

## Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos

Laia Mollà<sup>1</sup>, Santiago Batlle Vila<sup>2</sup>, Devi Treen<sup>1</sup>, Jara López<sup>1</sup>, Nàdia Sanz<sup>1</sup>, Luis M. Martín<sup>2</sup>, Víctor Pérez<sup>1,3</sup>, Antoni Bulbena<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Hospital del Mar, Barcelona, España

<sup>2</sup> Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Sant Martí – La Mina, Barcelona, España

<sup>3</sup> Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona

**Resumen:** Las autolesiones en adolescentes han adquirido mayor relevancia en los últimos años, por el aumento de prevalencia, el mayor riesgo de realizar una tentativa autolítica y de desarrollar un trastorno límite de la personalidad o un trastorno depresivo mayor. Nuestro objetivo es revisar la bibliografía referente a tratamientos psicológicos para las autolesiones no suicidas (*non-suicidal self-injury*; NSSI). Se incluyen estudios que evalúan una intervención psicoterapéutica para el tratamiento de las autolesiones. Los resultados indican que ningún tratamiento para las autolesiones ha demostrado suficiente evidencia en adolescentes. La terapia basada en mentalización (MBT-A) ha demostrado eficacia en un estudio y la terapia dialéctica-conductual (DBT-A) ha demostrado efectividad. La variedad y heterogeneidad de resultados dificulta extraer conclusiones más específicas, como cuáles son los componentes activos eficaces. Valoramos la necesidad de estandarizar criterios e instrumentos en el campo del tratamiento de las autolesiones para mejorar la validez y utilidad de los resultados.

**Palabras clave:** Non suicidal self-injury; psychological treatment; psychotherapy; self-injury.

*Non-suicidal self-harm in adolescents: A review of psychological treatments*

**Abstract:** Self-harm in teenagers has become more important in recent years, given its increased prevalence and the greater risk involved of making a suicidal attempt and developing a borderline personality disorder or a major depressive disorder. We aim to review the literature as to psychological treatments for non-suicidal self-injury (NSSI). Studies assessing a psychotherapeutic intervention for self-harm have been included. The results indicate that no treatment for self-harm has demonstrated enough evidence in adolescents. Mentalization based therapy (MBT-A) has shown efficacy in one study and the dialectical behavior therapy (DBT-A) has shown efficacy. However, the variety and heterogeneity of results make it difficult to draw more specific conclusions, such as regards the effective active components. Criteria and instruments in the field of the treatment of NSSI need to be standardized in order to improve the validity and clinical utility of results.

**Keywords:** Non suicidal self-injury; psychological treatment; psychotherapy; self-injury.

### Introducción

Kerr et al. (2010) definen las NSSI como cualquier conducta intencional y autodirigida que causa destrucción inmediata de tejidos corporales. Esta conducta se puede manifestar de diferentes maneras, como serían

los cortes, *skin carving*, quemaduras o golpes. Autolesiones crónicas se han asociado con una amplia variedad de problemas de salud, tanto psiquiátricos como somáticos. El aumento de prevalencia de las autolesiones en adolescentes en los últimos años ha dado lugar a un crecimiento de la investigación. La prevalencia-vida se estima en un 7.5-8% en preadolescentes, incrementando hasta un 12-28% en adolescentes, y hasta un 40-80% en adolescentes en muestras clínicas (Washburn et al., 2012).

Recibido: 14 septiembre 2014; aceptado: 10 diciembre 2014.

Correspondencia: Laia Mollà Cusí, Carrer Ramon Turró, 337, 3ª planta, 08019, Barcelona. Tel.: + 34 934465706.

Correo-e: 60755@parcdesalutmar.cat

En los últimos años ha aumentado la preocupación sobre las conductas autolesivas en adolescentes, como se puede observar en el número de publicaciones que se encuentran en las bases de datos. En una búsqueda básica en PsycINFO con el término *self-injury* y limitando la búsqueda a niños y adolescentes, el número de citas ha aumentado significativamente en la última década, en la que las citas han aumentado cinco veces desde 1988-1991 a 2008-2011. Sin embargo, a pesar del incremento de estudios, la inconsistencia en la terminología con la que los investigadores identifican las conductas autolesivas hace difícil la comparación entre los diferentes estudios. Esta terminología incluye términos que van desde conducta autolesiva, conducta autodestructiva y automutilación, hasta el actual concepto de *nonsuicidal self-injury* (NSSI), acuñado para la 5ª edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013), que es el que se utilizará en esta revisión. El DSM-5, en el capítulo de afecciones que necesitan más estudio, define la autolesión no suicida como una conducta por medio de la que el individuo se inflige intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor, con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado. Además, ésta debe realizarse con expectativas de aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo, o para resolver una dificultad interpersonal, o para inducir un estado de sentimientos positivos (American Psychiatric Association, 2013).

En el presente estudio de revisión se ha tomado como referencia la definición consensuada por Nock y Prinstein (2006), en la que consideran las autolesiones como un “acto deliberado de causarse daño a uno mismo mediante cortes, quemaduras, mutilación u otros métodos traumáticos”. Esta no incluye sobreingestas medicamentosas o envenenamientos con intencionalidad autolítica, porque tanto los estudios como el DSM-5 no incluyen esta distinción. El objetivo es revisar las diferentes intervenciones psicológicas y su evidencia para las autolesiones sin intencionalidad suicida en la población adolescente, haciendo hincapié en la aplicabilidad (las posibilidades de aplicación en una patología concreta, en este caso, el TLP), la eficacia (el efecto de las intervenciones en condiciones experimentales) y la efectividad (el impacto de la intervención cuando se realiza en condiciones habituales de práctica clínica).

