



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Revisión bibliográfica de las conductas
autolesivas en la adolescencia:
tratamiento desde un enfoque Cognitivo-
Conductual**

Autor/a: Inês María Stock da Cunha Bastos Saragoça
Director/a: Roncesvalles Ibarra Larrión

Madrid
2022/2023

Tabla de contenido

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
1. Introducción	4
2. Marco teórico	7
2.1. Conductas autolesivas	7
2.2. Métodos de autolesión y zonas del cuerpo	7
2.3. Funciones que cumplen las CASIS	10
2.4. Factores de riesgo	14
3. Tratamientos	16
3.1. MACT (Manual-Assisted Cognitive-Behavioral Therapy)	16
3.2. CDP (Cutting Down Program)	17
3.3. DBT-A (Dialectical Behavior therapy for Adolescents)	18
4. Conclusión y discusión	20
5. Bibliografía	23
6. Anexo	29

RESUMEN

Las conductas autolesivas han adquirido mucha importancia en los últimos años, afectando sobretodo a los adolescentes. El objetivo del presente trabajo es describir qué son las conductas autolesivas (teniendo en cuenta su largo recorrido teórico), cuáles son sus métodos y zonas del cuerpo más comunes, cuáles son las funciones que desempeñan, así como los factores de riesgo predominantes, y, por último, cuáles son los tratamientos más eficaces. Así pues, tras hacer una investigación profunda, se alude a los tratamientos cognitivos conductuales, tales como el MACT (Manual-Assisted Cognitive-Behavioral Therapy), el CDP (Cutting Down Program) y el DBT-A (Dialectical Behavior Therapy for Adolescents).

Palabras clave: autolesiones; conductas autolesivas sin intención suicida (CASIS); adolescencia; terapia cognitivo conductual

ABSTRACT

Self-injuries behaviors have become very important in recent years, affecting especially adolescents. The main goal of this bibliographic review is to describe what self-injuries behaviors are (considering its long historical journey), what are the common methods and areas of the body, what are the functions they perform, as well as the predominant risk factors, and finally the most effective treatments. Thus, after doing an in-depth investigation, the most effective treatments are Cognitive-Behavioral, such as MACT (Manual-Assisted Cognitive-behavioral Therapy), CDP (Cutting Down Program) and DBT-A (Dialectical Behavior Therapy for Adolescents).

Key words: Self-Injuries; Non-suicidal Self-injuries; Adolescence; Cognitive-Behavioral Therapy

1. Introducción

En las últimas décadas, se ha visto un aumento significativo de las conductas autolesivas, y, con ello, la preocupación de los profesionales de la salud, así como la sociedad en general. A pesar de haber una mayor conciencia sobre este problema, sigue habiendo una falta de acuerdo acerca de cómo describir las conductas autolesivas, las funciones que cumplen y también sus factores de riesgo (Ancajima, 2020).

Así pues, a lo largo de los años, las conductas autolesivas han adquirido diferentes nombres para referirse a lo mismo, algunos de ellos son “parasuicidio”, “autolesión deliberada” o como se presenta en el DSM-V “Non Suicidal Self-Injury” (NSSI), en español “Conductas autolesivas sin intención suicida” (de aquí en adelante “CASIS”) (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013). Es importante prestar especial atención al hecho de que no siempre han diferenciado las conductas autolesivas con intención suicida de las que no la tienen, y a día de hoy, muchos autores las siguen viendo iguales, aunque muchos otros ven la necesidad de diferenciarlo.

Al hilo de lo anterior, es fundamental saber que hay una estrecha relación entre conductas autolesivas y el suicidio. Según Villarroel et al. (2013), la principal diferencia entre ambas conductas reside en que las conductas autolesivas tienen un impacto directo sobre el cuerpo de la persona y de corto plazo. Además, la persona realiza la acción varias veces, no como forma de acabar con su vida, sino más bien como forma de disminuir sus emociones negativas, y regular sus emociones ante circunstancias de la vida que son estresantes.

A continuación, se hará alusión a la evolución del término para entender cómo se tendrá en cuenta en el presente trabajo. Así pues, el primer autor que intentó dar una definición a este término fue Karl Menninger en 1913, en su libro, en el cual el término que utilizaba era “automutilación” y su objetivo final era el suicidio. Durante muchos años se mantuvo ese término para describir conductas con y sin intención suicida, y más tarde aparecen autores que quedan insatisfechos con esa definición, y, por ende, buscan una definición que pueda diferenciar las conductas autolesivas con intención suicida, de las que no la tienen (Arrieta, 2020).

A partir de los años 80, autores como Pattison y Kahan, plantearon el “síndrome de autolesión deliberada”, en la cual la persona no tenía control, y por tanto tenía un impulso para autolesionarse. En 2009, Shaffer y Jacobson, aportan evidencias de que un

individuo que se autolesiona no tiene por qué tener un trastorno límite de la personalidad, y, por ende, debería de tener un diagnóstico propio (Cipriano et. al, 2017).

Por consiguiente, hasta el año 2013, las conductas autolesivas eran entendidas de varias formas según el autor que las describiese. Algunos se referían a ellas como un acto de hacerse daño a uno mismo sin intención suicida, otros añadían a esa definición la intención suicida, y otros lo entendían como un síndrome de autodestrucción (De la fuente, 2018).

Así pues, en 2013, debido a la gravedad del tema, al aumento de preocupación por este y la falta de consenso por parte de diferentes autores, el DSM-V presenta el Non Suicidal Self-Injury, como un diagnóstico propio (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013).

Del mismo modo, no solo aludimos a los antecedentes y evolución de las conductas autolesivas, sino también al momento vital en las que tienen más incidencia, siendo este la adolescencia. Varios estudios como el de Cifuentes (2018), el de Magán (2017) y el de Marín (2013), evidencian que la edad de inicio de las CASIS es entre los 11- 13 años. Así mismo, esta conducta es persistente hasta el final de la adolescencia e incluso hasta el inicio de la adultez joven (Ancajima y Cortez, 2022).

El periodo de la adolescencia es de crucial importancia a la hora de ver las incidencias de las conductas autolesivas. Como bien se sabe, la adolescencia es un periodo vital en el cual se producen muchos cambios a nivel personal (físico y psíquico), social y familiar, en el que el individuo se empieza a dar cuenta de cuál es su rol en la sociedad y no solo eso, también las responsabilidades que eso conlleva (Santiago, Esquirol y Fernández, 2006).

