relacionadas, mejorar el funcionamiento social o laboral, mejorar la calidad de vida y mejorar cualquier trastorno de salud mental asociado. Recomendación fuerte.	Hawton 2011 (revisión sistemática). Carter 2007, Beautrais 2010 (ensayos clínicos aleatorizados)
RANZCP 2016	NA	NA	NA

GPC	Certeza en la evidencia	Recomendación. Grado	Estudios (tipo de publicación)
Plener 2016	Evidencia no disponible/no generalizable al contexto alemán/ Consenso de expertos	• Algunos elementos que deberían ser tenidos en cuenta en los tratamientos psicoterapéuticos son la psicoeducación y la provisión de habilidades y estrategias de resolución de problemas. Buena práctica clínica.	NA
GPC programa nacional de guías en el SNS 2012 (revisada 2020)	NA	NA	NA

Anexo 8.2. Revisiones sistemáticas

Evaluación. Factores de riesgo			
Rahman, 2021	**Número y tipo de estudios:** 27 estudios de cohorte prospectivos. **Muestra:** adolescentes con autolesiones suicidas y no suicidas repetitivas (n basal=97.463; n seguimiento: 31.675; tasa de retención 32.5%). Todos los estudios con más muestra de mujeres que hombres. Calidad de los estudios incluidos: 7 estudios fueron clasificados como de "de alta calidad", 17 "calidad media" y 3 "calidad baja". **Resultados:** Se identifican los siguientes factores de riesgo asociados a la repetición de las autolesiones: • Morbilidad psiquiátrica: específicamente la ansiedad, depresión, estrés postraumático se asociaron al riesgo de repetición de autolesiones. • Características de las autolesiones previas: tener un episodio previo y específicamente en el último año, frecuencia de autolesiones, el autoenvenenamiento en comparación con otros métodos, y el uso de varios métodos de autolesiones, fueron asociados al riesgo de repetición de autolesiones. • Malestar psicológico, estrés académico y emocional. • Tratamiento psiquiátrico previo. • Estrategias de regulación emocional disfuncionales. • Motivación: la motivación intrapersonal e interpersonal, así como la planificación del episodio durante más de una hora se asoció al riesgo de repetición. • Otros factores psicológicos: presencia de ideación suicida, calidad de sueño pobre (específicamente para ANS) • Factores de riesgo psicosociales: factores de riesgo relacionados con la familia (apego inseguro, problemas con los padres, enfermedad mental en los padres, abuso sexual), relaciones con los pares (apego inseguro, problemas con los pares, autolesiones en los pares), abuso de alcohol. • Factores de riesgo sociodemográficos: edad (un estudio señala que a menor edad de la primera autolesión mayor riesgo de repetición, otro señala que realizar un autoenvenenamiento por debajo de 15 años es un factor de riesgo), género (la mayoría de estudios sugieren que las mujeres tienen más riesgo de repetición de las autolesiones), etnia (variabilidad en el riesgo de repetición en diferentes etnias),	**Conclusiones:** muchos factores de riesgo para las autolesiones en adolescentes parecen superponerse con la repetición de las mismas, específicamente los factores de riesgo psicológicos como la depresión, psicosociales (como los factores relacionados con la familia, el abuso del alcohol y las relaciones con los pares), y factores sociodemográficos como el género femenino. **Implicaciones para la práctica:** Durante la evaluación deben tenerse en cuenta los factores de riesgo que cuentan con más evidencia como son la morbilidad psiquiátrica, las características de las autolesiones y el malestar psicológico, factores psicosociales (como los factores relacionados con la familia, el abuso del alcohol y las relaciones con los pares), y factores sociodemográficos como el género femenino. **Implicaciones para la investigación:** la investigación futura debe estudiar el afecto como mediador de las relaciones que la supresión emocional y la reevaluación cognitiva tienen con la autolesión, comparar muestras comunitarias y clínicas, hacer estudios en Asia para poder generalizar los resultados a esta población, buscar una definición universal para las autolesiones y tener en cuenta la situación de pandemia por COVID-19 como potencial factor de riesgo.	**Autolesiones**: Cluver 2015, Glazebrook 2015, Hawton 2012, Rasmussen 2016, Stallard 2013 **Intento de suicidio:** Consoli 2015, Hishinuma 2018, Jakobsen 2011, Ligier 2015, Miranda 2014, Nrugham 2012, Nrugham 2015, Roberts 2010, Yen 2013 **Autolesión deliberada:** Ludh 2011, Martiniuk 2015, Olfson 2018, Tuisku 2012 **Autoenvenenamiento:** Finkelstein 2015 **ANS:** Andrews 2013, Emery 2017, Glenn 2016, Glenn 2011, Hamza 2014, Kiekens 2017, Lundh 2013, Miller 2019

Witt, 2019	**Número y tipo de estudios:** 17 estudios observacionales (estudios de cohortes prospectivos y caso-control). **Muestra:** 10.726 participantes jóvenes con autolesiones, la mitad de la muestra fueron mujeres en todos los estudios y la edad media fue 17.3 años. **Resultados:** • Ninguno de los factores demográficos se asoció con el incremento de las autolesiones. • Ninguno de los factores sociales se asoció con el incremento de las autolesiones. • La historia de abuso sexual se asoció con la repetición del comportamiento autolesivo (OR 1.52, IC 95% 1.02–2.28; PAR 12.8% 95% IC 0.6–26.3%). • La gravedad de la desesperanza (OR 2.95, IC 95% 1.74–5.01), ideación suicida (OR 2.01, 95% CI 1.43–2.81) están asociados con la repetición de las autolesiones. • El TLP (OR 3.47, 95% CI • 1.84–6.53; PAR 42.4%, 95% CI 20.0–62.3%), o cualquier TP (OR 2.54, 95% CI 1.71–3.78; PAR 16.3%, 95% CI 8.2–25.9%) y cualquier trastorno del estado de ánimo (OR 2.16, 95% CI 1.09–4.29; PAR 42.2%, 95% CI 5.3–67.4%) están asociados con un incremento del riesgo de repetición de las autolesiones. • Ninguna de las características del primer episodio de autolesión fue asociada con la repetición del mismo.	**Conclusiones:** identificar los factores de riesgo asociados con el incremento de riesgo de la repetición del comportamiento autolesivo es crítico para las intervenciones. De entre todos los factores de riesgos son especialmente relevantes la sintomatología relacionada con el estado de ánimo y los trastornos de la personalidad, la desesperanza y la ideación suicida y el abuso sexual. **Implicaciones para la práctica:** los servicios clínicos deben focalizarse en identificar factores de riesgo modificables individualmente con cada paciente (estado de ánimo y los trastornos de la personalidad, la desesperanza y la ideación suicida). **Implicaciones para la investigación:** son necesarios estudios con muestras más amplias y menos heterogéneas.	**Estudios observacionales**: Barter 1968, Burns 2008, Chitsabesan 2003, Consoli 2015, Czyz 2015, Glazebrook 2014, Groholt 2006, Hawton 2008, Hawton 2012, Hu 2016, Hultén 2001, Méan 2005, Reith 2003, Selby 2013, Spirito 1994, Vajda 2000, Yen 2013

Evaluación. Escalas			
Harris, 2019	**Número y tipo de estudios:** 11 estudios de cohortes, prospectivos y retrospectivos. **Muestra:** Adolescentes, entre 10 y 25 años, con autolesiones, intentos de suicidio o suicidio consumado. **Resultados:** • Los estudios varían en el seguimiento, población y medida de resultados. Se incluyeron resultados de 10 escalas diferentes. La mayoría de los estudios presentó riesgo de sesgos, y no fue posible llevar a cabo un metanálisis debido a la gran heterogeneidad entre ellos. • La capacidad de las herramientas para identificar correctamente aquellos adolescentes en riesgo de autolesionarse o llevar a cabo un intento de suicidio varían entre 27% (95% CI 10.7% hasta 50.2%) y un 95.8% (95% CI 78.9% hasta 99.9%). • Se proporcionó una variedad de métricas para aumentos de 1 a 10 puntos en varias herramientas, por ejemplo, odds y HRs.	**Conclusiones:** la capacidad predictiva de las escalas varía ampliamente y, por lo tanto, no hay una escala adecuada para predecir un mayor riesgo de suicidio o autolesión en la población de adolescentes. La evidencia es limitada. **Implicaciones para la práctica:** las escalas solo pueden ser empeladas como parte de una evaluación más amplia que evalúe además del riesgo de repetición otras cuestiones. A este respecto la guía del NICE recomienda la evaluación de necesidades psicosociales más que una evaluación centrada en el riesgo de repetición.	**Estudios de cohortes prospectivos:** Cha 2016, Chitsabesanm 2003 Ougrin 2013, Gipson 2015, King 2014, King 2010, Posner 2011, Yen 2013. **Estudios de cohores retrospectivos:** Ballard 2017, Czyz 2016, Horowitz 2015.