### Método

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en metabuscadores como Tripdatabase, en las bases de datos electrónicas primarias PsycINFO, Scopus y Pubmed, y en revistas específicas de artículos referenciados, La búsqueda

se realizó en abril de 2014, utilizando las palabras clave *non-suicidal self-injury*, *self-harm*, *deliberate self-harm*, *psychological interventions*, *psychotherapy*, *adolescents*, *young adults* en el título, abstract y palabras clave. El foco de este trabajo es revisar los tratamientos para adolescentes. Dada la escasa literatura en esta población, también se han incluido estudios con adultos jóvenes, teniendo en cuenta en el momento de analizar los resultados. De las 1425 publicaciones encontradas en la búsqueda, finalmente se han seleccionado 26 artículos. Se han excluido todos aquellos artículos que no tenían por objeto de estudio las autolesiones no suicidas o que la muestra no incluía a adolescentes o adultos jóvenes. Dada la amplia variedad de tratamientos disponibles y el diferente grado de evidencia de cada uno, se han seleccionado artículos publicados desde 1998 hasta 2013, incluyendo tanto estudios piloto y cuasi-experimentales como estudios controlados aleatorizados.

### Resultados

#### *Las autolesiones: situación actual*

Los estudios muestran una prevalencia-vida de 7.5-8% en preadolescentes, mientras que en adolescentes es del 13-28% en la población comunitaria y del 40-80% en la clínica. En adultos psiquiátricos la prevalencia es de un 20%, y la prevalencia-vida es de un 11.5-25.6% (Wilkinson, 2011). La edad más frecuente de inicio se sitúa entre los 11 y los 15 años, y la media a los 12.5 años (Nixon et al., 2008). En relación a la reincidencia, Wilkinson (2011) recoge que el 70-93% repite 3 o más veces, mientras que un 7-29% sólo presenta un episodio.

En un estudio (Swannell et al., 2008) basado en registro por medio de autoinforme para adolescentes en el que se recogía la motivación de las NSSI, los participantes indicaron que usaban las autolesiones como un mecanismo de afrontamiento para la regulación emocional, el autocastigo, la búsqueda de atención o la búsqueda de emociones. Así, los mecanismos subyacentes que se identifican son el reforzamiento negativo (a través de la reducción del malestar emocional), el reforzamiento positivo (por el aumento de endorfinas y la atención del entorno) y, por último, el modelado, a través de un factor de contagio social.

Como factores de riesgo, destacan la depresión (Nixon et al., 2008) y el trastorno límite de la personalidad (TLP) (Swannell et al., 2008). En relación al TLP, Ferrara y colaboradores (2012) recogen que datos epidemiológicos muestran que el 80% de pacientes con TLP ha tenido al menos un episodio de NSSI, y que de los adolescentes que se autolesionan, el 30% mantiene dicha conducta en la vida adulta.

A pesar de la consistencia encontrada tanto en TLP como en trastornos depresivos, cabe destacar las limitaciones de la distinción entre NSSI y NSSI con ideación autolítica, ya que ambas pueden concurrir. Estudios de autolesiones en adolescentes (Muehlenkamp, 2004; Nock 2006) muestran que un 50% pacientes ambulatorios y un 70% de los hospitalizados han realizado alguna tentativa autolítica previa. Entre los adolescentes con tentativas hay una alta proporción de NSSI previa (y no sólo ideación suicida).

En la Tabla 1 se presentan los principales resultados obtenidos en los estudios revisados (ver Tabla 1).

#### *Intervención en autolesiones no suicidas: evidencia*

A pesar de la elevada prevalencia de las NSSI, los tratamientos con apoyo empírico siguen suponiendo un vacío en la práctica clínica. Siguiendo la modificación de los criterios de la *Task-Force* de 1998, en la que se cambió el término validado empíricamente por la denominación actual de tratamiento con apoyo empírico (TAE) teniendo en cuenta que un tratamiento no está nunca definitivamente validado, se distinguen tres categorías sobre la eficacia de los tratamientos, que es la que se usará en esta revisión para valorar la eficacia y efectividad de los distintos tratamientos para las NSSI (ver tabla 2).

#### *Terapias cognitivo-conductuales*

Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) son las que muestran resultados más prometedores en diversos contextos (Muehlenkamp, 2006). Uno de los primeros tratamientos estudiados con estudios controlados aleatorizados (ECA) fue la terapia de solución de problemas, que implica un entrenamiento en habilidades y actitudes necesarias para promover una resolución de problemas de forma activa y eficaz. Desde este modelo, consideran las autolesiones como una solución disfuncional a los problemas, teorizando que una mejoría en esta habilidad reduciría las autolesiones como estrategia de afrontamiento. Así, la terapia de solución de problemas tiene como objetivos (1) desarrollar o mejorar una orientación positiva de cara a los problemas y disminuir una orientación negativa, (2) entrenar en solución de problemas de forma racional y (3) reducir evitación de la solución de problemas, así como toma de decisiones impulsivas. A pesar de que en un inicio los estudios mostraban resultados prometedores, cuando se han realizado ECA y meta-análisis no se ha podido demostrar la eficacia ni el mantenimiento de los resultados en relación al tratamiento de las autolesiones.