Asimismo, es un momento vital ya que, con tantos cambios, los adolescentes necesitan encontrar la aprobación por parte del grupo de pares, y, por ello, muchas veces se implican en actividades que pueden ser consideradas de riesgo. Debido a lo mencionado anteriormente, los padres tienden a castigar a sus hijos, y esto conlleva a situaciones conflictivas en la familia. Así pues, gran parte de las veces los padres no son conscientes de que sus hijos están creciendo y ello implica que estén más distanciados, que le den mucha importancia al grupo de pares, que tengan secretos... y todo esto puede provocar que el vínculo con la familia se debilite (Arrieta, 2020).

Como consecuencia, hay padres que empiezan a ser muy permisivos y dejan de prestar atención a sus hijos, y, por tanto, los hijos dejan de tener un espacio seguro en el

cual pueden contar lo que les pasa (tanto positivo como negativo), y empiezan a guardarlo todo para ellos (Ancajima, 2020).

Por otro lado, como se ha mencionado anteriormente, es un periodo de cambio, y por tanto la sexualidad estará muy presente en la vida de los adolescentes. Estos suelen experimentar los cambios como algo dramático ya que para ellos lo único importante es el enamoramiento, las amistades, la imagen, la independencia y, por ende, todas las responsabilidades que la sociedad les exige, les desborda. Asimismo, los adolescentes van a experimentar una serie de pensamientos, emociones, situaciones que no van a saber abordar, y como no tienen ese lugar seguro en casa donde poder hablar sobre lo que les pasa, lo van a afrontar de manera inadecuada. Estas pueden ser, por ejemplo; a través de la inhibición, el consumo de alcohol y drogas, dañando su cuerpo y como situación extrema pueden incluso preguntarse sobre el sentido que tiene su existencia (Santiago, Esquirol y Fernández, 2006).

Encuadrando el presente trabajo en la cultura y sociedad actual, queda clara la necesidad de hacer una revisión de los conocimientos ya existentes, con el objetivo de desarrollar tratamientos eficaces que permitan la reducción de estas conductas tan perjudiciales. Por ello, el propósito de esta revisión bibliográfica es;

1. Definir qué son las conductas autolesivas, así como los métodos y zonas más comunes.
2. Identificar la funcionalidad de las conductas autolesivas en la vida de los adolescentes.
3. Identificar los factores de riesgo.
4. Definir los tratamientos de las conductas autolesivas más eficaces.

2. Marco teórico

2.1. Conductas autolesivas

En el presente trabajo se entenderá como **Conducta autolesiva sin intención suicida** (CASIS), “cualquier comportamiento que causa una destrucción leve-moderada inmediata de la superficie corporal, ocasionando sangrado, hematoma o dolor, y realizada de manera deliberada, auto dirigida, directa y en ausencia de intencionalidad suicida” (Arrieta, 2020; Villarroel et al., 2013). Se alude al término “deliberada” para hacer hincapié en que no es un accidente, el individuo lo realiza de forma voluntaria. “Auto dirigida”, porque la conducta la realiza el propio individuo (no terceros). “Directa” porque implica que haya una lesión (herida) inmediatamente después de la acción, y, por último, que no tenga como finalidad la muerte.

Esta definición excluye cualquier acto ritual y práctica cultural, ya que en algunas culturas las CASIS se llevan a cabo de generación en generación, como tradiciones con un significado simbólico. También se excluyen comer en exceso, fumar o beber, ya que estos, aunque causan un daño, es indirecto, debido a que la principal motivación es el placer (Villarroel et al., 2013).

2.2. Métodos de autolesión y zonas del cuerpo

A lo largo de los años ha habido varios intentos de estudio para describir la prevalencia de las CASIS, ya que hay varios factores como puede ser el género o la edad, que son de vital importancia para poder avanzar en el conocimiento de estas conductas.

Así pues, tras varios años de investigación, varios autores afirman que existe un mayor número de mujeres que de hombres que se autolesiona, mientras que otros no ven diferencias (Suyemoto y MacDonald, 1995; Muehlenkamp y Gutiérrez, 2004). Aludiendo a la edad, existen estudios más recientes que indican que entre el 14% y el 24% de los individuos que se autolesionan, son adolescentes (Heath, Schaub, Holly, y Nixon, 2008).

En estudios más recientes (Rodham, Hawton y Evans, 2004), se aprecia que no es cuestión de ver la prevalencia en cuanto al género, sino la prevalencia en otros aspectos como, por ejemplo, cómo se emplea la autolesión o la zona del cuerpo (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis y Walsh, 2011).

A continuación, se mencionan estudios que han sido llevados a cabo para identificar los métodos de autolesión más comunes, la frecuencia con la que lo hacen, y las zonas del cuerpo donde se llevan a cabo.

En el año 2012, Sornberger, et al. llevaron a cabo un estudio en la Ciudad de Kansas, referente a las CASIS en una población no clínica con adolescentes, cuyos resultados sobre los métodos autolesivos se pueden apreciar en la tabla 1.

Tabla 1.
Porcentaje de métodos autolesivos según el género

Método de autolesión/ Género	Chicas	Chicos
Cortarse	78.6%	55.9%
Rascarse	52.0%	37.3%
Pegarse a uno mismo	23.5%	38.0%
Darse con la cabeza	23.2%	36.9%

Los métodos más usados han sido los cortes, rascarse, pegarse a uno mismo y darse con la cabeza. Así pues, las chicas de este estudio eran más propensas a usar el método del corte y el de rascarse, mientras que los chicos a pegarse a sí mismos y darse con la cabeza en algún lado. Así pues, una diferencia clara que podemos ver es que hay algunas conductas que causan sangre y otras no. Esto está relacionado con la importancia que tiene ver sangre durante una CASIS, ya que se utiliza como método para calmar y para aliviar tensión. Aunque en este estudio se haya visto que las chicas son las que utilizan métodos en los cuales aparece sangre, Glenn y Klonsky (2010), no ven diferencias significativas en el género a la hora de evaluar la importancia de ver sangre tras autolesionarse.

Referente a la frecuencia con la que los individuos se autolesionan, se menciona un estudio llevado a cabo por De la Cruz (2021), en Perú, con una muestra de 459 adolescentes con edades de entre 12 a 17 años de edad. De esta muestra, 91 participantes presentan conductas autolesivas, y cuyos resultados se muestran en la tabla 2.

Tabla 2.
Frecuencia de conducta autolesiva

Conducta autolesiva	Total
Una vez	68,1%
Tres o cuatro veces	19,8%
Cinco o más veces	12,1%

La tabla nos muestra que un 68,1% de los participantes se han autolesionado por lo menos una vez, 19,8% entre tres y cuatro veces, y un 12,1% cinco o más veces. La frecuencia con la que uno se autolesiona no solo es importante para ver en qué punto se encuentra, si no también para poder realizar un diagnóstico según el DSM-5, ya que la frecuencia aparece en el criterio A (mirar anexo 1).