	Predicción de autolesiones: • Un mismo estudio evaluó el Self-Injury Association Test (SI-IAT) y el SITBI. Para SIAT los resultados no fueron estadísticamente significativas para predecir la repetición de autolesiones a los 3 meses (OR no ajustado 3,10; IC del 95%: 0 · 39 a 9,94, p ≥ 0,05). SITBI: resultados significativos para predecir las autolesiones a los 3 meses de seguimiento (OR ajustado 1,82; IC del 95%: 1,25 a 2,65; p = 0,002). • Suicide Ideation Questionnaire (SIQ): a los 6 meses de seguimiento, la precisión para clasificar a un paciente como de alto o bajo riesgo de repetición de autolesiones fue: sensibilidad 27,3%, especificidad 99,2%, VPP 85,7% y VPN 85,6%. Esta herramienta tuvo un desempeño deficiente en la identificación de pacientes de alto riesgo, pero tuvo un buen desempeño en la identificación de pacientes de bajo riesgo. • Self-Harm Questionnaire (SHQ): La validez predictiva se informó a los 3 meses: sensibilidad 94,7%, especificidad 34,6%, VPP 25,4% y VPN 96,6%. Esta herramienta funcionó bien en la identificación de pacientes de alto riesgo, pero fue deficiente en la identificación de pacientes de bajo riesgo. **Predicción de intentos de suicidio:** • Ask Suicide Screening Questions (ASQ): su capacidad predictiva se informó a los 6 meses: sensibilidad 95,8%, especificidad 5,8%, VPP 16,8% y VPN 87,5%. • El SIQ-Junior (SIQ-JR): se evaluó en dos estudios. Por cada aumento de 10 puntos en la puntuación SIQ-JR, la HR no ajustada de un futuro intento de suicidio fue de 1,30 (IC del 95%: 1,14 a 1,48, p≤0,001). Un modelo de regresión multivariante posterior informó una HR ajustada de 1,23 (95%). % IC 1,08 a 1,40, p = 0,003). • Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): fue evaluada por cuatro estudios. El OR no ajustado varió de 1,09 (IC del 95%: 1,01 a 1,17) a 3,85 (IC del 95%: 1,07 a 13,86) por cada aumento de 1 punto en la puntuación C-SSRS, y el OR ajustado osciló entre 1,15 (IC del 95%: 1,03 a 1,29).) a 1,51 (IC del 95%: 1,24 a 1,84) por cada aumento de 1 punto en la puntuación C-SSRS. • SIQ: la regresión univariante realizada, se informó un HR estadísticamente significativo de 1.01 (IC del 95%: 1.00 a 1.02, p≤0.05) para la puntuación SIQ dicotomizada (alta / baja intención de suicidio). Sin embargo, después del análisis multivariado, a pesar de que el HR era el mismo en 1,01 (IC del 95%: 1,00 a 1,02, p ≥ 0,05), ya no fue estadísticamente significativo. • Escala de desesperanza de Beck: se informó un HR no ajustado de 1,51 (IC del 95%: 1,22 a 1,87, p≤0,001) para un aumento de 5 puntos en la escala. • Children Depression Rating Scale-Revised: se informó un HR no ajustado de 1,29 (IC del 95%: 1,10 a 1,52, p = 0,002) para un aumento de 10 puntos en la escala.	**Implicaciones para la investigación:** son necesarios más estudios primarios sobre la autoevaluación en la predicción del futuro riesgo de autolesión o suicidio en adolescentes.	

Carter, 2019	**Número y tipo de estudios:** 22 artículos que identifican las escalas y 62 artículos que evalúan la fiabilidad y validez de las escalas de evaluación de riesgo de autolesiones y suicidio. **Muestra:** niños y adolescentes con autolesiones o riesgo de suicidio. **Resultados:** • La mayoría de herramientas evalúan riesgo de suicidio solamente (18/20; 81%), y el resto incorporan un número limitado de preguntas que evalúen autolesión (4/20; 18%). • Ocho herramientas (36.4%) de las evaluadas predicen eventos de suicidio y autolesión. • Las escalas de evaluación identificadas presentan buenos niveles de sensibilidad y especificidad. • El MAST ha demostrado la mayor validez convergente. • El C-SSRS fue el testado más rigurosamente para la validez discriminante. • La entrevista sobre el comportamiento suicida tuvo la mayor fiabilidad entre evaluadores. • El SPS y LOI tuvieron la mayor fiabilidad test-retest (r=.92).	**Conclusiones:** no hay instrumentos validados para la evaluación del riesgo en pacientes pediátricos. La investigación futura debe centrarse en el desarrollo de herramientas para evaluar el riesgo de autolesión y suicidio para esta población.	**Artículos que identifican las escalas de evaluación:** Horowitz 2012, Pfeffer 1986, Shaffer 2004, Posner 2011, Orbach 1984, Range 1992, Orbach 1991, Osman 1998, Horowitz 2001, Miller 1986, Angelkovska 2014, Cotton 1996, Reynolds 1987, Reynolds 1987, Reynolds 1990, Beck 1974, Cull 1982, Plutchik 1989, Pfeffer 2000, Larzelere 2004, Conrad 2009, Flamarique 2016.
Chávez-Flores, 2017	**Número y tipo de estudios:** 18 estudios, 7 corresponden a creaciones y 11 a adaptaciones de instrumentos. **Muestra:** Adolescentes de entre 10 y 19 años con autolesiones no suicidas. **Resultados:** • 7 de los 18 estudios obtuvieron una puntuación positiva. • Se identificaron 11 instrumentos para evaluar autolesiones no suicidas en adolescentes, Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI) con una adaptación, Self- • Harm Behavior Questionnaire (SHBQ), Functional • Assessment of Self-Mutilation (FASM) con • tres adaptaciones, Self-Injury Motivation Scale • Adolescent version (SIMS-A), Alexian Brothers Assessment of Self-Injury (ABASI), Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale (ABUSI), cuatro adaptaciones del instrumento The Ottawa Self-Injury Inventory (OSI), The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents (RTSHIA), The Repetitive Non-Suicidal Self-Injury Questionnaire (R-NSSI-Q), 6 item measure de Prinstein y el Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A). • El ABUSI y el ISSIQ-A obtuvieron la mayor cantidad de puntuaciones positivas respecto a los criterios evaluados (3/9 considerando los valores de Terwee et al.: validez de contenido, consistencia interna, validez de criterio, validez de constructo, acuerdo, fiabilidad, sensibilidad, efecto piso techo): ABUSI consistencia interna, validez de constructo y fiabilidad; ISSIQ-A validez de contenido, consistencia interna, validez de constructo.	**Conclusiones:** el ABUSI y el ISSIQ-A son los instrumentos que cuentan con mayor evidencia de validez y fiabilidad. El primero evalúa los criterios DSM-5, mientras que el segundo evalúa el nivel de impulsividad, autolesión no suicida, comportamientos de riesgo y función intrapersonal e interpersonal de las autolesiones. **Implicaciones para la investigación:** Es un campo de estudio muy incipiente, es necesario avanzar en el trabajo de adaptaciones culturales. Es importante evaluar sus propiedades psicométricas en la población clínica y enriquecer su sensibilidad y especificidad.	**Escalas de evaluación:** Washburn 2015, Washburn 2010, Nock 2004, Prinstein 2004, Leong 2014, Calvete 2015, Dahlstrom 2015, Carvalho 2015, Manca 2014, Vrouva 2010, Muehlenkamp, Swannell 2008