Siguiendo la hipótesis de que la terapia de solución de problemas no era efectiva por la falta de integración de estrategias más allá de la solución de problemas, se creó la *Manual-Assisted Cognitive-behavioral Therapy* (MACT), que integra la terapia de solución de problemas con técnicas cognitivas y estrategias de prevención de recaídas. Consiste en un máximo de 6 sesiones protocolizadas en un manual detallado. El contenido incluye resolución de problemas, ventajas e inconvenientes de autolesionarse, estrategias cognitivas básicas para gestionar emociones y pensamientos negativos, búsqueda de estrategias de afrontamiento y prevención de recaídas.

En un primer estudio piloto (Evans et al., 1999) realizado con adolescentes se observa una disminución de la cantidad de episodios de autolesiones que realizaban los pacientes, aunque esta disminución no era significativa. En estudios posteriores con mayor tamaño muestral (Tyner et al., 2003 y 2004) no se observan diferencias significativas en los resultados. Sin embargo, en casos de NSSI se observa una mejoría en el coste-efectividad del tratamiento, es decir, el beneficio de la intervención supera a los costes de la misma, excepto en casos de TLP, en los que el coste resulta superior.

Taylor et al. (2011) desarrollaron el *The cutting down program*, adaptado del MACT para adolescentes. El programa consiste en 8-12 sesiones de terapia individual y está dividido en 4 partes, en la que cada una cubre una fase específica de la terapia. La primera parte, *What's going on?*, introduce las autolesiones y la TCC y pretende desarrollar insight en las emociones, problemas, objetivos y el concepto de cambio. La segunda parte, *Feelings, thoughts and behaviour*, trabaja con actividades, gestionar la depresión e identificar y gestionar pensamientos negativos. La tercera parte, *Coping strategies*, introduce un módulo de resolución de problemas, asertividad, mindfulness y alternativas a las autolesiones. Por último, la cuarta parte, *On you go!*, termina el programa con una revisión de los objetivos, identificación de desencadenantes y el desarrollo de un “botiquín de primeros auxilios” y una “caja de herramientas” con habilidades para reforzar el programa. Se realizó un estudio piloto con una muestra pequeña ( $n = 16$ ), en el que se observaron reducciones significativas en autolesiones, síntomas depresivos y estado-rasgo. Fischer (2013) ha iniciado un ECA para evaluar la eficacia de este programa, que prevé acabar de recoger datos a finales del 2014.

El *Treatment of SSRI-Resistant Adolescent Depression* (TORDIA; Brent et al., 2008) es el único estudio que evalúa de forma separada las autolesiones no suicidas de aquellas con intencionalidad suicida. Incluye adolescentes de 12 a 18 años con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y que no tienen respuesta a un inhibidor

Tabla 1. Tratamientos psicológicos para las autolesiones no suicidas

Tipo de tratamiento	Tipo de intervención	Autor y año	Tipo de estudio	Muestra	Grupos	Resultados
TCC	TCC	Hawton et al. (1998)	Revisión sistemática de 20 estudios controlados aleatorizados	Pacientes con autolesiones deliradas de forma repetitiva. En total 2452 participantes	Estudios aleatorizados disponibles el 1996 en bases de datos electrónicas.	No diferencias significativas en la medida de repetición de autolesiones.
	MACT	Evans et al. (1999)	Estudio piloto, asignación aleatoria	Incluye algunos adolescentes. 34 pacientes de 16-50 años, con un episodio de autolesión con trastorno de personalidad clúster B y episodios parasuicidas previos en los 12 últimos meses	TAU (N=16) vs. MACT (N=18)	Menor ratio de NSSI, no diferencias significativas entre grupos por diferencias en la línea base.
	Solución de problemas	Townsend et al. (2001)	Meta-análisis: 6 estudios controlados aleatorizados	6 estudios controlados aleatorizados, de los cuales 4 incluían algunos adolescentes de 15-17 años	Solución de problemas vs. tratamiento control	Superior en reducir depresión y desesperanza y en mejorar solución de problemas. No estudio de efectos en NSSI Al seguimiento, solución de problemas mejoraba en depresión y desesperanza, mejoría significativa en sus problemas en autoinformes
	MACT	Tyrer et al. (2003 y 2004)	Estudio controlado aleatorizado multicéntrico (5 centros)	480 pacientes con autolesiones recurrentes, incluyen adolescentes de 16-17 años.	TAU vs. tratamiento (incluye entrevista motivacional)	No diferencias significativas en resultados Mejoría en coste-efectividad vs. TAU, excepto en TLP (aumento del coste).
	SBT	Donaldson et al. (2005)	Estudio piloto	39 adolescentes con tentativas autolíticas y trastorno negativista desafiante (un 50%)	SBT vs. SRT 10 sessions	No diferencias significativas en conductas suicidas recurrentes (26.7% vs 12.5%)
	TCC	Brent et al. (2008)	Estudio piloto	Adolescentes de 12 a 18 años con trastorno depresivo mayor sin respuesta a ISRS	Psicofármaco (ISRS o venlafaxina) vs. Psicofármaco + TCC	No evidencia en NSSI No diferencias entre grupos Más eficaz TCC + fármaco que sólo cam-biar a un fármaco diferente en 12 sema-nas
	Terapia grupal solución de problemas	Bannan, et al. (2010)	Estudio controlado aleatorizado	Mujeres adultas con envenenamiento	Control vs. Terapia de grupo de solución de problemas	No evidencia en NSSI No diferencias entre grupos Más eficaz TCC + fármaco que sólo cam-biar a un fármaco diferente en 12 sema-nas
	<i>The cutting down program</i> (MACT para adolescentes)	Taylor et al. (2011)	Estudio piloto	24 adolescentes de 12 a 18 años	Estudio abierto de un grupo, centrado en disminuir factores mantenedores 8-12 sesiones	Diferencias significativas: disminución en conductas autolesivas, síntomas depresivos y estado-rasgo No suficiente evidencia, por las condiciones del estudio (no grupo control)
	<i>The cutting down program</i>	Fischer et al. (2013)	ECA	80 adolescentes de 12-17 años 8-12 sesiones	Grupo tratamiento vs. Control (TAU)	Estudio no finalizado (previsto acabarlo a finales del 2014)