En cuanto a las zonas del cuerpo, hasta el año 2012, solo ha habido un estudio que haya investigado si existen diferencias de género a la hora de ver las zonas de autolesión, siendo este estudio el de Whitlock et al., en 2006, pero la población no eran adolescentes, sino jóvenes adultos (Sornberger et al., 2012). Aun así, sirve de punto de referencia para hacernos una idea de lo que esperar de los resultados. Los resultados acerca de las zonas del cuerpo más comunes de autolesión se pueden apreciar en la tabla 3.

Tabla 3.
Porcentaje de zonas del cuerpo comunes para autolesionarse según el género.

Zona de autolesión/ Género	Chicas	Chicos
Brazos	85.5%	76,7%
Piernas	47.4%	30,1%
Genitales	0.8%	3,9%
Cara	10.7%	25.1%
Estómago	20,0%	19,7%
Pecho	6.3%	18.3%

Las zonas más comunes han sido los brazos, las piernas, los genitales, la cara, el estómago y el pecho. Se aprecia cierta diferencia entre chicas y chicos, siendo las chicas más propensas a autolesionarse en los brazos y piernas, mientras que los chicos lo hacen con más frecuencia en los genitales, la cara y el pecho, dejando el estómago sin diferencia significativa. En 2008, Nock intenta dar una posible explicación a esta diferencia apreciada en el género. Por ello, explica que en algunos casos (no se puede generalizar), la zona de autolesión tiene que ver con el mensaje que los individuos quieren transmitir

a los demás. Por tanto, lo que viene a decir es que, si un chico aparece con heridas en la cara o en el pecho, siempre se puede asumir que ha sido por meterse en una pelea y por tanto no siente esa necesidad de ser visto como una víctima. Mientras que las chicas lo hacen en zonas fáciles de esconder, donde nadie hará preguntas.

Al hilo de lo anterior, Walsh 2006 (citado en el artículo de Sornberger, 2012), afirma que las zonas más sensibles del cuerpo coinciden con la zona donde se autolesionan los hombres (la cara, genitales y pecho) y, por tanto, mirando desde otra perspectiva, podría considerarse que tienen mayor riesgo médico de sufrir alguna lesión grave.

En base a lo mencionado, se aprecia la importancia que tiene la función de la autolesión en la vida de la persona, ya que dependiendo de cual sea la motivación, la autolesión puede poner en más o menos riesgo al individuo. Así pues, a continuación, se mencionarán las diferentes funciones que pueden tener las CASIS.

2.3. Funciones que cumplen las CASIS

Las CASIS van a cumplir una serie de funciones que serán diferentes e individuales de cada persona. Así pues, a lo largo de los años se han elaborado una serie de clasificaciones, de las cuales hay dos que han tenido más éxito que las demás, y son las que se siguen utilizando hoy en día.

La primera clasificación la hicieron los autores Nock y Prinstein (2004), proponiendo un modelo que nos permite entender los procesos que originan y mantienen las CASIS (Ancajima, 2020). De este modo, se basa en dos dimensiones principales de las cuales salen 4 modelos.

La **primera dimensión** se divide en: **automática/intrapersonal y la social/interpersonal**. Ambas aluden a la regulación y estado, pero la primera hace referencia al estado interno, mientras que la segunda a cambios del entorno externo. De igual manera, la **segunda dimensión** se divide en: **refuerzo positivo y refuerzo negativo**. La primera hace referencia a que después de la CASIS se da un estado positivo o deseable, mientras que, en la segunda, va seguido de una disminución o eliminación de un estado negativo (Arrieta, 2020). En la tabla 4, se pueden apreciar los 4 modelos que salen al combinar estas dos dimensiones.

Tabla 4.
Modelo de las 4 funciones de las CASIS

	Automática/ Intrapersonal	Social/ interpersonal
Refuerzo negativo	Función de refuerzo negativo intrapersonal	Función de refuerzo negativo interpersonal
Refuerzo positivo	Función de refuerzo positivo intrapersonal	Función de refuerzo positivo interpersonal

En la dimensión automática/intrapersonal, las dos funciones que salen de la combinación son:

- La **función de refuerzo negativo intrapersonal**, el individuo lo que pretende conseguir con la CASIS, es una reducción o incluso eliminación de un estado emocional o afectivo negativo, como pueden ser pensamientos de suicidio o sentimientos de tristeza, o ira (Nock y Prinstein, 2004).
- La **función de refuerzo positivo intrapersonal**, la persona pretende generar un estado emocional o afectivo agradable o deseable, como puede ser sentimientos positivos o incluso sentir algo, lo que sea y en este caso es dolor (Nock y Prinstein, 2004).

En la dimensión social/interpersonal, las funciones que salen de la combinación son la siguientes:

- **Función de refuerzo negativo interpersonal**, se utiliza la CASIS para huir de situaciones sociales no deseadas, como puede ser escapar de una discusión o un posible castigo (Nock y Prinstein, 2004).
- **Función de refuerzo positivo interpersonal**, propone utilizar la CASIS con el objetivo de conseguir una respuesta social que sea aceptada por los demás, por ejemplo, aceptación por parte del grupo de pares (Nock y Prinstein, 2004).

La otra clasificación es la de Klonsky, quien hace una revisión de la literatura que ya existe, y a raíz de eso, ordena las diferentes funciones en lo que serán 7 modelos explicativos. Es fundamental entender que los modelos explicativos no son excluyentes, y que, por tanto, se pueden dar varios a la vez (Klonsky, 2007; Klonsky y Muehlenkamp, 2007).