Intervenciones			
Bahji, 2021	**Número y tipo de estudios:** 44 ECAs. **Características de la muestra:** 5406 participantes (de 10 a 19 años), con autolesiones con ideación suicida y ANS, mayoritariamente mujeres (76.0%). **Resultados:** • Ninguna de las psicoterapias investigadas fue asociada con una mayor tasa de abandono de los estudios comparado con el tratamiento habitual. • Eficacia inconsistente en los resultados y psicoterapias. • La terapia ecléctica y la TDC se asociaron con reducciones en las autolesiones al final del tratamiento en comparación con el tratamiento habitual (para la terapia ecléctica OR.14 [95% CI, 0.03-0.78] y para la TDC 0.28 [95% CI, 0.12-0.64]), mientras que la TDC y la terapia familiar se asociaron con reducciones en la ideación suicida al final del tratamiento (Cohen d SMD, -0.71 [95% CI, -1.19 a -0.23] para la TDC y -0.65 [95% CI, -1.06 a -0.23] para la terapia familiar en comparación al tratamiento habitual. • Para los síntomas depresivos, solo la terapia familiar fue asociada con una reducción en la severidad de los síntomas al final del tratamiento (Cohen d SMD, -0.60; 95% CI, -1.12 a -0.08). • En el seguimiento extendido, solo la TM y la intervención breve más el tratamiento habitual fueron asociadas con un descenso en las autolesiones (OR, 0.38 [95% CI, 0.15-0.97] para la TM y 0.70 [95% CI, 0.50-0.96] para la intervención breve más el tratamiento habitual), y solamente la TM y la terapia familiar fueron asociadas con reducciones en la ideación suicida en comparación con el tratamiento habitual (Cohen d SMD, -1.22 [95% CI, -2.18 a -0.26] para la TM y -1.14 [95% CI, -1.96 a -0.32] para la terapia familiar. • Ninguna de las terapias investigadas fue asociada con mejorías en los síntomas depresivos en los seguimientos a largo plazo. • Los participantes en el grupo control de pacientes en lista de espera sufrieron un empeoramiento de los síntomas, con incremento de autolesiones, síntomas anímicos e ideación suicida en comparación con los participantes que recibieron el tratamiento habitual.	**Conclusiones:** Algunas modalidades de psicoterapia parecen ser aceptables y eficaces para reducir las autolesiones y riesgo de suicidio entre la población infanto-juvenil. La baja calidad metodológica de los estudios incluidos y el alto riesgo de sesgos impide estimar su rendimiento comparativo.	**ECAs**: Alavi 2013, Apsche 2006, Asarnow 2011, Asarnow 2017, Beck 2020, Britton 2014, Chanen 2008, Cooney 2010, Cotgrove 1995, Cottrell 2020, Diamond 2010, Diamond 2019, Donaldson 2005, Esposito-Smythers 2011, Gleeson 2012, Goodyer 2017, Green 2011, Griffiths 2019, Harrington 1998, Hazell 2009, Hetrick 2017, Hill 2019, Kaess 2020, Kennard 2018, King 2006, King 2009, King 2015, McCauley 2018, Mehlum 2016, Ougrin 2013, Ougrin 2018, Pineda 2013, Robinson 2012, Rossouw 2012, Santamarina-Perez 2020, Schuppert 2009, Schuppert 2012, Sinyor 2020, Tang 2009, Van Voorhees 2009, Wharff 2019, Wood 2001, Yen 2019

Kothgassner, 2021	**Número y tipo de estudios:** 21 (5 ECAs; 4 ECCs; 12 evaluaciones pre/post). **Características de la muestra:** 1673 adolescentes (1063 recibieron TDC-A y 610 intervención control). La mayoría son mujeres (82%) y con una media de edad de 15.4 años. **Resultados:** • En comparación con los grupos control, la TDC-A muestra un efecto de pequeño a moderado en la reducción de las autolesiones (g=-0.44; 95% CI -0.81 a -0,07) y la ideación suicida (g=-0,31, 95% CI -0.52 a -0,09), respecto a la sintomatología límite parece disminuir, pero no se encuentran diferencias significativas con el grupo control. • Las evaluaciones pre/post muestran efectos más grandes para todos los resultados (autolesiones: g=-0.98, 95% CI -1.15 a -0.81; ideación suicida: g=-1.16, 95% CI -1.51 a -0.80; sintomatología límite: g-0.97, 95% CI -1.31 a -0.63).	**Conclusiones:** la TDC-A parece ser un tratamiento eficaz para reducir tanto las autolesiones como la ideación suicida en adolescentes. La evidencia sobre la reducción de la sintomatología límite es más limitada. **Implicaciones para la práctica clínica:** una mayor duración de la TDC-A es crucial para la eficacia, sobre todo en la ideación suicida. **Implicaciones para la investigación:** se requiere mejorar la calidad de la evidencia de la TDC-A para poblaciones infravaloradas, como hombres jóvenes y gente con géneros diversos y el efecto combinado con la terapia farmacológica.	**ECAs (n=5):** Apsche 2006, Goldstein 2015, McCauley 2018, Mehlum 2014, Santamarina-Perez 2020 **ECCs (n=4):** Katz 2004, McDonell 2010, Rathus 2002, Tebbett-Mock 2020 **Evaluación pre/post (n=12):** Berk 2020, Buerger 2019, Courtney 2015, Fischer 2015, Fleishhaker 2011, Geddes 2013, Gillespie 2019, Goldstein 2007, James 2008, James 2011, Perepletchikova 2011, Woodberry 2008

Witt, 2021	**Número y tipo de estudios:** 17 ECAs. **Características de la muestra:** 2280 participantes con autolesiones suicidas y ANS de los cuales la mayoría son mujeres (87.6%) y la media de edad es de 14.7 años. **Resultados**: • Encuentra una tasa más baja de repetición de autolesiones para la TDC-A (30%) en comparación con los grupos control de tratamiento habitual o tratamiento habitual enriquecido (43%) en la postintervención (OR 0.46, IC 95% CI 0.26 a 0.82; N = 270; k = 4; alta certeza en la evidencia). • No hay evidencia de una diferencia para la psicoterapia basada en la TCC individual y tratamiento habitual para la repetición de la autolesión en la postintervención (OR 0,93; IC del 95%: 0,12 a 7,24; N = 51; k = 2; evidencia de baja certeza). • No se sabe si la terapia basada en la mentalización para adolescentes (TM-A) reduce la repetición de autolesión después de la intervención en comparación con el tratamiento habitual (OR 0,70; IC del 95%: 0,06 a 8,46; N = 85; k = 2; certeza muy baja en la evidencia). La heterogeneidad en este desenlace fue sustancial (I2 = 68%). • Probablemente no haya evidencia de una diferencia entre la terapia familiar y el tratamiento habitual en la repetición de la autolesión después de la intervención (OR 1,00; IC del 95%: 0,49 a 2,07; N = 191; k = 2; evidencia de certeza moderada). • No hubo evidencia de una diferencia significativa para los enfoques de mejora del cumplimiento en la evaluación de la repetición de autolesiones en el seguimiento de seis meses, para psicoterapia grupal en las evaluaciones de seguimiento de seis o 12 meses, para una intervención de contacto remoto (tarjetas de emergencia) en la evaluación de 12 meses, o para la evaluación terapéutica en las evaluaciones de seguimiento de 12 o 24 meses.	**Conclusiones:** dada la moderada o baja calidad de la evidencia, y el pequeño número de estudios identificados, solo hay evidencia incierta sobre las intervenciones psicosociales en niños y adolescentes con autolesiones. Se necesita más evaluación de la TDC-A. Dada la evidencia de la TCC en adultos, esta debería ser más desarrollada para la intervención con niños y adolescentes. **Implicaciones para la práctica clínica:** la TCC individual debería ser más desarrollada y evaluada para niños y adolescentes. Se encuentran efectos positivos de la TDC-A pero los resultados tienen una generalizabilidad limitada. **Implicaciones para la investigación:** es importante investigar acerca de los factores genéticos, biológicos, psicosociales, sociales, culturales y otros para desarrollar tratamientos eficaces que incidan en dichos factores.	**ECAs**: Asarnow 2017, Cooney 2010, Cotgrove 1995, Cottrell, Donaldson 2005, Green 2011, Griffiths 2019, Harrington 1998, Hazell 2009, MacCauley 2018, Mehlum 2014, Ougrin 2011, Rossouw 2012, Santamarina-Pérez 2020, Sinyor 2020, Spirito 2002, Wood 2001

Experiencias y necesidades de información			
Grimmond, 2019	**Número y tipo de estudios:** 27 estudios cualitativos (principalmente entrevistas y grupos focales), el rango del tamaño muestral fue 1-134, con una media de 38 participantes. Los estudios fueron realizados en EEUU, Nicaragua, Kora, Italia y Camboya. **Calidad de la evidencia:** la mayoría de los estudios no presentaron limitaciones metodológicas relevantes. **Muestra:** adolescentes o jóvenes adultos (menores de 25 años) con ideación o intentos de suicidio (principalmente mujeres); amigos, familia de aquellos que han intentado suicidarse o con ideación suicida; profesionales que trabajan con jóvenes o miembros de la comunidad en general. **Resultados:** El análisis temático reveló 4 temas principales: • Factores de riesgo y desencadenantes de la conducta suicida: Identifican varios factores desencadenantes de la conducta suicida: dificultad para expresar las emociones, emociones como autodesprecio, inutilidad, insatisfacción con la apariencia física y percepción de rechazo por parte de otros. Las experiencias vitales negativas y eventos desencadenantes, como la muerte de un miembro de la familia o un amigo cercano, dificultad en las relaciones sociales, también se relacionan con la conducta suicida. • Factores asociados con la recuperación: relaciones interpersonales con miembros de la familia o profesionales de salud mental, cambio en el ambiente social, físico o terapéutico y espiritualidad. • Necesidad de estrategias preventivas y terapéuticas: es importante informar y educar en las escuelas, para prevenir la conducta suicida en esta población. • Creencias sobre el suicidio en la sociedad: existen muchos estigmas y estereotipos acerca del suicidio en la comunidad, extendidas, en parte por los medios de comunicación.	**Conclusiones:** el suicidio de los jóvenes es un tema complejo, con muchas causas y factores de riesgo que interaccionan entre sí. **Implicaciones para la práctica:** para un tratamiento exitoso y prevención, se necesita una reforma del procedimiento y un cambio de actitudes acerca de la expresión emocional y el suicidio. Es necesaria mejor educación sobre el suicidio, especialmente en colegios. **Implicaciones para la investigación:** identificar métodos para reducir el estigma social relacionado con el suicidio y evaluar la efectividad de los programas diseñados.	**Estudios cualitativos:** Bergmans 2009, Bostik 2007, Coggan 1997, Everall 2005, Everall 2006, Fullagar 2007, Gulbas 2015, Gulbas 2015, Herrera 2006, Holliday 2015, Jegannathan 2016, Jo 2011, Keyvanara 2011, Matel-Anderson 2016, Montreuil 2015, Orri 2014, Roen 2008, Schwartz 2010, Shilubane 2014, Shilubane 2012, Strickland 2011, Strickland 2006, Sukhawaha 2016, Tingey 2014, Walls 2014, White 2010, Zayas 2010