Tabla 1. Tratamientos psicológicos para las autolesiones no suicidas

Tipo de tratamiento	Tipo de intervención	Autor y año	Tipo de estudio	Muestra	Grupos	Resultados
DBT	DBT	Katz, Cox, Gunasekara, & Miller (2004)	Cuasi-experimental y tal	62 adolescentes con tentativas autolíticas o ideación suicida admitidos en hospitalización psiquiátrica	TAU vs. tratamiento (protocolo DBT)	Disminución significativa de alteraciones conductuales en grupo DBT durante la hospitalización NSSI reduce tanto en grupo TAU como en grupo tratamiento
DBT	DBT	James et al. (2008)	Pre-post (cuasi-experimental)	16 adolescentes con historia de NSSI durante mínimo 6 meses	24 sesiones Grupo control vs. DBT	Reducción significativa en síntomas depresivos, desesperanza, episodios de NSSI Incremento significativo en funcionamiento general
DBT	DBT	Woodberry & Popenoe (2008)	Pre-post a la comunitaria	46 adolescentes con historia de intentos autolíticos, NSSI o desregulación emocional	15 sesiones semanales Grupo control vs. DBT	Mejoría en síntomas depresivos, rabia, síntomas disociativos y índices de NSSI y ideación suicida
DBT	DBT	Backer, Miller, & Bosch (2009)	Revisión de la literatura	Un diseño cuasi-experimental y estudios con diseño pre-post tratamiento		Reducción NSSI Resultados sugieren eficacia en adolescentes igual que en adultos
DBT	DBT	Quinn (2009)	Revisión, 3 estudios cumplen criterios de diseño metodológico <sup>[36, 25, 37]</sup>	3 estudios no aleatorizados con adolescentes	Incluyen grupo control	Reducción hospitalizaciones, ideación suicida y abandonos del tratamiento Reducción NSSI
DBT-A	DBT-A	Fleischhaker C. et al. (2011)	Estudio piloto	12 adolescentes	DBT-A adaptada a un programa de 16-24 semanas, un grupo	Disminución significativa de NSSI durante el tratamiento Ningún intento autolítico durante o en el seguimiento a 1 año
MBT	MBT	Bateman & Fonagy (1999)		44 pacientes	Programa de hospitalización parcial TAU VS. TAU	Disminución clínicamente significativa en síntomas depresivos, tentativas suicidas y autolesiones después de 6 meses
MBT	MBT	Bateman & Fonagy (2001)	Seguimiento a 18 meses del estudio de 1999	44 pacientes	Programa de hospitalización parcial TAU VS. TAU	Mantenimiento y mejoría durante los 18 meses de tratamiento y al seguimiento a 18 meses.
MBT	MBT	Bateman & Fonagy (2008)	Seguimiento a 8 años del estudio de 1999	44 pacientes	Programa de hospitalización parcial TAU VS. TAU	Sólo estudio de número de intentos suicidas. Mantenimiento de las ganancias iniciales Disminución del funcionamiento social general Reducción de diagnóstico TLP (14% cumplían criterios vs. 87% en grupo control)



Tabla 2. Criterios para las intervenciones psicosociales con apoyo empírico en los trastornos psicológicos

Tratamientos bien establecidos (eficaces)	Tratamientos probablemente eficaces
<p>Deben cumplir tres criterios:</p> <p>IA. Al menos dos estudios bien realizados con diseños experimentales de comparación de grupos llevados a cabo por investigadores o equipos de investigación distintos que prueben que el tratamiento es:</p> <p>a) Estadísticamente superior a un tratamiento alternativo (farmacológico o psicológico) o a un placebo (medicación, atención psicológica),</p> <p>b) y equivalente a otro tratamiento bien establecido en experimentos con un tamaño muestral suficiente (se recomienda <math>n &gt; 30</math> por grupo)</p> <p>IB. Una gran serie de estudios bien realizados con diseños experimentales de caso único (<math>n &gt; 10</math>) en los que se compare el tratamiento como en IA</p> <p>II. El tratamiento debe estar descrito con precisión (se recomienda en forma de manual) para permitir su replicación.</p> <p>III. Las características de las muestras deben estar descritas con precisión, por ejemplo especificar el trastorno según los criterios diagnósticos DSM-III (APA, 1980) o ediciones posteriores.</p>	<p>Deben cumplir tres criterios:</p> <p>IA. Dos estudios que prueben que el tratamiento es estadísticamente superior al no tratamiento, por ejemplo una condición de lista de espera.</p> <p>IB. Dos estudios con diseños experimentales de comparación de grupos que cumplan los criterios de los tratamientos bien establecidos, pero realizados por el mismo investigador o equipo de investigación.</p> <p>II. Una pequeña serie de estudios bien realizados con diseños experimentales de caso único (<math>n &gt; 3</math>) que cumpla el criterio IB de los tratamientos bien establecidos.</p> <p>III. Las características de las muestras deben estar descritas con precisión, por ejemplo, especificar el trastorno según los criterios diagnósticos DSM-III (APA, 1980) o ediciones posteriores.</p>