1. El **modelo de la regulación del afecto** hace referencia a que el individuo utiliza la CASIS para eliminar o por lo menos reducir un estado afectivo o emocional que considera negativo. Ejemplos de esto pueden ser sentimientos de enfado, de tristeza o de ansiedad. Así pues, los individuos más propensos a autolesionarse por este motivo son los que tienen una vulnerabilidad biológica a ser más inestables emocionalmente, y, también, las personas que no hayan adquirido las estrategias adecuadas para combatir estos sentimientos (Klonsky, 2007).
2. El **modelo de anti-disociación** alude a que la persona se autolesiona debido a que tienen momentos de desrealización o despersonalización, y a través de la autolesión es como si se le diera un shock al cuerpo, y así recuperar el sentido propio (volver a la realidad). Por ejemplo, el individuo se puede sentir irreal, o directamente no sentir nada (Klonsky y Muehlenkamp, 2007)
3. El **modelo anti-suicidio** apunta a que se utiliza la autolesión como estrategia de afrontamiento de la ansiedad de origen interno o externo (mecanismo de defensa), para resistir las ganas o impulso de intento de suicidio. Por tanto, alivia un estado muy intenso y negativo que podría conllevar a que la persona se quiera suicidar (Klonsky y Muehlenkamp, 2007)
4. El **modelo de los límites interpersonales** refiere que las CASIS se llevan a cabo como forma de precisar los límites del yo. Por ejemplo, que la persona se corte, permite ver que la persona está separada del ambiente y de otras personas (Arrieta, 2020).
5. El **modelo de la influencia interpersonal** se usa la CASIS para influenciar o manipular a otras personas de su ambiente (Klonsky, 2007). Es decir, como forma de tener la atención de ciertas personas, y suele ser debido a que carecen de cariño o amor. Así mismo, hay una mínima parte de individuos que al autolesionarse consiguen vincularse con amigos que también se autolesionan. Se entiende como “pedido de ayuda silencioso” (Arrieta, 2020)
6. El **modelo del autocastigo** emplea la autolesión como forma de hacerse daño a uno mismo, que implica cierto odio o aversión hacia la propia persona. Esto permite eliminar sentimientos de culpa o decepción que les obliga a tener que hacerse daño.
7. El **modelo de la búsqueda de sensaciones** utiliza las CASIS para generar excitación, es decir, emociones muy intensas como puede ser la euforia. La

diferencia de este modelo en relación con todos los demás, es que este se puede hacer con amigos, mientras que los demás se suelen hacer a escondidas, en privado.

Habiendo explicado ambos modelos, en el año 2021, Pérez y sus colaboradores, llevaron a cabo un estudio en España aludiendo a las CASIS, en una población no clínica de adolescentes de entre 10 y 19 años, cuyos resultados acerca las funciones que cumplen, se pueden ver en la tabla 5.

Tabla 5.

Porcentaje de las funciones que tienen las CASIS en los individuos

Funciones	Participantes
Regulación del afecto	54,30%
Autocastigo	45,20%
Anti-disociación	44,70%
Demostración de tenacidad	42,50%
Influencia interpersonal	38,80%
Límites interpersonales	34,70%
Anti-suicidio	33,80%
Búsqueda de sensaciones	26,90%

Como se puede apreciar en la tabla, las funciones más destacables son las del modelo de Klonsky, con más de la mitad siendo la regulación del afecto. Si bien la “demostración de tenacidad” no aparece en el modelo de Klonsky, me parece importante resaltar que un 42,50% de las personas lo consideran como una razón para llevar a cabo las CASIS, y esto no se puede ignorar. Asimismo, refiriéndonos al modelo de Nock y Prinstein (2004), se puede decir que casi la mitad de los participantes refieren a las CASIS debido a funciones intrapersonales, mientras que un tercio, a funciones interpersonales.

Por tanto, ubicar la función que está llevando a cabo la CASIS, es importante para entender el por qué de la conducta y también, para poder identificar los factores de riesgo que hagan más propensos a los adolescentes a recurrir a ellas.

2.4. Factores de riesgo

Poder definir los factores de riesgo es de gran ayuda a la hora de identificar las CASIS a tiempo, e incluso para poder desarrollar factores de protección para estos individuos. Así pues, Klonsky y Glenn (2008), afirman que no existe una relación causal respecto a las autolesiones, ya que estas van a depender del contexto ambiental, así como de la herencia biológica (vulnerabilidad). A continuación, se mencionan 4 tipos de variables; las sociodemográficas, las caracteriales, las psicopatológicas y las psicosociales.

2.4.1. Variables sociodemográficas

Como se ha visto a lo largo de esta revisión sistemática, la población adolescente y los jóvenes adultos, son más propensos a desarrollar este tipo de conductas, siendo la edad de inicio entre los 11-14 años (Klonsky et al., 2014).

Es cierto que algunos autores consideran que existen diferencias de género en cuanto a la proporción de hombres y de mujeres que se autolesionan, mientras otros afirman que esa proporción es igual. Así pues, no es una diferencia en cuanto a quién es más probable que se autolesione, sino más bien, una diferencia en el método de autolesión y la zona del cuerpo. Las mujeres tienden a cortarse en los brazos y piernas, mientras que los hombres suelen golpearse en la cara y en el pecho (Sornberger, et al 2012; Klonsky y Muehlenkamp 2007).

También se ha visto que la sexualidad y la preocupación que se tiene por esta tiene un gran papel a la hora de autolesionarse. Por ello, tener una orientación homosexual o bisexual aumentan la probabilidad de riesgo de autolesionarse (Hawton et al., 2002).

2.4.2. Variables caracteriales

Como se ha visto en las funciones de las CASIS descritas por Klonsky (2007), los individuos que sufren de emociones negativas intensas son más proclives a recurrir a este tipo de conductas. Por consecuencia, los rasgos de personalidad más característicos son la impulsividad y la desregulación emocional, debido a que el periodo de la adolescencia es en el que se sufre más cambios (Ancajima, 2020; De la fuente, 2018). La impulsividad se aprecia en la urgencia que el individuo tiene a la hora de dar una respuesta a emociones negativas, y la desregulación emocional se aprecia en los déficits de autorregulación emocional (De la fuente, 2018).

Del mismo modo, los adolescentes que acaban autolesionándose, tienen una autoestima baja asociada a una imagen negativa de sí mismo y sentimientos de fracaso, así como la tendencia a realizar atribuciones internas negativas sobre aspectos negativos de sus vidas (Frías et al., 2012).

Por último, hay estudios que señalan que adolescentes que llevan a cabo las CASIS, muestran problemas a la hora de expresar y de identificar sus emociones y sentimientos (De la fuente, 2018; Klonsky y Muehlenkamp, 2007).

2.4.3. Variables psicopatológicas

Desde un inicio, se entendían las CASIS como síntoma del trastorno límite de la personalidad (TLP), tras mucha investigación, se describe las CASIS como un diagnóstico propio del DSM (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013). Asimismo, también se ha apreciado una estrecha relación con trastornos de ansiedad y de depresión, así como trastornos alimenticios y por déficit de atención e hiperactividad (De la Fuente, 2018; Klonsky y Muehlenkamp, 2007; Hawton et al., 2002).

2.4.4. Variables psicosociales

Como se ha dicho al principio en los factores de riesgo, el entorno social y relaciones interpersonales en el que se sitúa el individuo es de suma importancia ya que pueden desencadenar que este se autolesione y, a su vez, puede ser la razón de mantenimiento de dicha conducta (De la fuente, 2018). Por lo tanto, se ha asociado las autolesiones con separaciones en la infancia, existencia de relaciones disfuncionales en la familia, sobretodo con las figuras de apego, problemas a nivel marital; así como maltratos físicos, emocionales o sexuales (De la fuente, 2018; Ancajimar, 2020; Frías et al., 2012).