Lachal, 2015	**Número y tipo de estudios:** 44 estudios cualitativos (entrevistas, grupos focales, revisión de foros de internet y cuestionarios). Estudios de 16 países: 16 de América del Norte y Central (Canadá, Nicaragua y EEUU), 13 de Europa (Italia, Noruega, Suecia y Reino Unido) 3 de Africa (Gana y Sudáfrica), 6 de Asia (Hong Kong, Israel, Iran Vietnam y Korea) y 6 de Oceanía (Australia y Nueva Zelanda) **Calidad de la evidencia:** la calidad de los estudios fue juzgada como buena. **Muestra:** adolescentes y adultos jóvenes con intentos de suicidio, sus padres y profesionales sanitarios. **Resultados:** Se identificaron 3 temas principales. 1) Experiencia individual: • Experiencia de malestar. La mayoría de pacientes experimentan sentimientos como: tristeza, dolor mental, desapego, enfado e irritabilidad. Los pacientes describen que la experiencia de fracaso que les provoca angustia, junto con baja autoestima, sentimientos de inutilidad, incompetencia y odio hacia uno mismo. • Sensación de pérdida de control y auto-control. Muchos de los pacientes con conducta suicida perciben una falta de autocontrol y una falta de estrategias de afrontamiento. • Impotencia de los padres ante el malestar de los adolescentes. Los sentimientos más comunes entre las familias de los pacientes con conducta suicida son la impotencia, culpa, enfado y falta de control. • El sentimiento más común entre los profesionales de salud mental es la impotencia. 2) Experiencia relacional: • Las relaciones interpersonales son muy importantes en todas las etapas de la conducta suicida, distanciamiento, sentirse diferente y rechazado y sentirse incomprendido. 3) Experiencia social y cultural: • Muchos de estos pacientes relatan dificultad para encajar a nivel social y de grupos, lo cual puede pasar con grupos minoritarios. • Las creencias religiosas parecen ser un factor protector para la conducta suicida. • Tanto los pacientes con conducta suicida como sus familias sufren una gran estigmatización a nivel social, lo cual bloquea el acceso a la atención de los mismos.	**Conclusiones:** la violencia del mensaje de la persona suicida y los miedos asociados con la muerte conducen a la incomprensión e interfieren con la capacidad de empatía tanto de los miembros de la familia y profesionales. **Implicaciones para la práctica:** el tratamiento de los adolescentes con conducta suicida y de su familia debe incluir siempre un manejo multidisciplinar, incluyendo trabajadores sociales y profesionales con experiencia en educación. **Implicaciones para la investigación:** Es importante investigar sobre los padres con hijos con intentos de suicidio, puesto que la mayoría de la investigación se centra en los familiares de personas con suicidio consumado. Examinar cómo los medios de comunicación pueden ser una herramienta para compartir información sobre el suicidio. Es importante integrar todas las dimensiones de estudio, para tener un modelo integrado de la conducta suicida.	**Estudios cualitativos:** Anderson 2000, Bennett 2002, Bennett 2003, Bostik 2006, Bostik 2007, Everall 2006, Everall 2005, Everall 2006, Everall 2000, Fenaughty 2003, Herrera 2006, Jo 2011, Keyvanara 2011, Medina 2006, Orri 2014, Shilubane 2012, Sun 2007, Walsh 1997, Wasserman 2008, Zayas 2010, Baker 2008, Beekrum 2011, Bergmans 2011, Diamond 2011, Jordan 2012, Medina 2011, Paulson 2003, Rodham 2007, Sinclair 2005, Daly 2005, Lindqvist 2008, Maple 2010, Maple 2007, Nirui 1999, Tornblom 2013, Owens 2008, Anderson 2003, Tallaksen 2013, Slovak 2012, Anderson 2012, Anderson 2005, Greidanus 2010, Yang 2012, Osafo 2011

Anexo 9. Escalas de evaluación psicológica

Escalas consideradas en las revisiones sistemáticas analizadas

Nombre	Autor	Año	Formato: aplicación y respuesta	Nº ítems	Foco de evaluación	Adaptación español[1]	Referencia bibliográfica
Ideación suicida							
SIQ (Suicidal Ideation Questionnaire)	Reynolds	1987	Autoinforme Likert 7 puntos	30 ítems	Frecuencia y severidad de la ideación suicida	No	(101)
SIQ-JR (Suicidal Ideation Questionnaire-Junior Version)	Reynolds	1987	Autoinforme Likert 7 puntos	15 ítems	Frecuencia y severidad de la ideación suicida	No	(102)
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	(103)
Conducta suicida							
ASQ (Adolescent Suicide Questionnaire)	Horowitz	2012	Autoinforme Respuesta dicotómica (Sí/No)	4 ítems	Riesgo de conducta suicida	No	(104)
RSQ (Risk of Suicide Questionnaire)	Horowitz	2001	Autoinforme R.dicotómica (Sí/No)	14 ítems	Riesgo de suicidio	Sí Robles-García, 2005 (105)	(106)
C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale)	Shaffer	2004	Autoinforme Escala de 5 puntos	11 ítems	Riesgo de ideación o conducta suicida	Sí Al-Halabí, 2016 (107)	(108)
CAPSI (Child-Adolescent Suicide Potential Scale)	Pfeffer	2000	Calificado por el médico Entrevista semiestructurada, binario o Likert	146 ítems y 11 subescalas	Riesgo de conducta suicida	No	(109)

FTT (Fairy Tales Test)	Orbach	1984	Calificado por el médico Likert 4 puntos	4 ítems	Intensidad de las actitudes respecto a la vida y muerte	No	(110)
LOT (Life Orientation Inventory)	Range y Lewis	1992	Autoinforme Likert 4 puntos	113 ítems y 6 subescalas	Intenciones de suicidio Nivel de optimismo	Sí Ferrando, 2002 (111)	(112)
MAST (Multi-Attitude Suicide Tendency Scale)	Orbach	1991	Calificado por el medico Likert 5 puntos	30 ítems y 4 subescalas	Tendencias de suicidio *Útil en atención primaria	No	(113)
RFL-A (Reasons for living inventory for adolescents)	Osman	1998	Autoinforme Likert 6 puntos	32 ítems y 5 subescalas	Razones adaptativas para no terminar con la propia vida	Sí Cassaretto, 2012 (114)	(115)
SBI (Suicide Behaviour Interview)	Reynolds	1990	Calificado por el clínico Entrevista semiestructurada	22 ítems y 2 subescalas	Riesgo de suicidio	No	(116)
SIS (Suicide Intent Scale)	Beck	1974	Calificado por el clínico 2 preguntas abiertas y 3 items tipo likert	20 ítems y 2 subescalas	Intento de suicidio	No	(117)
SPS (Suicide Probability Scale)	Cull y Gill	1988	Autoinforme Likert 4 puntos	36 ítems y 4 subescalas	Riesgo de suicidio	No	(118)
SRS (Suicide Risk Scale)	Plutchik	1989	Autoinforme Binario: Verdadero/Falso	26/30 ítems y 3 subescalas	Riesgo de suicidio	Sí Rubio, 1998 (119)	(120)
SSF-II (Suicide Status Form-II)	Conrad	2009	Autoinforme Likert 5 puntos	6 ítems	Riesgo de suicidio y frecuencia de ideación suicida	No	(121)
STOP (Suicidality Treatment Occurring Paediatrics – Suicidality Assessment Scale)	Flamarique	2016	Autoinforme Calificado por los padres Calificado por los clínicos	14 ítems – niños 19 ítems – adolescentes, padres y clínicos	Riesgo de suicidio	No	(122)