Nota. American Psychological Association (APA), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, tercera edición (DSM-III).

selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS). En el estudio se compara medicación antidepresiva (venlafaxina u otro ISRS), con o sin terapia cognitivo-conductual (TCC). Esta incluía reestructuración cognitiva y activación conductual, entrenamiento en habilidades de regulación emocional, habilidades sociales y solución de problemas, así como también sesiones de padres e hijos para incrementar el soporte, disminuir el criticismo y mejorar la comunicación familiar. En conjunto, los resultados indican que un tratamiento combinado resulta más eficaz que sólo cambiar la medicación para conseguir una reducción de síntomas depresivos. El entrenamiento en solución de problemas y en habilidades sociales fueron los componentes más eficaces en los datos analizados (Kenard, 2009). A pesar de esto, no se encontraron diferencias en la ratio de episodios de NSSI (Brent et al., 2008).

### Terapia dialéctico-conductual

La modalidad de TCC que tiene más evidencia en la disminución de NSSI es la terapia dialéctica-conductual (*dialectical behavior therapy*, DBT, en inglés), de Linehan. Estudios cuasi-experimentales han demostrado que, en comparación con el tratamiento habitual, la DBT para adolescentes se asocia con disminución significativa de NSSI, hospitalizaciones, ideación suicida, síntomas TLP, depresión, ansiedad y severidad global (Katz, 2004; James et al., 2008; Fleischhaker, 2011). Un estudio de Woodberry y Popenoe (2008), con una  $n = 46$  en una muestra comunitaria, refiere la reducción de la idea-

ción suicida ( $d = 0.73$ ) y de los pensamientos de NSSI ( $d = 0.62$ ) después de 15 semanas de tratamiento DBT, en el que combinaron terapia individual y grupo de habilidades. Fleischhaker (2011), con una muestra ambulatoria de 12 chicas adolescentes (de 13 a 19 años) informan de mejoras significativas en conductas suicidas al año de seguimiento (8 adolescentes realizaron una tentativa autolítica en el pre-tratamiento y durante el seguimiento no hubo ninguna tentativa autolítica), NSSI ( $d = 0.92$ ), adaptación psicosocial ( $d = 1.30$ ), aparte de mejoría en variables psicopatológicas ( $d = 0.54$  a  $2.14$ ). Por último, un estudio de Katz (2004), con una muestra hospitalaria de 14 a 17 años (grupo DBT  $n = 32$  en comparación con tratamiento habitual (*treatment as usual*, en inglés, TAU) = 30) observaron disminuciones significativas en el grupo DBT en NSSI ( $d = 0.63$ ), ideación suicida ( $d = 2.12$ ) y depresión ( $d = 1.67$ ) al año de seguimiento. Los pacientes en el grupo control también mostraron disminuciones significativas en estas variables, aunque el tamaño del efecto es globalmente menor ( $d = 0.73$ ,  $d = 1.05$  y  $d = 1.36$ , respectivamente).

La DBT combina entrenamiento en habilidades, exposición con prevención de respuesta, manejo de contingencias, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva con técnicas de *mindfulness*, validación y aceptación. La DBT asume que visiones opuestas pueden existir en la misma persona a la vez (como por ejemplo, deseo de vivir y deseo de morir), que pueden resultar en conflicto. Aceptar esta tensión y promover el cambio es un aspecto central de la DBT.

La DBT se ha adaptado (Miller et al., 2007) para la aplicación con adolescentes con múltiples problemas conductuales, incluyendo NSSI y autolesiones suicidas (Donaldson, Spirito y Esposito-Smthers, 2005). En la adaptación a población adolescente, se introducen algunas modificaciones (MacPherson, Cheavens y Fristad, 2012). En primer lugar, se incluye a la familia en (1) grupos multifamiliares de entrenamiento de habilidades, para mejorar la generalización y el reforzamiento de las habilidades y estructurar el ambiente de los adolescentes y en (2) sesiones de terapia familiar, ya que consideran que muchos problemas adolescentes incluyen al sistema de soporte primario.

Además de los cuatro módulos de habilidades (*mindfulness*, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al estrés), se añade un quinto módulo (inexistente en la versión de adultos) denominado *Walking in the middle path*, en el que se enseñan tres dilemas dialécticos adolescente-familia, que tiene por objetivo trabajar la polarización; es decir, flexibilizar el pensamiento de manera que se puedan integrar los dos polos de la dicotomía. Los dilemas que se valoran clave en esta etapa vital son los siguientes: a) "Excesiva indulgencia vs. control autoritario", que va desde la ausencia de límites y normas o ser excesivamente permisivo con el adolescente, versus implicarse en métodos de crianza coercitivos, limitando la libertad, la autonomía y la independencia; b) "Normalizar conductas patológicas vs patologizar conductas normales", que implica desde ver conductas evolutivamente normales en adolescentes como desviadas versus percibir conductas patológicas como normales de la adolescencia; y c) "Forzar autonomía vs acoger dependencia", que implica en un extremo forzar la autonomía y en el otro fomentar la dependencia de formas que limiten la autonomía del adolescente.