En cuanto a conflictos en relaciones interpersonales que el individuo pueda presentar, suelen existir evidencias de bullying, y de rechazo social, y, por tanto, puede ser un predisponente para las CASIS (Frías et al., 2012). Además, otro factor que ha conseguido llamar la atención de diferentes autores y que podría ser un motivo de mantenimiento de CASIS, es el de la imitación o modelado. Es decir, adolescentes que se autolesionan y tienen en su entorno personas (familiares o amigos) que también se autolesionan (Frías et al., 2018).

Así pues, los factores de riesgo mencionados anteriormente nos permiten identificar con tiempo las CASIS, y de esta forma poder impedir que se lleven a cabo y también poder desarrollar un plan de tratamiento individualizado para cada sujeto.

3. Tratamientos

Los tratamientos para las conductas autolesivas se han venido estudiando durante mucho tiempo, y la realidad es que hay un volumen muy pequeño de investigaciones sobre las CASIS. Del mismo modo, las investigaciones que existen pretenden reducir las CASIS entendiéndolas como un síntoma de otro trastorno, como puede ser el límite de la personalidad o el depresivo. Así mismo, otra limitación a la hora de desarrollar un tratamiento eficaz es el hecho de que es difícil distinguir entre conducta autolesiva con intención suicida de la que no la tiene. Por todo ello, existen muchas terapias que muestran ser eficaces, pero ninguna que sea exclusiva para el tratamiento de autolesiones en adolescentes (Mollà et al., 2015).

Así pues, de todas las escuelas, la que más funciona es la terapia cognitivo-conductual. Este tipo de terapia se formó en base a dos modelos ya existentes, y, por tanto, consta de procesos cognitivos y estrategias conductuales, cuyo objetivo es conseguir cambios conductuales y cognitivos a la vez. Así pues, el objetivo principal es conseguir una eliminación, una implementación o sustitución de la conducta desadaptativa, a través del cambio conductual, cognitivo y emocional (Robles, 2019). Es un modelo centrado en los síntomas del paciente, en los problemas, y, por ende, conseguir que estos disminuyan o se eliminen.

Por ello, se mencionará el MACT (Manual-Assisted Cognitive-Behavioral Therapy), CDP (Cutting Down Program) y también, el DBT-A (Dialectical Behavior Therapy for Adolescents), ya que han demostrado una disminución significativa de conductas autolesivas, ideación suicida, depresión y ansiedad.

3.1. MACT (Manual-Assisted Cognitive-Behavioral Therapy).

Antes de usar el MACT se utilizaba la terapia de solución de problemas, pero debido a que no integraba otras estrategias (a parte de la solución de problemas), no mostraba ser efectiva. Así pues, la MACT se basa en esta terapia, añadiendo a la solución de problemas

técnicas cognitivas y estrategias de prevención de recaídas. De tal manera, consta de 6 sesiones descritas en el manual y cuyo contenido a tratar incluye; la resolución de problemas, las ventajas e inconvenientes que tiene la conducta de autolesionarse, aportar estrategias cognitivas para poder afrontar pensamientos y emociones negativas que tenga el individuo y, además, buscar estrategias de afrontamiento y prevención de recaídas (Mollá et al., 2015).

Así pues, Tyrer et al., en los años 2003 y 2004, realizan un estudio con una muestra mayor a la de años anteriores, y llegaron a la conclusión de que el beneficio de la intervención supera el coste de la misma (teniendo en cuenta que los casos de TLP son una excepción, y, por lo tanto, el coste de la intervención es mayor que el beneficio).

Así mismo, esta terapia tiene un inconveniente y es que se desarrolló con el fin de ayudar a la población general, por tanto, no es exclusivo para adolescentes. Por ello, Taylor et al., en 2011, desarrollaron el “The cutting down program”, el cual fue adaptado del MACT, pero exclusivamente para adolescentes.

3.2. CDP (Cutting Down Program)

Este programa está diseñado para adolescentes y cuya duración es de 8-12 sesiones de terapia individualizada y está dividida en 4 partes en las que cada una tratará una fase específica. Según describe Mollà et al., (2015), las 4 partes son;

- **“What’s going on?”**, es decir “¿Qué está pasando?”. Se introduce las autolesiones y la terapia aporta un punto de vista acerca de las emociones y problemas del individuo, así como los objetivos a los que se pretende llegar y lo que significa el cambio.
- **“Feelings, thoughts and behaviors”**, es decir, “sentimientos, pensamientos y comportamientos”. A través de actividades y juegos, se identifica y gestiona la depresión, y pensamientos negativos concretos que la persona tenga.
- **“Coping strategies”**, es decir, “estrategias de afrontamiento”. Consiste en introducir un módulo de resolución de problemas, mindfulness, asertividad y también otras alternativas a las autolesiones.
- **“On you go!”**, es decir “¡ahí vas!”. La última parte del programa, en la cual se revisan los objetivos planteados en la primera parte, se identifican los desencadenantes y se desarrolla con el paciente un “botiquín de

primeros auxilios” y una “caja de herramientas” con habilidades para reforzar lo trabajado durante todo el programa.

Taylor et al., (2012), realizaron un estudio con una muestra pequeña de 24 adolescentes de 12 a 18 años. Al poner en práctica este programa, encontraron diferencias significativas en cuanto a la disminución de las conductas autolesivas y síntomas depresivos y de estado-rasgo. Así mismo, Fischer et al., (2019) realizaron un estudio cuyo resultado indica que los pacientes que recibían dicho tratamiento disminuían significativamente las CASIS, intentos de suicidio y síntomas de depresión, así como un aumento en la calidad de vida. Del mismo modo, también indica que tras la sesión de “follow up” (de seguimiento) los resultados se mantienen en el tiempo, y, por ende, es un programa efectivo cuyos resultados además de positivos, son duraderos (Kaess et al., 2019).

3.3.DBT-A (Dialectical Behavior therapy for Adolescents)

La DBT, es la terapia cognitiva-conductual que muestra más evidencia en cuanto a la disminución de CASIS, una terapia creada por Linehan. Esta terapia integra el entrenamiento en habilidades, en solución de problemas y en reestructuración cognitiva con mindfulness, la exposición con prevención de respuesta, manejo de contingencias, la validación y aceptación. Esta terapia está enfocada sobretodo en pacientes con trastorno límite de la personalidad, con ideas suicidas, así como CASIS. Lo destacable de esta terapia es que asume que pueden existir visiones opuestas en una persona y que esto puede generar conflicto (Mollá et al., 2015).