Autolesiones							
SHRAC (Self-Harm Risk Assessment for Children)	Angelkovska	2007	Calificado por los padres Likert 4 puntos	33 ítems	Riesgo de autolesiones	No	(123)
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)	(125)
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)	(127)
ABASI (Alexian Brothers Assessment of Self-Injury)	Wasburn	2015	Autoinforme	28 ítems	Criterios autolesiones no suicidas (ANS) según el DSM-5	No	(128)
ABUSI (Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale)	Wasburn	2010	Autoinforme	5 ítems	Criterios autolesiones no suicidas (ANS) según el DSM-5	No	(129)
FASM (Functional Assessment of Self-Mutilation)	Nock y Prinstein	2004	Autoinforme	22 ítems	Métodos, frecuencia y función de la autolesión	Sí Calvete, 2015 (130)	(78)
ISSIQ-A (Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents)	Carvalho	2015	Autoinforme	56 ítems	Impulsividad, autolesión, comportamientos de riesgo, ideación suicida	No	(131)
R-NSSI-Q (Repetitive Non-Suicidal Self-Injury Questionnaire)	Manca	2014	Autoinforme	38 ítems	Frecuencia y métodos de autolesión no suicida	No	(132)
RTSHIA (Risk-taking and self-harm inventory for adolescents)	Vrouva	2010	Autoinforme	27 ítems	Autolesión y toma de riesgos	No	(133)

SHBQ (Self-Harm Behavior Questionnaire)	Muehlenkamp	2010	Autoinforme	22 ítems	ANS, ideación suicida, amenaza de suicidio e intentos suicidas pasados	No	(134)
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	(135)
OSI (Ottawa Self-Injury)	Nixon	2015	Autoinforme	21 ítems	Regulación emocional interna, influencia social, regulación emocional externa y búsqueda de sensaciones	No	(136)
6 Item-Measure	Prinstein	2008	Autoinforme	6 ítems	No informa	No	(137)

Otras escalas no específicas							
BHS-ED (Beck Hopelessness Scale)	A. Beck	1988	Autoinforme Respuesta dicotómica (verdadero/falso)	20 ítems	Riesgo suicida (cogniciones desesperanzadoras) *Muy utilizado en casos de depresión *Utilidad predicción conducta suicida	Sí, EDB (Escala de Desesperanza de Beck) Tovar, 2011 (138)	(139)
CDRS-R (Children's Depression Rating Scale-Revised)	Poznanski	1996	Calificado por el clínico	17 ítems, 14 info. Verbal y 3 no verbal	Grado de depresión en niños de entre 6 y 12 años	Sí (Escala de depresión para niños revisada) Cortés 1996 (140)	(141)

[1] Se han considerado solo aquellas escalas adaptadas y validadas en población española.
Fuente: elaboración propia.

Otras escalas de interés según criterio del grupo de trabajo

Nombre	Autor	Año	Formato: aplicación y respuesta	Nº ítems	Foco de evaluación	Adaptación español[1]	Referencia bibliográfica
ISAS (Inventory of Statements About Self-injury)	Klonsky y Glenn	2009	Autoinforme	39 ítems	Métodos, frecuencia y funciones de las ANS	Sí Pérez, 2020 (142)	(143)
Escala Paykel	Paykel	1974	Autoinforme/ calificado por el clínico Respuesta dicotómica: Sí/No	5 ítems	Manifestaciones de la conducta suicida en población clínica (pensamientos de muerte, ideación e intentos de suicidio)	Sí Fonseca-Pedrero, 2018 (144)	(145)
NSSIDS (Non-Suicidal Self-Injury Disorder Scale)	Victor	2017	Autoinforme Escala Likert	16 ítems	Criterios diagnósticos para ANS según el DSM-5	No	(146)
SENTIA-Breve	Díez-Gómez	2021	Autoinforme/ Calificado por el clínico Respuesta dicotómica; Sí/No	5 ítems	Evaluación de la conducta suicida	Sí Díez-Gómez, 2021 (147)	(147)

Anexo 10. Información para adolescentes, familias y profesionales de la educación

Información sobre las AUTOLESIONES para adolescentes, familias y profesionales de la educación

XUNTA DE GALICIA

guiasalud.es
Biblioteca de Guías de Práctica Clínica
del Sistema Nacional de Salud

AXENCIA GALEGA
DE COÑECEMENTO
EN SAÚDE

Información sobre las AUTOLESIONES para adolescentes, familias y profesionales de la educación

XUNTA DE GALICIA

Esta información ha sido elaborada a partir del conocimiento basado en la literatura científica disponible en el momento de su publicación.

Autoría: 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.

La edición de esta guía no habría sido posible sin las inestimables aportaciones del Grupo de Estudio y Tratamiento de la Autolesión (GRETA) y de los y las adolescentes que tanto se han implicado en revisar el documento y sugerir mejoras de gran valor para el resultado final.

CONTENIDO

Información para adolescentes

¿Qué son las autolesiones?
¿Solo los/las adolescentes se autolesionan?
¿Por qué las personas se autolesionan?
Si alguien se hace daño a sí mismo, ¿es lo mismo que un intento de suicidio?
¿Qué puedes hacer si te autolesionas o estás pensando en hacerlo?
¿Cómo es el tratamiento de las autolesiones?
¿Qué puedes hacer para evitar autolesionarte?

Información para familiares y amigos/as

¿Cuáles son las señales de alarma de las autolesiones?
¿Qué puedes hacer si tu familiar o amigo/a se autolesiona?

Información para profesionales de la educación

¿Cómo identificar las autolesiones? Factores de riesgo y señales de alarma.
¿Cómo, cuándo y quién debe evaluar el caso?
¿Cuándo y cómo se debe contactar con los padres y madres?
¿Cómo prevenir el contagio social?

Mitos sobre las autolesiones

Más información

Información para

ADOLESCENTES

Este documento pretende ayudarte a entender qué son las autolesiones en la adolescencia y cómo se desarrollan, identificar cuáles son las principales señales de aviso y explicar cuál es su evaluación y tratamiento. Además, podrás aprender estrategias para manejar estas conductas ahora y a largo plazo.

¿QUÉ SON LAS AUTOLESIONES?

Las autolesiones son conductas mediante las cuales una persona se provoca daño físico intencionalmente con diferentes motivaciones u objetivos. Algunos de estos son: poder sentir alguna emoción (en casos de sentimientos de vacío), dejar de sufrir o manejar el sufrimiento, gestionar el malestar emocional (por ejemplo, ansiedad) o hacerse daño como forma de autocastigo.

En algunos casos, las autolesiones pueden ser un comportamiento puntual, pero en otros esta conducta se vuelve repetitiva e incluso adictiva. Por lo tanto, cuanto antes pidas ayuda, más fácil será que recibas el apoyo, la evaluación y el tratamiento necesarios.

¿SOLO LOS/LAS ADOLESCENTES SE AUTOLESIONAN?

Las autolesiones pueden darse a cualquier edad, pero parecen ser más frecuentes en adolescentes y personas adultas jóvenes. Su inicio suele darse entre los 13 y los 15 años y acostumbran a ser más habituales en mujeres. Aunque una parte importante de las personas afectadas dejan de hacerlo con el tiempo, no todas abandonan esta conducta en la edad adulta.

Las personas no se lastiman a sí mismas por las amistades que tienen, la música que escuchan o porque sea genial, sino por los problemas con los que están lidiando. Cualquier persona que se autolesione de manera habitual debe ser evaluada por un/una profesional.

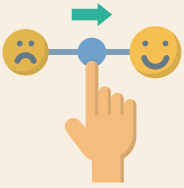
¿POR QUÉ LAS PERSONAS SE AUTOLESIONAN?

Cada persona puede tener motivos diferentes para llegar a autolesionarse, pero normalmente comienza como una forma de aliviar la presión de pensamientos y sentimientos angustiosos.

Para sentirse mejor

Mediante estas conductas, algunas personas buscan liberar o manejar emociones que les resultan intolerables, como el enfado, la ansiedad, la tristeza, la frustración o la desesperanza. Se trata de un intento de parar los pensamientos y sentimientos más negativos o desagradables. En otros casos, puede tener un componente de intento de llamada de atención.

A corto plazo puede parecer que funciona, pero con el tiempo produce sentimientos de culpa, vergüenza, enfado, miedo, angustia, etc. Además, se genera tolerancia al dolor, por lo que las autolesiones se van haciendo más frecuentes y profundas, dado que cada vez se necesita más dolor físico para sentir el mismo alivio de antes.



Para sentir que se asume el control

Hay ciertas situaciones que pueden sobrepasar a cualquier persona. No podemos controlar cómo se comportan los demás, como a veces tampoco nuestras emociones. Las autolesiones pueden parecer una forma de tener control sobre algún aspecto de nuestra vida, aunque en realidad no lo sean.