También se reduce la duración, de 1 año a 16 semanas, para hacerla más atractiva a los adolescentes, dado que tienden a asistir a un número limitado de sesiones, añadiendo una segunda fase de tratamiento (en grupo) de 16 semanas, que se llama "grupo graduado" y que es opcional, para los que continúen teniendo dificultades. Incluye otras estrategias como el "Coaching entre pares", "Consulta y solución de problemas con miembros del grupo" y el "Soporte, más que dependencia (*reliance*) en el terapeuta". Por otro lado, reducen el número de habilidades a trabajar en cada módulo. Por último, se modifican las tareas para casa para mejorar la adherencia terapéutica y la aplicabilidad en adolescentes.

De los estudios revisados, no se ha encontrado ningún ECA para adolescentes con NSSI. La evidencia proveniente de estudios cuasi-experimentales y con diseños pre-post indica que la DBT-A puede ser útil para reducir

días de hospitalización, ideación suicida y abandonos del tratamiento. La evidencia que da soporte en la reducción de autolesiones no suicidas es limitada (Backer, 2009; Quinn, 2009).

### *Terapia basada en la mentalización*

Siguiendo esta línea, Bateman y Fonagy han publicado un nuevo enfoque terapéutico para el TLP utilizando la terapia basada en la mentalización (MBT). La MBT es un tratamiento manualizado de un año de duración con sesiones individuales semanales y sesiones familiares mensuales. La hipótesis de la que parten es que si no hay capacidad de mentalización, lo negativo es vivido con gran intensidad, hay sentimientos de depresión elevados y urgencia de distracción. Además, si la ausencia de mentalización provoca aislamiento social, se puede caer en conducta manipuladora. Bateman y Fonagy relacionan las autolesiones con la capacidad de mentalización, en el sentido de que una baja capacidad de mentalización llevaría a problemas de regulación emocional y dificultades para gestionar la impulsividad, especialmente en el contexto de interacciones personales. Bajo esta conceptualización, el foco se sitúa en incrementar la capacidad del adolescente y de la familia para entender la acción en términos de pensamientos y emociones, que se hipotetiza que aumenta el autocontrol y la regulación emocional, esperando así disminuir las autolesiones.

Dos ECA (Bateman y Fonagy, 1999; 2008) encuentran evidencia de eficacia de disminución de autolesiones en adultos, con mantenimiento de los cambios en un seguimiento a 8 años (Bateman y Fonagy, 2008). En el único ECA con adolescentes Rossouw y Fonagy (2012) incluyen a adolescentes con autolesiones con y sin intencionalidad suicida y con depresión. Los resultados muestran que es eficaz en la disminución de las autolesiones, la sintomatología depresiva y los síntomas TLP (versus tratamiento habitual). En concreto, consiguen un índice de recuperación de NSSI del 44% en el grupo MBT, comparado con el 17% del grupo control (TAU). En el estudio, consideran que los cambios en la mentalización y el patrón de relación intervienen en la mejoría.

### *Otras psicoterapias*

La terapia multifamiliar es un tratamiento basado en el modelo social-ecológico, que focaliza las intervenciones en los múltiples sistemas que mantienen la conducta del adolescente. En un ECA (Huey, 2004) demostró superioridad en la reducción de NSSI versus la hospitalización. Como el grupo tratamiento tenía una línea base superior en relación a NSSI que el grupo control (hospi-

talización), no fue posible descartar la disminución como explicación del efecto del tratamiento.

La *Developmental group psychotherapy* (DGT) está basada en la terapia grupal dialéctica-conductual y en la terapia psicodinámica. Consiste en 8 sesiones grupales focalizadas en estrategias de resolución de problemas, regulación emocional y entrenamiento en habilidades sociales y se dirige a las áreas escuela y pares, familia, rabia, depresión y autolesiones (Wood, 2001; Hazell, 2009 y Green 2011). El estudio piloto inicial mostraba resultados prometedores, al reducir significativamente las repeticiones de conductas autolesivas a los 6 meses. Dos estudios multicéntricos controlados (Hazell et al., 2009; Green et al., 2001) no encontraron evidencia al replicarlo.

Por último, Chanen et al. (2008) compararon la terapia cognitivo-analítica (CAT) con la buena práctica clínica, esta última diseñada con el mismo propósito que el "tratamiento por expertos" de Linehan, para controlar los factores comunes de las psicoterapias. La intervención consistía en proporcionar una intervención estandarizada, de alta calidad, basada en el trabajo clínico en equipo que puede ser realizable en la mayoría de países. Se usó un modelo de resolución de problemas con módulos adicionales para los problemas más habituales (depresión, ansiedad o manejo de la rabia). La terapia cognitivo-analítica es una terapia integradora limitada en el tiempo desarrollada por Ryle y Kerr en el Reino Unido. Parte de una integración teórica y práctica de elementos de la teoría psicoanalítica de relaciones objetales y de la psicología cognitiva. Se ha utilizado en trastornos complejos como el TLP. En el estudio de Chanen et al. (2008) incluyeron a 78 adolescentes con 2 a 9 rasgos de personalidad límite y mínimo un factor de riesgo para desarrollar TLP (bajo estatus socioeconómico, trastorno negativista desafiante, síntomas depresivos o historia de abuso). A nivel global, no encontraron diferencias significativas en el cambio en autolesiones entre los dos tratamientos al final del tratamiento ni a los 24 meses.