Al igual que el tratamiento anterior, la DBT también ha tenido una adaptación para adolescentes (DBT-A) hecha por Miller et al. 2007, introduciendo algunos cambios (MaCPherson et al., 2013). El **primero** es incluir a miembros de la familia en grupos de terapia (para familias) para que estos puedan adquirir las habilidades necesarias para proporcionar a sus hijos apoyo y validación parental. El **segundo cambio** es añadir sesiones de terapia familiar, ya que muchas veces detrás de la CASIS hay un conflicto en la relación con la familia. El **tercer cambio** es enseñar tres dilemas que se dan entre el adolescente y la familia, pudiendo trabajar en encontrar un punto medio en vez de polos opuestos. Los tres dilemas son:

- **Extrema blandura vs. Control autoritario.** Hace referencia al hecho de poner demasiadas demandas o límites en el adolescente, o al revés, dejarles ser libres y autónomos sin ponerles límites ni normas.
- **La normalización de comportamiento patológico vs. Patologizar el comportamiento normativo.** Tiene que ver con asociar los comportamientos de los adolescentes como desviados o fuera de la normalidad, o, por lo contrario, fallar a la hora de identificar dichos comportamientos como desviados.
- **Autonomía forzada vs. Fomentar la dependencia.** Se refiere a actuar de forma que inhibe la autonomía de los adolescentes o lo contrario, cortar lazos con los hijos para que estos sean autosuficientes.

El **cuarto cambio** tiene que ver con la duración de la terapia, ya que la DBT para adultos tiene una duración de 1 año, mientras que la adaptación lo han reducido a 16 semanas. Este cambio se ha hecho para que sea más atractivo para los adolescentes, y, por lo tanto, el contenido que se ve incrementa en estas 16 semanas.

El **quinto cambio** es una segunda fase de tratamiento, que dura otras 16 semanas, pero estas son opcionales. Se da la opción a los jóvenes de seguir en caso de querer consolidar las habilidades que se les ha enseñado anteriormente. El **sexto cambio** tiene que ver con las habilidades que se enseñan. En el DBT para adultos, los módulos se dividían en 4 (Mindfulness, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al estrés), mientras que en DBT-A, se añade un módulo más, siendo este “walking in the middle path” (MaCPherson et al., 2013). El objetivo de este último módulo es poder encontrar un punto medio en los dilemas adolescente-familia (mencionados anteriormente) y también enseñar lo que es la validación de otros y de uno mismo.

Por último, los folletos que se dan con las habilidades a enseñar, en el DBT-A se han cambiado (en cuanto al diseño) para que sea más atractivo para los adolescentes y también que sean realistas y que vayan a aplicar en un futuro (por ejemplo, el tipo de letra y el tamaño, la terminología y las imágenes).

Así pues, un estudio con una muestra de 46 adolescentes relata la existencia de una reducción de CASIS, como también de ideas suicidas, tras 15 semanas bajo el tratamiento de DBT-A (Woodberry y Popenoe, 2008). Por ello, a pesar de ser un tratamiento enfocado en el trastorno límite de la personalidad, este disminuye conductas autolesivas, ideaciones suicidas, depresión y ansiedad.

4. Conclusión y discusión

El concepto de conducta autolesiva sin intención suicida (CASIS) ha pasado por un largo recorrido para llegar a tener una definición concreta, entendiéndolo como una conducta que provoca una destrucción ya sea leve o grave, de forma inmediata en la superficie de la piel, causando un hematoma, dolor o incluso sangre. Esta conducta se realiza de forma deliberada, hacia uno mismo, de forma directa y es importante atender a que no tiene como fin el suicidio.

Conforme al primer objetivo planteado al inicio de este trabajo, se han identificado los métodos, la frecuencia y zonas más comunes del cuerpo en relación con las CASIS. Así pues, los métodos más comunes según el estudio de Sornberger et al., 2012, son los cortes, seguido de rascarse, pegarse a uno mismo y darse en la cabeza. Una diferencia curiosa que se ha podido mostrar con este estudio, es que las chicas son más propensas a emplear métodos que como resultado causan sangre, mientras que los chicos emplean métodos que no están tan relacionados con el resultado. No obstante, Glen y Klonsky (2010), no pudieron demostrar que haya diferencias significativas en cuanto al género a la hora de ver la importancia de ver sangre después de autolesionarse.

Del mismo modo, atender a la frecuencia con la que uno se autolesiona es de suma importancia para ver la gravedad o el punto en el que el individuo se sitúa. Según el estudio de De la Cruz (2021), los resultados indican que la gran mayoría se autolesionan por lo menos una vez, mientras que una minoría de 12,1% se autolesionan cinco o más veces. Este criterio es importante a la hora de evaluar si es un diagnóstico de “Autolesión no suicida”, según el DSM-5.

Asimismo, las zonas del cuerpo más comunes son los brazos, las piernas, los genitales, la cara, el estómago y el pecho. Se puede apreciar cierta diferencia en cuanto al género, ya que las chicas suelen autolesionarse en zonas que sean fáciles de esconder, como pueden ser las piernas o los brazos, mientras que los chicos lo hacen en zonas más visibles, las cuales pueden ser explicables por otras conductas (como puede ser una pelea). Es de vital importancia atender a que las zonas del cuerpo en las que se suelen autolesionar los chicos son zonas más sensibles, y, por ende, considerados de mayor riesgo de sufrir una lesión grave (Walsh, 2006).

En cuanto a la funcionalidad, atendemos a dos modelos descritos en el presente trabajo, el de Klonsky y el de Nock y Prinstein. Así pues, los resultados de un estudio

realizado por Pérez et al. (2021), la función que más destaca con más de la mitad de las participantes es la regulación del afecto. En relación con el modelo de Nock y Prinstein (2004), poco menos de la mitad refieren a funciones intrapersonales (es decir, relacionado con su estado interno), mientras que un tercio refiere a funciones interpersonales (es decir, en relación con el contexto).

Por consiguiente, el tercer objetivo de este trabajo es identificar los factores de riesgo para así poder identificar las CASIS a tiempo y poder desarrollar factores de protección. Así pues, se han encontrado factores de riesgo que están ligados con una mayor probabilidad de recurrir a las CASIS, como puede ser; la edad, la sexualidad, las emociones negativas intensas asociada a una imagen baja de uno mismo y sentimientos de fracaso, también con la inexpressión emocional, y con algunos trastornos, como el límite de personalidad, el depresivo o de ansiedad y los alimenticios. En relación con la edad, se ha visto que la gran mayoría empieza con estas conductas entre lo 10-14 años, y por ello, muchos de los tratamientos que se emplean (como se ha mencionado anteriormente), tienen una adaptación a la adolescencia. Del mismo modo, el género es una variable que causa un poco de controversia entre los autores, ya que algunos mencionan que es más común que se den en las mujeres, mientras que otros dicen que no hay diferencias significativas. Así pues, la diferencia no está en el género por si solo, si no más bien en relación con los métodos y zonas del cuerpo.