Como una forma de castigo

Esta causa es más frecuente cuando la persona tiene una baja autoestima y tiende a culpabilizarse por sus emociones negativas. Son habituales los sentimientos de odio y rechazo hacia uno/a mismo/a (por ejemplo, hacia su propio cuerpo) o hacia el mundo.

Como respuesta a sentimientos de vacío o entumecimiento emocional

Cuando una persona se siente desconectada de sus emociones, la frustración puede llevarla a hacerse daño solamente por el deseo de sentir algo, aunque sea dolor.

Estas conductas pueden suponer un alivio temporal del dolor emocional que la persona siente, pero es importante saber que el dolor no desaparecerá hasta que no se actúe sobre las razones o motivos que lo provocan.

SI ALGUIEN SE HACE DAÑO A SÍ MISMO, ¿ES LO MISMO QUE UN INTENTO DE SUICIDIO?

No. Sin embargo, se trata de una conducta que, al llegar a un determinado grado de gravedad, puede empeorar la salud mental y aumentar el riesgo de que aparezcan ideas de suicidio.

La intencionalidad suicida pretende terminar con el sufrimiento. En cambio, las autolesiones no suicidas (ANS) son una estrategia para afrontar ciertos problemas o estados emocionales desagradables.

Sin embargo, aunque las autolesiones no son lo mismo que la conducta suicida, hacerse daño a uno/a mismo/a puede aumentar el riesgo de suicidio o conducir a él, especialmente cuando las autolesiones dejan de ser un método efectivo para afrontar emociones o en una situación de crisis. En resumen, la autolesión recurrente se considera un factor de riesgo de suicidio.

¿QUÉ PUEDES HACER SI TE AUTOLESIONAS O ESTÁS PENSANDO EN HACERLO?

Lo primero que debes hacer si te autolesionas o has pensado en hacerlo es pedir ayuda. No es nada fácil hacerlo, debido a sentimientos como la vergüenza, la desesperanza o la culpabilidad, pero es muy importante porque cuanto antes lo hagas, más fácil será que recibas el apoyo, la evaluación y el tratamiento necesarios. Puede que tengas miedo a que empeore la situación, pero pedir ayuda ya es un paso que te hará sentir que estás en el camino hacia una solución.

Es importante que sepas que, en caso de que no estés preparado/a para hablarlo en tu casa, si tienes 16 años o más puedes acudir a tu centro de salud por tu cuenta.

Vayas acompañado/a o no, el primer paso es una evaluación. Se trata de un proceso en el que los/las profesionales sanitarios/as hablarán contigo para obtener información sobre las autolesiones (por ejemplo, la duración, los métodos utilizados y el objetivo que está detrás) y sobre tu salud física y mental. También es una forma de conocerte más y establecer una relación de confianza contigo.

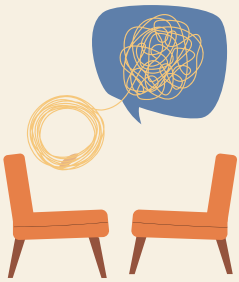
De forma complementaria, se pueden utilizar escalas de evaluación psicológica. Normalmente, son *test* escritos que ayudan a recoger más información importante para el tratamiento, como la ideación suicida, la conducta suicida, las características de las autolesiones y otras cuestiones clínicas importantes como la presencia de sentimientos de desesperanza, tristeza u otros síntomas depresivos.

Una vez que has pedido ayuda y los/las profesionales han evaluado tu situación, se pone en marcha el tratamiento que te permitirá superar el problema.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DE LAS AUTOLESIONES?

Dependiendo de cada caso y los problemas asociados, puede ser un tratamiento psicológico, farmacológico o una combinación de ambos.

Tratamiento psicológico



Los tratamientos psicológicos más utilizados para abordar estas conductas se dirigen a eliminar o disminuir la conducta autolesiva modificando los pensamientos negativos asociados a ella y ayudando a substituirla por otras formas de enfrentarse a los problemas. En este caso, tu profesional de referencia te hablará de terapia cognitivo-conductual, terapia dialéctico-conductual, terapia de mentalización, terapia familiar y/o terapia de resolución de problemas.

Algunos aspectos prácticos que se abordan a corto plazo mediante estos tratamientos son:

- Identificar desencadenantes para las autolesiones (pensamientos, situaciones, personas, etc.).
- Despistar tu necesidad de autolesionarte, por ejemplo, buscando actividades alternativas para distraer tu atención.
- Mejorar tus estrategias de resolución de problemas, ayudándote a manejar situaciones estresantes de manera más efectiva.
- Darte herramientas para controlar y gestionar tus emociones.
- Cambiar tus pensamientos negativos por otros más objetivos o realistas.
- Enseñarte a aceptar el dolor emocional como parte de la vida.

Tratamiento farmacológico

En ocasiones hará falta que tomes fármacos, principalmente cuando te diagnostiquen trastornos como depresión, ansiedad o alteración de la personalidad.

Tratamiento combinado

Cuando el profesional de referencia lo estima necesario, se combinan el tratamiento psicológico y el farmacológico.

¿QUÉ PUEDES HACER PARA EVITAR AUTOLESIONARTE?

Si consigues controlar el malestar sin hacerte daño, será más fácil que no recurras a autolesionarte la próxima vez que te sientas mal.

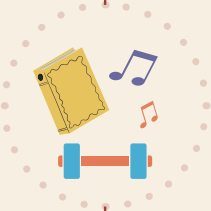
En la siguiente tabla se incluyen algunos ejemplos de actividades que pueden ayudarte. A cada persona pueden funcionarle diferentes estrategias e incluso ser distintas según la situación. Puedes hacer un esquema con las que mejor te funcionan a ti:

Actividades relajantes

- ☑ Hacer ejercicios de relajación (respiración, contracción y relajación muscular).
- ☑ Escuchar música, ver algún vídeo.
- ☑ Darse un baño.

Estrategias de regulación emocional

- ☑ Conocer tus emociones y nombrarlas.
- ☑ Intentar conocer por qué se originan.
- ☑ Descargar las emociones desagradables:
  - Apretar un cubito de hielo hasta que se derrita.
  - Escribir, dibujar y hablar sobre tus emociones.
  - Gritar al aire libre.
  - Pegar a una almohada u objeto suave.
  - Darte una ducha de agua fría.



Hábitos saludables y rutinas

Establecer una rutina que incluya hábitos saludables ayuda a estructurar el día a día y a disminuir mucho la ansiedad:

- ☑ Hacer deporte.
- ☑ Escuchar música.
- ☑ Cuidar de un animal.
- ☑ Ir a dar un paseo.
- ☑ Leer un libro.

Búsqueda de apoyo: red de seguridad

Elegir a una persona a la que acudir en momentos de crisis. Puede ser:

- ☑ Un amigo/a.
- ☑ Tu pareja.
- ☑ Tu hermano/a.
- ☑ Un terapeuta o psicólogo/a.
- ☑ Tu madre o tu padre.
- ☑ Otro/a familiar.
- ☑ Un orientador/a escolar.
- ☑ Un profesor/a.
- ☑ Un médico/a o enfermero/a de atención primaria.

Información para

FAMILIARES Y AMIGOS/AS

La familia y las amistades de la persona que se autolesiona pueden necesitar apoyo para hacer frente a la situación y apoyar a su ser querido, y para esto es importante que reconozcan cuáles son sus propias necesidades.

Cuando un hijo/a, hermano/a o amigo/a se autolesiona, es completamente normal experimentar emociones intensas, como *shock* o negación, confusión, preocupación, enfado, tristeza, frustración o sentimientos de culpa. Si este es tu caso, es importante aceptarlas y expresarlas, siempre con una actitud respetuosa y de apoyo.

Si sospechas que una persona de tu familia o entorno se está autolesionando, es importante que prestes atención a ciertos signos de alarma. La mayoría de las personas que se autolesionan lo mantienen en secreto. No lo cuentan porque sienten vergüenza, culpa o miedo a lo que puedan pensar los demás.

Si las señales de alarma se confirman, intenta abordar el problema lo antes posible. No pienses que va a desaparecer por sí solo –no es lo habitual– y acude siempre a un/una profesional o especialista.

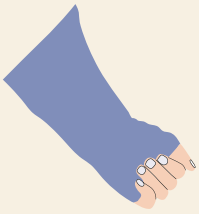
Puede resultarte difícil entender por qué la persona a la que quieres se hace daño a sí misma. La mejor manera de enfocarlo es pensar en este comportamiento como una forma de expresar emociones intensas que no logra manejar de otra forma.

¿CUÁLES SON LAS SEÑALES DE ALARMA DE LAS AUTOLESIONES?

Las autolesiones suelen ser difíciles de identificar porque, en general, se trata de una conducta silenciada y escondida. Por este motivo, puede resultar de ayuda conocer algunas señales que indican que la persona la está llevando a cabo.

Físicas

- Cicatrices o marcas de quemaduras en brazos, piernas y abdomen.
- Cortes o quemaduras frescas.
- Informes frecuentes de daño accidental.