## Discusión y direcciones futuras

Esta revisión sobre las intervenciones psicológicas para adolescentes con NSSI muestra la amplia variedad de tratamientos y la dificultad para identificar los componentes específicos necesarios para que estos sean eficaces. En la mayoría de estos tratamientos, cuando se han realizado estudios, se observan disminuciones significativas en el número de NSSI. Sin embargo, la evidencia actual, no es muy esperanzadora, ya que la mayor parte de tratamientos no tienen suficiente apoyo empírico según los criterios de la *Task Force* (ver tabla 3).

Siguiendo los criterios de la *Task Force*, en relación a los tratamientos probablemente eficaces, se puede concluir que la terapia basada en la mentalización para adolescentes (MBT-A) es el primer tratamiento eficaz para el tratamiento de las autolesiones en adolescentes, al haber demostrado diferencias significativas en un ECA. Sin embargo, hay una alta tasa de abandono (50%) en los dos grupos del estudio y estos datos no han sido replicados por un segundo grupo investigador, por lo que se considera necesario replicar el estudio.

La terapia dialéctica-conductual para adolescentes (DBT-A) ha demostrado efectividad en 13 estudios que valoran NSSI e intentos autolíticos (7 estudios la miden en un contexto clínico comunitario y 6 en un contexto residencial). Así, han demostrado una disminución de las autolesiones, con o sin intencionalidad suicida, disminución en la tasa de hospitalización psiquiátrica, disminución de síntomas asociados TLP y trastorno depresivo mayor durante el tratamiento. Se ha observado un mantenimiento significativo de la disminución de las autolesiones, de la ideación autolítica y de la sintomatología depresiva a los 12 meses. También destaca, sobre todo, por la dificultad de retención en la población adolescente, la elevada aceptabilidad y la baja tasa de abandono. Por último, implica una mejoría del funcionamiento general del adolescente y de la sintomatología depresiva en los cuidadores. Sin embargo, son necesari-

Tabla 3. Evidencia de los tratamientos psicológicos para autolesiones en adolescentes

Tratamientos bien establecidos	Tratamientos probablemente eficaces	Tratamientos experimentales
—	Dialectical-Behavior Therapy (DBT-A) Terapia basada en la mentalización (MBT-A)	Terapia de solución de problemas <i>Manual Assisted Cognitive-Behavioral Therapy</i> (MACT) <i>The treatment of SSRI Adolescent Depression</i> (TORDIA) <i>Developmental group psychotherapy</i> Terapia multifamiliar Terapia cognitivo-analítica

rios estudios de eficacia en adolescentes con mayor rigor metodológico. Si bien en el plano de la validez ecológica la DBT-A ha demostrado su efectividad, no ha sido probada en subtipos específicos de población adolescente (por ejemplo, en población con consumo de tóxicos asociado). Por otro lado, en lo relativo a la validez interna, faltan estudios que evalúen la eficacia de la DBT-A y las variaciones del formato de tratamiento principal, ampliando a muestras poblacionales más específicas y a variaciones del tratamiento en diferentes contextos (ambulatorio, hospitalización). Convendría, además, añadir nuevas medidas clínicas para valorar la evolución de los pacientes y, concretamente, la remisión de las NSSI.

A pesar de la amplia variedad de modalidades terapéuticas que se han intentado aplicar a las NSSI, intervenciones terapéuticas específicas son poco habituales (Fischer et al., 2013), y las que han demostrado algún tipo de evidencia son tratamientos diseñados para el TLP. El único tratamiento que las trata de forma directa es la terapia dialéctica-conductual, que las focaliza al incluir las autolesiones como un síntoma específico del TLP. Aún así, la duración del tratamiento tanto en la DBT-A como en la MBT-A es la misma que para el TLP, resultando muy costosa para un problema tan específico. Destaca aquí la necesidad de programas psicoterapéuticos específicos y efectivos para las autolesiones en adolescentes. Por otro lado, intervenciones más breves y menos costosas, centradas en el entrenamiento en habilidades específicas (como son las habilidades sociales o de solución de problemas), han resultado ineficientes para resolver esta problemática. Estos programas se deberían focalizar en las autolesiones y en la necesidad de ser efectivos y eficientes tanto en coste como en duración temporal, tal y como dice Wilkinson (2011).

En relación al diseño de los estudios, destacar que resulta difícil su comparación debido a la inconsistencia tanto de las definiciones como de los resultados (autolesión, NSSI, tentativas autolíticas), así como a la incompleta caracterización del tratamiento habitual (TAU) y a pocas medidas para poder identificar los “ingredientes activos”, es decir, los componentes del tratamiento más efectivos.

Tal y como señalan Brent et al. (2013), para mejorar y perfeccionar los tratamientos para las autolesiones, los estudios deberían ser más potentes estadísticamente, utilizar definiciones consistentes y aceptadas de autolesiones y diferenciar resultados entre NSSI e intentos de suicidio. En segundo lugar, el tratamiento debería tener la suficiente intensidad y duración y estar basado en lo que dice la literatura, destacando la sobriedad, procesos familiares y de soporte, y representaciones internas del apego. Por último, una dirección a considerar sería priorizar la investigación de intervenciones en adolescentes