Al hilo de lo anterior y prestando atención al cuarto objetivo del presente trabajo, se ha visto que los tratamientos más eficaces son los cognitivos conductuales, ya que se basan en el entrenamiento de resolución de problemas, debido a que consideran que los individuos que recurren a las CASIS las utilizan como estrategias para afrontar la realidad, las cuales son inadecuadas. Por ello, se han mencionado 3 tipos de tratamiento cognitivo conductuales los cuales, han sido adaptados para la adolescencia. El MACT es un programa basado en la solución de problemas y añade estrategias de prevención de recaídas, cuyo beneficio de intervención supera el coste de esta. Debido a que es un tratamiento para una población general, se crea el CDP, el cual es una adaptación, pero excepcionalmente para adolescentes. Así pues, consta de 4 partes; explicar qué es lo que está pasando, identificar los sentimientos, pensamientos y conductas, enseñar estrategias de afrontamiento y, por último, dejar que el adolescente se lleve consigo todo lo aprendido

y afianzado. Los resultados muestran que es un programa efectivo con resultados positivos y con duración en el tiempo.

El último tratamiento que se menciona es el DBT-A, y es el que muestra más eficacia en relación con una disminución significativa de las CASIS. Es una terapia enfocada en el trastorno límite de la personalidad, y por ende muy completa. Integra entrenamientos en solución de conflictos, habilidades y reestructuración cognitiva, así como exposición con prevención de respuesta. Al igual que las otras, se realiza una adaptación para adolescentes, cuyo principal cambio es incluir a las familias en sesiones familiares y en sesiones individualizadas. Así mismo, es una terapia que asume que existe la posibilidad de que una persona tenga visiones opuestas y que esto esté generando problemas. Por ende, el DBT-A muestra una reducción de ideación suicida, y de CASIS, tras el tratamiento.

En relación con las limitaciones encontradas a la hora de elaborar esta revisión teórica, la mayor de todas es la diversidad a la hora de definir las conductas autolesivas sin intención suicida, ya que hay una gran variedad de definiciones y puntos de vista, ya que cada autor lo define a su manera, incluso términos diferentes que quieren decir lo mismo. También es importante mencionar la tendencia que existe a considerar las conductas autolesivas como un síntoma de otro trastorno, siendo el más común el trastorno límite de la personalidad.

Además, muchos de los estudios mencionan lo difícil que es tener una muestra grande y variable de sujetos ya que las CASIS son un tema que a mucha gente causan vergüenza, y, por ende, prefieren no participar o si participan, hay ciertas preguntas a las que no contestan con sinceridad. Por todo ello, es un tema el cual requiere una mayor investigación, ya que cada vez se da con más frecuencia y más temprano, y es algo de lo que no se habla o se habla poco.

5. Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (ed Fifth E.d.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Ancajima Carrasco, B. A. (2020). *Conductas autolesivas en adolescentes* [Trabajo de investigación para optar el grado académico de bachiller en psicología, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. <https://orcid.org/0000-0002-9360-9282>
3. Ancajima Carrasco, B. A., y Cortez Vidal, M. S. (2022). Conductas Autolesivas en Estudiantes del Nivel Secundario de una Institución Educativa Pública. *Revista de Investigación Psicológica*, (28), 53-66. Recuperado el 8 de febrero de 2023 de <https://doi.org/10.53287/sdhk5564oc21f>
4. Arrieta, S. (2020). *Revisión bibliográfica narrativa sobre la autolesión no suicida* [Tesis de pregrado, Universidad Complutense de Madrid, España]. Recuperado de https://eprints.ucm.es/61149/1/ARRIETA_CASTELLANOS_SE_TFG.pdf
5. Bentley, K. H., Nock, M. K., y Barlow, D. H. (2014). The four-function model of nonsuicidal self-injury: key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, 2(5), 638-656. Recuperado el 25 de noviembre de 2022 de <http://doi.org/10.1177/2167702613514563>
6. Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L., y Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*. Recuperado el 8 de febrero de 2023 de <http://doi.org/10.7334/psicothema2014.262>
7. Cifuentes Escobar, N. Y. (2018). *Autolesiones en adolescentes: ansia de vida*. [Tesis de grado, Bogotá: Universidad Externado de Colombia] <https://doi.org/10.57998/bdigital.handle.001.1241>
8. Ciprano, A., Cella, S., y Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: a systematic review. *Frontiers in psychology*, 8, 1946. Recuperado el 21 de noviembre de 2022 de <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
9. Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., y Muehlenkamp, J. (2010). Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept, and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33(5), 775-778. Recuperado el 21 de noviembre de 2022 de <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.10.012>

10. Crowe, M. (2014). From expression to symptom to disorder: the psychiatric evolution of self-harm in the DSM. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(10), 857-858. <https://doi.org/10.1111/jpm.12183>
11. De la Cruz, N. C. (2021). Autolesiones no suicidas y variables sociodemográficas en adolescentes limeños. *Avances en Psicología*, 29(1), 59-77. Recuperado el 1 de marzo de 2023 <http://doi.org/10.33539/avpsicol.2021.v29n1.2350>
12. De la fuente Alonso, M.R. (2018). *Autolesiones en la adolescencia* [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/30252>
13. Del Rosario Flores-Soto, M., Cancino-Marentes, M. E., Varela, F., y del Rocío, M. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44, 200-216. <http://dspace.uan.mx:8080/jspui/handle/123456789/2004>
14. Evans, K., Tyrer, P., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., Dent, J., ... y Thompson, S. (1999). Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological medicine*, 29(1), 19-25. Recuperado el 25 de febrero de 2023 de <http://doi.org/10.1017/S003329179800765X>
15. Faura-Garcia, J., Calvete Zumalde, E., y Orue Sola, I. (2021). Autolesión no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 207-214. Recuperado el 19 de noviembre de 2022 de <http://doi.org/10.23923/pap.psicol.2964>
16. Favazza, A. R., y Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital & community psychiatry*, 44(2), 134-140. Recuperado el 28 de noviembre de 2022 de <http://doi.org/10.1176/ps.44.2.134>
17. Galán Sabugo, A. (2022). *Caso Clínico: intervención en una adolescente con autolesiones no suicidas* [Trabajo Final de Máster, Universidad Europea de Madrid]. <http://hdl.handle.net/20.500.12880/2273>
18. Glenn, C. R., y Klonsky, E. D. (2010). The role of seeing blood in non-suicidal self-injury. *Journal of clinical psychology*, 66(4), 466-473. Recuperado el 2 de diciembre de 2022 de <http://doi.org/10.1002/jclp.20661>
19. Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., y Weatherall, R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England. *BMJ*, 325, 1207-1211.