Conductuales

- Ocultación de objetos afilados o bandas de goma.
- Ropa inadecuada para el tiempo que hace (por ejemplo, manga larga cuando hace calor).
- Muchas pulseras para esconder los cortes.
- Impulsividad con comportamiento impredecible.
- Cambios en el comportamiento habitual (más reservado/a o callado/a o más hablador/a que normalmente).
- Abandono de sus actividades regulares.
- Más tiempo solo/a de lo habitual, en su habitación o en el baño.

Emocionales

- Dificultades para regular sus emociones.
- Cambios bruscos de estado de ánimo.
- Sentimientos de desesperanza, impotencia e inutilidad.
- Expresión de ideas de suicidio.

Contextuales

- Eventos vitales significativos (ruptura de pareja, discusiones familiares, enfados con amigos, etc.).
- Cambios en el rendimiento académico.
- Dificultades en las relaciones interpersonales o signos de *bullying*.

¿QUÉ PUEDES HACER SI TU FAMILIAR O AMIGO/A SE AUTOLESIONA?

Es importante tratar de mantener la calma, aunque sea muy difícil. Si te muestras enfadado/a o decepcionado/a, puede empeorar el problema. Tu amigo/a o familiar debe percibir la gravedad de la situación, pero desde una actitud de apoyo. El objetivo es que perciba que puede hablar de ello y que esto le permitirá liberarse.

Algunas pautas para manejar la situación:

Qué actitud adoptar

- Hazle ver que le ofreces escucha, diálogo, comprensión y apoyo.
- Hazle saber que no le estás juzgando.
- Empatiza con sus emociones. Ponerse en su lugar es muy diferente a reforzar su comportamiento.

Cómo tener la conversación

- Busca tiempo para hablar con calma. Puede ser interesante planearlo en torno a otra actividad, como dar un paseo.
- No menciones las autolesiones de inmediato, excepto si se trata de una situación crítica que recomiende preguntar directamente.
- En caso de que no quiera hablar, no le presiones. Proponle que exprese cómo se siente de otra forma (por ejemplo, escribiendo una nota o un correo electrónico) o recurre a otra persona con la que sí quiera hablar.
- No dejes que las autolesiones se conviertan en el foco de la relación con tu ser querido para no hacerle sentir enfermo o un bicho raro.

Qué decir

- Pregúntale si hay algo que le preocupa y cómo se siente.
- Anímale a expresar sus sentimientos y que sepa que estás preparado/a para escuchar activamente y ayudar en lo que sea posible.
- Insístele en que sus emociones son reales e importantes.
- Recuérdale que le quieres y te preocupas por su bienestar.
- Hazle saber que no es un fracaso, sean cuales sean sus dificultades.
- Transmítele confianza en que podrá solucionar la situación y que cuenta con tu apoyo.

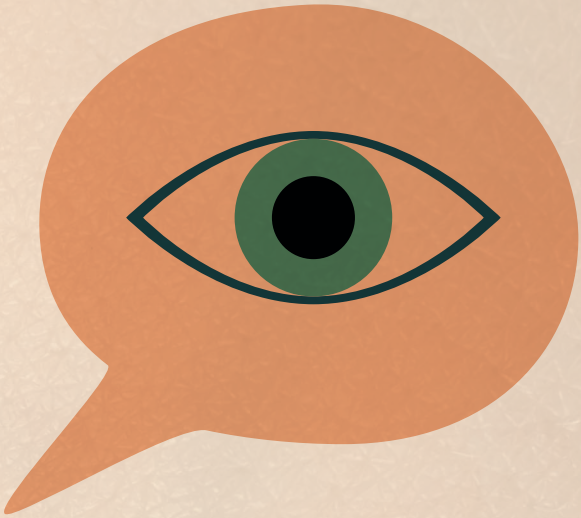
Qué hacer

- Lo primero y más importante es buscar ayuda de un profesional. Le puedes explicar que le quieres ayudar pero que no sabes cuál es la mejor manera. Además, en muchos casos, puede que el/la adolescente no se sienta cómodo para hablarlo en casa.
- Habla con él/ella de las autolesiones con calma y sin juzgar.
- Ayúdale a entender qué cosas han pasado para precipitar la autolesión.
- Acompáñale en la búsqueda de actividades alternativas.
- Busca información sobre autolesiones y cómo ayudar, asegurándote de acudir a fuentes fiables (en el apartado **Más información** de este documento se ofrecen diferentes recursos).

Qué no hacer

- No ignores el problema.
- No opines sobre las autolesiones.
- No te muestres muy nervioso/a o inseguro/a.
- No expreses rechazo por lo que está haciendo.
- No le exijas que te enseñe heridas o cicatrices. Esta es una conducta muy generalizada entre padres y madres y hay que respetar que para algunas personas es algo muy privado.
- No le castigues ni le des un ultimátum o prohíbas la conducta para que deje la autolesión.
- No le hagas prometer que no volverá a autolesionarse.
- No te sientas culpable de que se autolesione ni asumas la responsabilidad de solucionarlo.
- No te centres solo en los detalles de la autolesión (método, frecuencia).
- No le culpes ni le digas que lo está haciendo para llamar la atención.

Información para



PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN

Cuando un/a alumno/a se autolesiona es porque lo está pasando mal y no sabe gestionar sus sentimientos, como la tristeza o el enfado. Algunas personas sienten alivio después de autolesionarse y eso puede hacer que en un futuro utilicen la misma estrategia para gestionar las emociones más intensas o desagradables.

Es importante que el centro educativo tenga un protocolo de respuesta ante los casos de autolesión. Los puntos clave son los que se detallan a continuación.

¿CÓMO IDENTIFICAR LAS AUTOLESIONES? FACTORES DE RIESGO Y SEÑALES DE ALARMA

Las autolesiones pueden ser difíciles de identificar en el ámbito educativo, puesto que la mayoría de adolescentes lo hacen en secreto y les resulta muy difícil hablar de ello. En el caso de que la persona lo llegue a exteriorizar, lo hará con un amigo/a o pareja antes que con cualquier adulto/a. Esto acostumbra a generar malestar y preocupación en estos/as jóvenes, que sentirán inseguridad sobre cómo deben actuar para ayudar a su compañero/a.

Es muy importante que docentes, educadores/as y demás profesionales de los centros educativos conozcan la elevada prevalencia de la autolesión en los/las jóvenes, así como los métodos más habituales y los motivos por los cuales las personas recurren a la autolesión. Recibir formación específica es importante para poder abordar este problema si aparece.

Lo primero para cualquier profesional del ámbito educativo es estar pendiente de las señales de alarma (consultar apartado de información para familiares). Aunque su presencia no implica necesariamente que la persona se autolesione, son de utilidad para poder iniciar una evaluación del caso.

¿CÓMO, CUÁNDO Y QUIÉN DEBE EVALUAR EL CASO?

En el caso de tener una alta sospecha de que un/a estudiante se hace daño intencionalmente, la primera respuesta es muy importante, ya que puede condicionar que él/ella quiera hablar sobre la autolesión y acepte pedir ayuda.

En general, las pautas a tener en cuenta para tratar con adolescentes que se autolesionan son las previamente incluidas para familiares o amigos.

En el ámbito educativo, algunas de las cosas a las que hay que prestar especial atención son:

- ✓ Mostrar una actitud de escucha y apoyo desde la calma y la serenidad.
- ✓ Ser consciente de nuestras propias emociones, pues podrían tener un impacto negativo en el/la joven.
- ✓ Tener en cuenta que puede haber sufrido juicios y estigmatización por el hecho de autolesionarse.

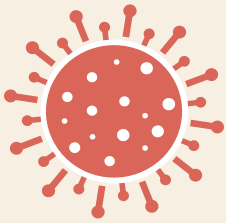
Entre las que no se deben hacer, destacan:

- ✗ Hablar sobre la autolesión del/de la estudiante en clase o delante de sus compañeros.
- ✗ Hacer un debate o hablar sobre la autolesión en clase (partiendo del caso de la persona afectada).
- ✗ Comprometerse con él o ella a que no se le comunicará a nadie su problema con las autolesiones.

¿CUÁNDO Y CÓMO SE DEBE CONTACTAR CON LOS PADRES Y MADRES?

Se recomienda informar a los padres y madres, debido a los riesgos reales y potenciales de la autolesión para la salud del/de la adolescente. En todo caso, primero se debe decir al alumno/a que se va a avisar a su familia.

Puede ser una ayuda informarles sobre los recursos de salud, así como de páginas web en las que pueden documentarse sobre la autolesión (ver apartado de **Más información**). Algunos centros tienen personal de enfermería de salud escolar referente (que forma parte del equipo de pediatría de atención primaria) al que dirigirse.



¿CÓMO PREVENIR EL CONTAGIO SOCIAL?