hospitalizados, dado el elevado riesgo de recurrencia posterior al alta y la poca literatura que hay actualmente.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- \*Backer H. S., Miller A. L., & van den Bosch L. M. (2009). Dialectical behaviour therapy for adolescents: a literature review. *Journal of Psychiatry, 51*, 31–41
- \*Bannan N. (2010). Group-based problem-solving therapy in self-poisoning females: a pilot study. *Counselling and Psychotherapy Research, 10*, 201–213
- \*Bateman A., & Fonagy P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder – a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1563–1569
- \*Bateman A., & Fonagy P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry, 158*, 36–42
- \*Bateman, A., & Fonagy, P. (2008) 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry, 165* (5), 631–638
- \*Bateman A., & Fonagy P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*, 1355–1364
- \*Brent D., Emslie G., Clarke G., Wagner K. D., Asarnow J. R., Keller M., Vitiello B., Ritz L., Iyengar S., Abebe K., et al. (2008). Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 299*, 901–913
- \*Chanen A. M., Jackson H. J., McCutcheon L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E. Weinstein, C., Clarkson, V., & McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 193*, 477–484
- \*Donaldson D., Spirito A., & Esposito-Smthers C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 113–120
- \*Evans K., Tyrer P., Catalan J., Schmidt U., Davidson K., Dent J., Tata P., Thornton S., Barber J., & 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*, 19–25
- Ferrara, M., Terrinini, A., & Williams, R. (2012). Non-suicidal self-injury in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude towards death. *Child and adolescence psychiatry and mental health, 6*, 12
- \*Fischer, G., Brunner R., Parzer P., Resch F., & Kaess, M. (2013) Short-term psychotherapeutic treatment in adolescents enga-

- ging in non-suicidal self-injury: a randomized controlled trial. *Trials*, 14, 294
- \*Fleischhaker C., Böhme R., Sixt B., Brück C., Schneider C., & Schulz E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 3
- \*Green J. M., Wood A. J., Kerfoot M. J., Trainor G., Roberts C., Rothwell J., Woodham A., Ayodeji E., Barrett B., Byford S., & Harrington R. (2011). Group therapy for adolescents with repeated self-harm: randomized controlled trial with economic evaluation. *British Medical Journal*, 342, 682
- \*Hawton K., Arensman E., Townsend E., Bremner S., Feldman E., Goldney R., Gunnell D., Hazell P., van Heeringen K., House A., Owens, D., Sakinofsky, I. & Träskman-Bendz, L. (1998). Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441-447
- \*Hazell P. L., Martin G., McGill K., Kay T., Wood A., Trainor G., & Harrington R. (2009). Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: failure of replication of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 662-670
- \*Huey S. J. Jr, Henggeler S. W., Rowland M. D., Halliday-Boykins C. A., Cunningham P. B., Pickrel S. G., & Edwards J. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 183-190
- \*James, A. C., Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. (2008). A preliminary community study of dialectical behavior therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, deliberate self-harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 148-152
- \*Katz L. Y., Cox B. J., Gunasekara S., & Miller A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 276-282
- Kennard B. D., Clarke G.N., Weersing V. R., Asarnow J. R., Shamseddeen W., Porta G., Berk M., Hughes J. L., Spirito A., Emslie G. J., Keller, M. B., Wagner, K. D., & Brent, D. A. (2009). Effective components of TORDIA cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: preliminary findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1033-1041
- Klein D. A., & Miller A. L. (2011). Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 20, 205-216
- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2012). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: Theory, Treatment, Adaptations, and Empirical Outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16: 1, 59-80
- Muehlenkamp, J. J., & Gutiérrez P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescence. *Suicide Life Threat Behaviour*, 23: 12-23
- Muehlenkamp J. J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28, 166-185
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007) *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Nixon M. K., Cloutier P., & Jansson S.M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178, 306-312
- Nock, M. K., Joiner, T. E. Jr., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson E., & Prinstein M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72
- \*Quinn C. R. (2009). Efficacy of dialectical behaviour therapy for adolescents. *Australian Journal of Psychology*, 61, 156-166
- \*Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012) Mentalization-Based Treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1304-1313
- Swannell, S., Martin, G., Scott, J., Gibbons, M., & Gifford, S. (2008). Motivations for self-injury in an adolescent inpatient population: Development of a self-report measure. *Australasian Psychiatry*, 2008, 16, 98-103
- Task Force on promotion and dissemination of psychological procedures. (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychosocial treatments: report and recommendations. *The clinical Psychologist*, 48, 3-23
- \*Taylor L. M., Oldershaw A., Richards C., Davidson K., Schmidt U., & Simic M. (2011). Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 619-625
- \*Townsend E., Hawton K., Altman D. G., Arensman E., Gunnell D., Hazell P., House A., & Van Heeringen K. (2001) The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine*, 31, 979-988
- \*Tyrer P., Thompson S., Schmidt U., Jones V., Knapp M., Davidson K., Catalan J., Airlie J., Baxter S., Byford S., et al. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychological Medicine*, 33, 969-976
- \*Tyrer P., Tom B., Byford S., Schmidt U., Jones V., Davidson K., Knapp M., MacLeod A., & Catalan J. (2004). Differential effects of manual assisted cognitive behavior therapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm and personality disturbance: the POPMACT study. *Journal of Personal Disorders*, 18, 102-116
- Washburn, J. J., Richardt, S. L., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., Yourek, A., & Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6, 14
- \*Wilkinson, B. (2011) Current trends in remediating adolescent self-injury: an integrative review. *The journal of school nursing*, 2, 120-127
- \*Wood A., Trainor G., Rothwell J., Moore A., & Harrington R. (2001). Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1246-1253
- \*Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 277-286.