Recuperado el 3 de febrero de 2023 de <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1207>

20. Heath, N. L., Schaub, K., Holly, S., y Nixon, M. K. (2008). Self-injury today: Review of population and clinical studies in adolescents. In M. K. Nixon y N. L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth* (28-46). Routledge. Recuperado el 22 de noviembre de 2022.
21. Ibáñez, Á. F., Costa, M. V., del Real Peña, A., y del Castillo, C. S. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (103), 5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393274>
22. Kaess, M., Edinger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Parzer, P., Brunner, R., y Resch, F. (2020). Effectiveness of a brief psychotherapeutic intervention compared with treatment as usual for adolescent nonsuicidal self-injury: a single-centre, randomised controlled trial. *European child & adolescent psychiatry*, 29, 881-891. Recuperado el 25 de febrero de 2023 de <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01399-1>
23. Kaess, M., Koenig, J., Bauer, S. et al. (2019). Self-injury: Treatments, Assessment, Recovery (STAR): online intervention for adolescent non-suicidal self-injury- study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*20, 425. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3501-6>
24. Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., y Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/catart?codigo=3681348>
25. Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226-239. Recuperado el 5 de octubre 2022 de <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
26. Klonsky, E. D., y Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1045-1056. Recuperado el 5 de octubre 2022 de <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20412>
27. Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J., Lewis, S. P., y Walsh, B. (2011). *Nonsuicidal self-injury* (Vol. 22). Hogrefe Publishing GmbH. <https://doi.org/10.1080/87568225.2012.685853>

28. Klonsky, E. D., Victor, S. E., y Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565-568. Recuperado el 4 de diciembre de 2022 de www.TheCJP.ca
29. Luna, N. C., y Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista electrónica de investigación y docencia (REID)*, (10). 43-64. Recuperado el 1 de diciembre de 2022 de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/991/818>
30. MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., y Fristad, M. A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: Theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical child and family psychology review*, 16, 59-80. Recuperado el 8 de febrero de 2023 de <http://doi.org/10.1007/s10567-012-0126-7>
31. Magán Malafaya, M. A. (2017). *El pensamiento autodestructivo en la conducta autolesiva tipo cutting de las adolescentes piuranas*. [Tesis para optar el grado académico de magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/7661>
32. Marín, M. (2013). *Desarrollo y evaluación de una terapia cognitiva conductual para adolescentes que se autolesionan* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México]. <http://132.248.10.225:8080/xmlui/handle/123456789/78>
33. Meltzer, H., Harrington, R., Goodman, R., y Jenkins, R. (2001). Children and adolescents who try to harm, hurt, or kill themselves. *London: Office for national statistics*. Recuperado el 30 de noviembre de 2022. <https://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/Children%20and%20adolescents%20who%20try%20to%20harm,%20hurt%20or%20kill%20themselves.pdf>
34. Mollà, L., Batlle Vila, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., ... y Bulbena Vilarrasa, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 20(1), 51-61. Recuperado el 28 de septiembre 2022 de <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21278>
35. Muehlenkamp, J.J., Claes, L., Havertape, L., y Plener, L., P. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(10). Recuperado el 1 de diciembre de 2022 de <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>

36. Nock, M. K., y Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. *American Psychological Association*. Recuperado el 2 de diciembre de 2022 de <http://doi.org/10.1037/11875-001>
37. Nock, M. K., y Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(5), 885-890. Recuperado 24 de noviembre de 2022 de <http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
38. Pérez, S., García-Alandete, J., Gallego, B., y Marco, J. H. (2021). Characteristics and unidimensionality of non-suicidal self-injury in a community sample of spanish adolescents. *Psicothema*, 33(2), 251-258. Recuperado el 1 de marzo de 2023 de <http://doi.org/10.7334/psicothema2020.249>
39. Robles, B. (2019). *Intervención cognitivo-conductual dirigida a disminuir la conducta auto lesiva sin intención suicida de adolescentes*. [Tesis para obtener el grado de Maestro en Psicología, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez]. <http://hdl.handle.net/20.500.11961/5422>
40. Sánchez Izquierdo, M. (2022). *Revisión de las conductas autolesivas en la adolescencia desde el concepto de Mentalización* [Trabajo fin de grado, Universidad Pontificia de Comillas]. <http://hdl.handle.net/11531/61211>
41. Sornberger, M. J., Heath, N. L., Toste, J. R., y McLouth, R. (2012). Nonsuicidal self-injury and gender: Patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(3), 266-278. Recuperado el 5 de octubre 2022 de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00088.x>
42. Straiton, M., Roen, K., Dieserud, G., y Hjelmeland, H. (2013). Pushing the boundaries: Understanding self-harm in a non-clinical population. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(2), 78-83. Recuperado el 28 de septiembre 2022 de <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2012.10.008>
43. Suyemoto, K. L., y MacDonald, M. L. (1995). Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(1), 162. Recuperado el 21 de noviembre de 2022 de <http://doi.org/10.1037/0033-3204.32.1.162>
44. Tang, J., Ma, Y., Guo, Y., Ahmed, N. I., Yu, Y., y Wang, J. (2013). Association of aggression and non-suicidal self-injury: a school-based sample of adolescents. *PLoS One*, 8(10), e78149. Recuperado el 21 de noviembre de 2022 de www.plosone.org

45. Vega, D., Sintés, A., Fernández, M., Puntí, J., Soler, J., Santamarina, P., Soto, A., Lara, A., Méndez, I., Martínez-Giménez, R., Romero, S., y Pascual, J. C. (2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, ¿cómo y por qué? *Actas españolas de psiquiatría*, 46(4), 146-55. Recuperado el 22 de noviembre de 2022. <https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/20/114/ESP/20-114-ESP-146-55-463018.pdf>
46. Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M. A., Montes, C., Igor, M., y Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45. Recuperado el 21 de noviembre de 2022 de www.sonepsyn.cl
47. Whitlock, J. L., Eckenrode, J. E., y Silverman, D. (2006). The Epidemiology of Self-Injurious Behavior in a College Population. *Pediatrics*, 117(6). Recuperado el 1 de diciembre de 2022 de <http://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>
48. Woodberry, K. A., y Popenoe, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and behavioral practice*, 15(3), 277-286. Recuperado el 25 de febrero de 2023 de www.sciencedirect.com
49. Zaragozano, J. F. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la sociedad de pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47(2), 37-45. Recuperado el 15 de noviembre de 2022. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6393711>

6. Anexo

Anexo 1: Criterios diagnósticos de la “Autolesión no suicida”, según el DSM5 (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013).

Autolesión no suicida

Criterios propuestos

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