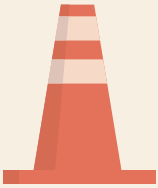
El contagio social se refiere a la propagación de una conducta (en este caso la autolesión) entre los miembros de un grupo. Se identifica cuando hay un número significativo de casos en un mismo grupo, por ejemplo, en una misma clase.

Para prevenirlo, se recomienda no informar al alumnado sobre los casos particulares de autolesión. Además, es bueno proporcionar a los/las estudiantes estrategias de manejo del estrés y de regulación emocional. así como animarles a pedir ayuda cuando sientan malestar. Estas medidas se deben llevar a cabo con todos los/las alumnos/as, ya que, de lo contrario, se puede estigmatizar a aquellos/as que se autolesionan.

Por último, si se detecta un caso de autolesión, se debe abordar individualmente, nunca en dinámicas grupales.

MITOS

sobre las autolesiones



Las autolesiones están rodeadas de mitos, estereotipos que pueden llegar a tener mucha fuerza y condicionar a las personas afectadas y sus familias y también a los/las profesionales de la sanidad y del ámbito educativo. Es importante conocerlos porque pueden ser un obstáculo a la hora de pedir ayuda.

MITO 1

"SOLAMENTE LAS CHICAS SE AUTOLESIONAN"

Se cree que solamente las chicas llevan a cabo estas conductas, sin embargo, esto no es así. Los chicos y las chicas pueden autolesionarse de maneras diferentes o tener motivos distintos para hacerse daño a sí mismos/as, como también pueden hacerlo con los mismos métodos y los mismos motivos.

MITO 2

"LAS AUTOLESIONES SON COSAS DE GRUPOS MINORITARIOS"

Las autolesiones a veces se relacionan con algunas subculturas como la gótica o la *emo*. Aunque pueda existir cierta relación, el hecho de formar parte de alguna de estas subculturas no implica, necesariamente, que sus miembros se hagan daño a sí mismos/as.

MITO 3

"LA GENTE QUE SE AUTOLESIONA LO DEBE DISFRUTAR"

Algunas personas piensan que la gente que se autolesiona disfruta al hacerse daño. Sin embargo, no existe evidencia de que estas personas sientan el dolor de forma diferente.

El dolor físico puede cumplir diferentes funciones. En algunas ocasiones, en personas deprimidas que se sienten entumecidas a nivel emocional, la autolesión es una forma de poder sentir algo, recordar que están vivas. Otras personas describen el dolor como una forma de castigo.

MITO 4

"LA AUTOLESIÓN ES LO MISMO QUE EL SUICIDIO"

Muchas veces cualquier tipo de autolesión se entiende como un intento de suicidio, y esto no es así. Para muchas personas, las autolesiones son una estrategia para afrontar circunstancias y sentimientos complicados y no necesariamente implican ideación o intencionalidad suicida. A pesar de experimentar un importante malestar emocional, no están intentando escapar de estos problemas para siempre, sino que precisamente están intentando afrontarlos.

MITO 5

"LA AUTOLESIÓN NO SUICIDA (ANS) NO ES PELIGROSA"

Algunas personas piensan que hacerse cortes superficiales de vez en cuando no implica un peligro físico. Esta es una idea equivocada, ya que existen algunos factores que hacen que la ANS sea más peligrosa de lo que pueda parecer:

- Muchas personas necesitan autolesionarse cada vez más frecuentemente y de formas más severas para obtener el mismo efecto que las primeras veces. A esto le llamamos tolerancia. Por tanto, lo que empieza como un corte superficial, puede acabar en una conducta que amenace la vida o que conlleve problemas de salud (por ejemplo, infecciones).

- Algunas personas se autolesionan cuando están distanciadas del entorno, del estado físico o emocional (lo que se denomina disociación). Puede que en estos casos las personas no sean tan conscientes de las autolesiones y esto es un riesgo aún mayor.

- La ANS repetitiva es uno de los predictores más fuertes de un intento de suicidio.

MITO 6

"LA AUTOLESIÓN ES UN INTENTO DE MANIPULAR O DE LLAMAR LA ATENCIÓN"

Este es un mito que implica un juicio hacia la persona que se autolesiona, lo cual refuerza el estigma asociado a esta conducta. La gente entiende la autolesión como una llamada de atención, cuando en realidad puede ser solo una expresión de dolor. Algunas personas han aprendido que mediante esta conducta pueden recibir atención por parte de los demás, pero esto no significa que sean manipuladoras, sino que necesitan ayuda por parte de los demás, debido al gran sufrimiento emocional con el que están lidiando.

Una llamada de atención y una petición de ayuda son cosas completamente diferentes. Una autolesión no pretende llamar la atención, sino expresar que la persona no aguanta más su situación o sufrimiento.

MITO 7

"LAS PERSONAS QUE SE AUTOLESIONAN TIENEN UN TRASTORNO MENTAL"

Aunque en muchas ocasiones las autolesiones se asocian con la presencia de algún trastorno mental, no necesariamente es así. Es importante señalar que esta conducta es muy frecuente en la población general de adolescentes. Por eso es importante no hablar de las autolesiones como si fuesen un trastorno mental, ya que pueden aparecer por sí solas, como una forma de lidiar con las dificultades (por ejemplo, el dolor emocional o problemas en las relaciones con los demás).

Más concretamente, las autolesiones están asociadas con el trastorno límite de la personalidad (TLP). Aunque una gran parte de las personas con TLP se autolesionan, esto no implica necesariamente que las personas que llevan a cabo esta conducta tengan este trastorno.

MITO 8

"LA AUTOLESIÓN NO SUICIDA (ANS) ES UNA CONDUCTA PATOLÓGICA E IRRACIONAL"

Aunque la ANS puede parecer difícil de entender para las personas que no han luchado contra ella, esta conducta tiene siempre un propósito importante en el momento en el que se produce y, por este motivo, no es algo irracional o loco.

Las personas que se autolesionan lo hacen, normalmente, para sentirse mejor o para conseguir un alivio emocional. Este efecto, positivo a corto plazo, hace que se pueda mantener en el tiempo. El problema es que la ANS puede implicar consecuencias negativas a largo plazo.

Por tanto, las personas que se autolesionan necesitan aprender nuevas habilidades para substituir la ANS por otras estrategias de afrontamiento del malestar que no tengan consecuencias negativas ni representen un riesgo para su salud.

MITO 9

"TIENES QUE RESOLVER LOS PROBLEMAS DEL PASADO PARA SUPERAR LAS AUTOLESIONES"

Este mito tiene que ver con la idea de que la única forma de recuperarse de las autolesiones es superar todo el dolor, resolver todas las dificultades y solucionar todos los problemas emocionales e interpersonales.

Esta idea es falsa, pues no existe ninguna razón para pensar que haya que esperar a superar todas las experiencias negativas del pasado antes de dejar de autolesionarse. De hecho, es mucho más lógico pensar que dejar de autolesionarse puede ayudar a empezar a resolver el resto de problemas.

MÁS INFORMACIÓN

Profesionales de apoyo

Si necesitas ayuda puedes acudir a tu pediatra, médico/a, enfermero/a de atención primaria u orientador/a escolar. Además, las unidades de salud mental (psicólogo/a, psiquiatra) podrán ayudarte.

Asociaciones/recursos

Tu centro de salud

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (ofrecen información y apoyo y disponen de algunos recursos psicosociales)
www.feafes.com

Grupo de ayuda gratuita para jóvenes con dificultades emocionales (Teléfono de la Esperanza de Gipuzkoa):
badabidebat.eus/es

Página web del Grupo de Estudio y Tratamiento de la Autolesión (GRETA) (grupo de expertos que realiza investigación, tratamiento y formación):
es.answers.cat

Sociedad Internacional de Autolesión:
www.autolesion.com

Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio:
www.redaipis.org

Fundación Española para la Prevención del Suicidio: fsme.es

Teléfonos de atención

Urgencias:
061 o **112**

Servicio nacional de atención al suicidio:
024
(línea anónima, confidencial y gratuita atendida por personal especializado)

Teléfono de la Esperanza:
777 003 717
(atención de crisis 24 horas en las principales poblaciones españolas)
www.telefonodelaesperanza.org

Teléfono de la Esperanza Bizkaia:
944 100 944

Teléfono de la Esperanza Gipuzkoa:
900 840 845

Teléfono de la Esperanza Barcelona:
934 144 848 / **682 900 500**

Asociación la Barandilla:
911 385 385
(psicólogos voluntarios con escuchas de hasta 45 minutos)
www.labarandilla.org

Línea de atención gratuita para prevenir el suicidio del Ayuntamiento de Barcelona:
900 925 555

Línea de ayuda a menores de la Fundación ANAR:
900 202 010
www.anar.org

Aplicaciones móviles

Prevensuic: app para adolescentes y de apoyo a familiares.
Descarga disponible en www.prevensuic.org

Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD