

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA ENFERMERA EN ADOLESCENTES CON AUTOLESIONES Y SUS FAMILIAS: ESTUDIO PRE-POST EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL

SANDRA VICENTE GONZÁLEZ¹, MARÍA BELÉN MARTÍNEZ ALONSO²
Y MARÍA DEL ROCÍO DE LA FUENTE ALONSO²

¹Enfermera especialista en salud mental. ²Psiquiatra.

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Nicolás Peña. Vigo (Pontevedra).

RESUMEN

Objetivo: evaluar la asociación de una intervención psicoeducativa liderada por enfermería, dirigida a adolescentes con autolesiones no suicidas y sus familias, a los cambios en las actitudes hacia la conducta autolesiva y en la disposición al cambio, en una unidad de salud mental infantojuvenil (USMIJ).

Material y métodos: estudio observacional pre-post realizado en la práctica clínica habitual. Se aplicó una intervención psicoeducativa estructurada en dos sesiones, con participación familiar. Se evaluaron, antes y después de la intervención, las actitudes relacionadas con el abandono de la autolesión y el estado de disposición al cambio mediante escalas complementarias a la entrevista clínica.

Resultados: participaron 55 adolescentes atendidos en la USMIJ, con predominio femenino. El método de autolesión más frecuente fueron los cortes, generalmente, con frecuencia semanal. Se identificaron como factores asociados la ansiedad, la frustración, las dificultades en la gestión emocional y el autocastigo. Tras la intervención, se observó un incremento en las actitudes de esperanza, seguridad, intención, capacidad y resolución, así como una mayor utilización de alternativas para el manejo de la conducta autolesiva.

Conclusiones: en esta muestra clínica, la intervención psicoeducativa enfermera dirigida a adolescentes con autolesiones y sus familias se asoció a mejoras en las actitudes hacia el abandono de la conducta autolesiva y en la adopción de estrategias alternativas, lo que refuerza el papel de la enfermería en el abordaje integral de las autolesiones en la adolescencia.

Palabras clave: psicoeducación; autolesiones; adolescencia; enfermería; salud mental.

Correspondencia: Sandra Vicente González
Correo electrónico: sandravicente99.svg@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Conceptualización

La autolesión no suicida (ANS) se define como la destrucción deliberada del tejido corporal sin intencionalidad suicida y con fines no aceptados socialmente¹⁻³. Se trata de conductas dirigidas a provocar daño físico de forma inmediata, entre las que destacan el corte, el rascado, los golpes o el pellizco de la superficie corporal⁴.

Epidemiología

Las autolesiones en la adolescencia constituyen un importante problema de salud pública⁵⁻⁸, ya que presentan una importante prevalencia en muestras clínicas (30-40 %) y comunitarias (13-29 %)⁵ y la edad de inicio se sitúa entre los 11 y los 15 años⁸⁻¹⁰. No se han encontrado diferencias concluyentes por razón de sexo y dependen del tipo de muestra¹¹.

Factores de riesgo y contexto social

Estudios realizados en nuestro país en población adolescente en consultas ambulatorias de psiquiatría describen una prevalencia elevada, que varía entre el 21,7 %¹² en 2015 y el 58 %¹³ en 2022.

Respecto a la comorbilidad, se ha descrito una mayor presencia de ANS en pacientes con depresión, trastorno límite de la personalidad, abuso de sustancias, trastorno de estrés postraumático, impulsividad, comportamientos externalizantes, déficits de atención con o sin hiperactividad, trastornos de conducta y trastornos de la conducta alimentaria^{6,7,14}.

En la literatura, se han descrito factores contextuales, relacionales y traumáticos; la presencia de disfunción familiar, la historia de abuso sexual y la violencia física son algunos de los factores de riesgo para presentar ANS. A nivel social, el rechazo social,

el aislamiento y la victimización por parte de los pares, así como una baja percepción subjetiva de aceptación incrementan el riesgo de pensamientos y conductas autolíticas en los adolescentes¹⁵. La población adolescente LGTBIQ+ también presenta un mayor riesgo de infligirse autolesiones¹⁶.

En relación con el uso de internet y de las redes, Dorol-Beauroy-Eustache y Mishara sugieren que el ciberacoso (o *cyberbullying*) puede tener un efecto independiente y acumulativo en las conductas suicidas y autolesiones de los adolescentes¹⁷.

Justificación

En este contexto, la consulta de enfermería en las unidades de salud mental infantojuvenil (USMIJ) se configura como un espacio privilegiado para el abordaje de las autolesiones, al permitir intervenciones psicoeducativas estructuradas, una atención continuada y la inclusión activa de las familias, en coordinación con otros profesionales del equipo interdisciplinario.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Evaluar el cambio en las actitudes hacia la autolesión (esperanza, seguridad, intención, capacidad y resolución) y en la disposición al cambio en adolescentes con ANS tras una intervención psicoeducativa liderada por enfermería.

Objetivos secundarios

- Describir las características sociodemográficas de la población adolescente estudiada.
- Analizar la comorbilidad psiquiátrica asociada a la ANS en los adolescentes participantes.

- Caracterizar el tipo y la frecuencia de las conductas autolesivas.
- Analizar los niveles de esperanza, seguridad, intención, capacidad y resolución antes y después de la intervención.
- Analizar la actitud o disposición hacia el cambio en adolescentes con ANS antes y después de la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se diseñó un estudio observacional longitudinal pre-post, sin grupo de control, realizado en el contexto de la práctica clínica habitual en la consulta de enfermería de la USMIJ del Hospital Nicolás Peña de Vigo (Pontevedra). La intervención consistió en un programa psicoeducativo estructurado dirigido a adolescentes con ANS y sus familias, con evaluación de actitudes y del estado de disposición al cambio antes y después de la intervención.

Contexto

El estudio se desarrolló en la consulta de enfermería de la USMIJ del área sanitaria de Vigo, que se encuentra en el Hospital Nicolás Peña, un dispositivo ambulatorio especializado. La creación reciente de esta consulta permitió implementar un programa específico y estructurado para el abordaje de las conductas autolesivas en adolescentes, con participación activa de sus familias.

Población y muestra

La población de estudio estuvo formada por adolescentes atendidos en la USMIJ y sus familias, derivados a la consulta de enfermería para el abordaje de

conductas autolesivas. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Presentar ANS o haberla presentado en el último año.
- Tener una edad comprendida entre 12 y 16 años.
- Aceptar participar en el programa específico de abordaje de ANS.
- Presentar estabilidad clínica, definida como susceptibilidad de recibir tratamiento ambulatorio.

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico de trastorno del espectro autista, debido a que el material psicoeducativo utilizado no estaba adaptado a las necesidades comunicativas y cognitivas de esta población.

Se estimó inicialmente un tamaño muestral aproximado de 50 adolescentes, considerado asumible con los recursos disponibles y adecuado para una aproximación exploratoria. Durante el período de estudio, fueron derivados 56 adolescentes, de los cuales, 55 completaron las dos sesiones de la intervención y las evaluaciones «pre» y «post», constituyendo la muestra final analizada.

Variables

Se recogieron variables sociodemográficas (edad y sexo), clínicas (comorbilidad psiquiátrica), relacionadas con la autolesión (tipo, frecuencia, factores desencadenantes y factores protectores), y variables de resultado correspondientes a las dimensiones de actitud (esperanza, seguridad, intención, capacidad y resolución) y al estado de disposición al cambio. La definición operativa de las variables se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Definición de variables

Datos sociodemográficos	
Durante la entrevista y revisión de cada caso, se recogen los siguientes datos nominales, a excepción de la edad, que se trata de una variable numérica discreta.	
Edad	12-16 años
Sexo	1-Niña 2-Niño 3-Transgénero
Diagnóstico asociado	1-Trastornos afectivos 2-Trastorno de inestabilidad emocional 3-TCA 4-Sin patología asociada
Escolarización	1-Educación Secundaria Obligatoria 2-Formación Profesional 3-Educación Primaria
ANS	
Durante la entrevista y revisión de cada caso, se recogen los siguientes datos nominales.	
Tipo de autolesiones	1-Cortes 2-Rascado 3-Golpes 4-Quemaduras
Frecuencia	1-Mensual 2-Trimestral 3-Semanal 4-Más de seis meses
Factores de riesgo, disparadores o desencadenantes	1-Ansiedad 2-Frustración 3-No sabe identificarlos
Factores moderadores o protectores	1-Técnicas de relajación 2-Música 3-Mascotas 4-Amigo 5-Profesor/orientador/psicólogo 6-Dibujo/lectura/escritura 7-Padres

Continúa

Tabla 1. Definición de variables (continuación)

Cuestionario de actitudes	
Cuestionario autoadministrado conformado por 10 preguntas que se puntúan con una escala de tipo Likert de 1 a 7, siendo 1 la puntuación más baja y 7 la más alta. Se agrupan las afirmaciones en cinco aspectos que evaluar.	
Esperanza	Se puntúa cada una de las afirmaciones de 2 a 14
Seguridad	
Intención	
Capacidad	
Resolución	
Estado de la acción	
Variable nominal, que se define según la disposición del paciente para el cambio.	
Precontemplación	1
Contemplación	2
Preparación	3
Acción	4
Mantenimiento	5

ANS: autolesión no suicida; TCA: trastorno de la conducta alimentaria.

Instrumentos

Para la evaluación de las actitudes hacia la autolesión, se utilizó un cuestionario autoadministrado de 10 ítems con escala de Likert de 1 a 7, agrupado en cinco dimensiones —esperanza, seguridad, intención, capacidad y resolución—, con una puntuación total por dimensión de 2 a 14 puntos. El instrumento se adaptó a partir de propuestas descritas en la literatura, si bien, no dispone de validación formal en población adolescente española, por lo que su uso en este estudio tiene carácter exploratorio.

El estado de disposición al cambio se evaluó según el modelo transteórico, clasificando a los adolescentes en las fases de precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento,

mediante autoidentificación guiada durante la entrevista clínica.

En la tabla 2, se recogen los recursos empleados.

Procedimiento

Los adolescentes fueron informados del programa por su profesional de referencia (psiquiatra o psicólogo) y derivados a la consulta de enfermería si cumplían los criterios establecidos. La intervención consistió en dos sesiones presenciales semanales de, aproximadamente, 60 minutos, con participación del adolescente y sus cuidadores principales.

En la primera sesión, se realizó la acogida, la intervención psicoeducativa individual y familiar, la administración del cuestionario de actitudes y la evalua-

Tabla 2. Recursos empleados

Recursos humanos	
Tres psiquiatras y cuatro psicólogos	Responsables de la captación de la muestra según los criterios de inclusión y exclusión.
Enfermera especialista en salud mental	Responsable de implantar la intervención psicoeducativa, y de la recogida e interpretación de datos.
Recursos materiales	
Guía de evaluación y manejo de autolesiones en la adolescencia ¹⁸	Formato de revista a color impreso por el servicio de reprografía.
Cuestionario de actitudes	Se administra en formato impreso en blanco y negro.
Consulta de enfermería	Espacio destinado para intervenciones enfermeras con el mobiliario y dotación ofimática adecuados para intervenciones individuales y con la familia del paciente.

ción del estado de disposición al cambio. En la segunda sesión, se resolvieron dudas, se revisó el material entregado y se consensuó un plan de manejo de las conductas autolesivas. El contenido detallado de las sesiones se presenta en las tablas 3 y 4.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados mediante el programa IBM SPSS Statistics 27.0. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas mediante fre-

cuencias y porcentajes, y de las variables cuantitativas, mediante media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), según su distribución.

La normalidad de las variables cuantitativas se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Para la comparación de las puntuaciones pre- y posintervención se utilizaron pruebas paramétricas (prueba de la *t* de Student para muestras relacionadas) o no paramétricas (prueba de Wilcoxon), según proce-

Tabla 3. Primera sesión

PRIMERA SESIÓN CON LOS ADOLESCENTES			
Presentación	Entrevista	Evaluación	Intervención
• Consulta de enfermería • Programa de abordaje de CANS • Contacto con la consulta	• Tipo de autolesiones • Comorbilidad • Frecuencia • Nivel de malestar • Situación psicofamiliar • Factores desencadenantes y protectores	• Cuestionario de evaluación de actitudes¹⁹ • Estado de cambio (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento)	• Aspectos que trabajar según la evaluación • Factores desencadenantes y protectores • Conductas alternativas • Entrega de la guía

Continúa

Tabla 3. Primera sesión (continuación)

PRIMERA SESIÓN CON LOS PADRES		
Presentación	Entrevista	Intervención
• Consulta de enfermería • Programa de abordaje de CANS • Contacto con la consulta	• Tipo de autolesiones • Comorbilidad • Frecuencia • Nivel de malestar • Situación psicofamiliar • Factores desencadenantes y protectores	• Principios básicos • Conductas alternativas • Entrega de la guía

CANS: conductas autolesivas no suicidas.

Tabla 4. Segunda sesión

SEGUNDA SESIÓN CON LOS ADOLESCENTES			
Entrevista	Revaluación	Evaluación	Intervención
• Consulta abierta • Resolución de dudas	• Cuestionario de evaluación¹⁹ • Estado de cambio (precontemplación, contemplación, preparación para la acción y mantenimiento¹⁹)	• Aspectos que trabajar según la evaluación de las actitudes • Efectividad de las conductas alternativas	• Plan consensuado para reconducir las conductas

SEGUNDA SESIÓN CON LOS PADRES		
Presentación	Revaluación	Intervención
• Consulta abierta • Resolución de dudas	• Factores desencadenantes y protectores	• Plan consensuado para reconducir las conductas

CIERRE CONJUNTO	
Despedida	Intervención
• Cierre del programa • Sugerencias y ruegos	• Presentación del plan consensuado para reconducir las conductas • Refuerzo de las herramientas trabajadas

diera. El cambio en el estado de disposición al cambio se analizó mediante la prueba Q de Cochran. Se consideró un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Pontevedra-Vigo-Ourense (código

2024/192) y por la Gerencia del Área Sanitaria de Vigo el 23/07/2024. Se obtuvo consentimiento informado por escrito de los progenitores o tutores legales, así como el asentimiento de los adolescentes participantes. La negativa a autorizar la recogida de datos no impidió el acceso al programa asistencial.

RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra estuvo formada por 55 adolescentes atendidos en la USMIJ (tamaño de la muestra [n] = 55), con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años y una media de edad de 13,8 años. Se observó un claro predominio del sexo femenino, que representó el 94,5 % de la muestra.

En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica, los diagnósticos asociados más frecuentes fueron los trastornos afectivos (61,8 %), el trastorno de inestabili-

dad emocional (47,3 %) y los trastornos de la conducta alimentaria (21,8 %). El resto de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra se detallan en la tabla 5.

Características de las autolesiones y factores asociados

El tipo de ANS más frecuente fueron los cortes autoinfligidos, presentes en el 80,0 % de los adolescentes, seguidos de las conductas de rascado (38,2 %). Respecto a la frecuencia de las autolesiones, el 47,3 % de los participantes refirió episodios semanales, y el 40,0 %, episodios mensuales, mientras que un porcentaje menor informó de conductas más esporádicas (v. tabla 5).

Entre los factores asociados o desencadenantes de la conducta autolesiva, los adolescentes identificaron, principalmente, ansiedad (85,5 %), frustración (58,2 %), dificultades en la gestión emocional (27,3 %) y autocastigo (18,2 %).

Tabla 5. Características de la muestra (n = 55), patrón de autolesiones y factores asociados/moderadores

Características de la muestra			
Edad	13,89 (DE: 0,875)		
		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	52	94,5 %
	Masculino	2	3,6 %
	Otros	1	1,8 %
Comorbilidad	Trastornos afectivos	34	61,8 %
	Trastorno de inestabilidad emocional	26	47,3 %
	TCA	12	21,8 %
	Otros	4	7,3 %
Escolarización	ESO	52	94,5 %
	Otros	3	5,5 %

Continúa

Tabla 5. Características de la muestra (n = 55), patrón de autolesiones y factores asociados/moderadores (continuación)

		Frecuencia	Porcentaje
Autolesiones			
Tipos	Cortes	44	80%
	Rascado	21	38,2%
	Golpes	5	9,1%
	Quemaduras	3	5,5%
Frecuencia	Semanal	26	47,3%
	Mensual	22	40%
	Trimestral	3	5,5%
	Más de seis meses	4	7,3%
Factores asociados	Ansiedad	47	85,5%
	Frustración	32	58,2%
	Dificultad de gestión emocional	15	27,3%
	Autocastigo	10	18,2%
Factores moderadores	Relajación	36	65,5%
	Música	47	85,5%
	Redes sociales	45	82,5%
	Mascotas	19	34,5%
	Apoyo de amigos	34	61,8%
	Apoyo del profesorado	6	10,9%
	Lectura/escritura	14	25,5%
	Apoyo paterno	11	20%

DE: desviación estándar; ESO: Educación Secundaria Obligatoria; n: tamaño de la muestra; TCA: trastorno de la conducta alimentaria.

En relación con los factores moderadores o reguladores de la conducta autolesiva, los participantes señalaron con mayor frecuencia la música (85,5%), el uso de redes sociales (82,5%), las técnicas de relajación (65,5%) y el apoyo de amigos (61,8%). En menor medida, identificaron como factores reguladores las mascotas (34,5%), la lectura o escritura (25,5%), los padres (20,0%) y el profesorado

(10,9%). Estos resultados se presentan de forma detallada en la tabla 6.

Cambios «pre-post» en actitudes hacia la autolesión y disposición al cambio

Tras la intervención psicoeducativa liderada por enfermería, se observaron mejoras en las actitudes

Tabla 6. Resultados «pre-post» en actitudes y disposición al cambio

		Preintervención	Posintervención	<i>p</i>
Cuestionario de actitudes	Esperanza	8,65 (DE: 3,054)	9,29 (DE: 2,923)	<0,001
	Seguridad	8,00 (RIC: 6-11)	10,00 (RIC: 8-12)	<0,001
	Intención	11,00 (RIC: 9-12)	11,00 (RIC: 10-13)	= 0,013
	Capacidad	9,00 (RIC: 6-11)	10,00 (RIC: 7-12)	<0,001
	Resolución	9,00 (RIC: 8-12)	10,00 (RIC: 8-13)	<0,001
Estado de disposición al cambio		2,00 (RIC: 2-3)	2,00 (RIC: 2-4)	= 0,034

DE: desviación estándar; *p*: nivel de significación estadística; RIC: rango intercuartílico.

de los adolescentes hacia el abandono de la conducta autolesiva. La dimensión de esperanza se expresó como media y DE, mientras que el resto de las dimensiones se presentaron como mediana y RIC, de acuerdo con la distribución de los datos.

La puntuación media de esperanza aumentó de 8,65 (DE: 3,05) antes de la intervención a 9,29 (DE: 2,92) tras esta, diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Asimismo, se observaron incrementos significativos en las dimensiones de seguridad, intención, capacidad y resolución tras la intervención, cuyos valores pre- y posintervención se detallan en la tabla 6.

En cuanto al estado de disposición al cambio, se evidenció un avance significativo tras la intervención enfermera, pasando de una mediana de 2,00 (RIC: 2-3) en la evaluación previa a 2,00 (RIC: 2-4) en la evaluación posterior ($p = 0,034$), según la prueba Q de Cochran (v. tabla 6).

DISCUSIÓN

El presente estudio describe el perfil clínico y sociodemográfico de adolescentes con ANS atendidos en una USMIJ y evalúa los cambios en las actitudes y

la disposición al cambio tras una intervención psicoeducativa liderada por enfermería, integrada en la práctica clínica habitual.

La muestra obtenida, aunque limitada en tamaño, resulta adecuada y coherente con los recursos materiales, temporales y humanos disponibles, así como con el carácter asistencial del programa. Si bien el número de participantes es inferior al de otros estudios previos realizados en contextos similares^{12,13}, el perfil de los adolescentes incluidos es comparable, lo que permite contextualizar los resultados en el marco de la literatura existente. No obstante, el tamaño muestral reducido limita la representación de colectivos específicos, como la población LGT-BIQ+, aspecto que debe tenerse en cuenta en la interpretación de los resultados.

Los datos sociodemográficos observados coinciden con los descritos en estudios previos, tanto en la media de edad de los participantes, situada en torno a los 13 años, como en el claro predominio del sexo femenino¹¹⁻¹³. Estos hallazgos refuerzan la evidencia existente sobre la mayor prevalencia de ANS en chicas durante la adolescencia temprana. En este estudio, no se encontraron diferencias entre sexo y tipo de autolesión, lo que concuerda con parte de la literatura y sugiere que, más

allá del género, otros factores clínicos y contextuales podrían tener un mayor peso en la expresión de la conducta autolesiva.

En relación con la frecuencia de las autolesiones, únicamente un 10% de los adolescentes refirió episodios esporádicos, mientras que la mayoría presentaba una frecuencia semanal o mensual. Este patrón perfila a la muestra como una población clínica con elevada necesidad de intervención específica y continuada, en consonancia con estudios realizados en dispositivos de salud mental infantojuvenil en nuestro país^{12,13}. Este hallazgo justifica la implementación de programas estructurados y de seguimiento regular, como el descrito en este estudio.

La comorbilidad psiquiátrica observada —caracterizada, principalmente, por trastornos afectivos, trastorno de inestabilidad emocional y trastornos de la conducta alimentaria— es consistente con lo descrito previamente en la literatura^{6,7,14}. La ausencia en esta muestra de otros trastornos asociados en estudios previos, como el abuso de sustancias o el trastorno de estrés postraumático, podría explicarse por las características del dispositivo asistencial, la edad de los participantes o el tamaño muestral.

Los factores emocionales identificados por los adolescentes —ansiedad, frustración, dificultades en la gestión emocional y autocastigo— refuerzan la necesidad de que las intervenciones enfermeras incluyan de forma prioritaria el abordaje de la regulación emocional, la autoestima y las habilidades de afrontamiento. Asimismo, los recursos utilizados por los adolescentes para manejar las autolesiones, mayoritariamente, externos (música, redes sociales, apoyo social) e internos (relajación, estrategias cognitivas), ponen de manifiesto la importancia de intervenir no solo a nivel individual, sino también en los distintos ámbitos comunitarios y familiares, con especial relevancia de las unidades de salud mental como espacios de coordinación y apoyo.

En cuanto a los resultados de la intervención, el uso de escalas permitió objetivar un aumento en las actitudes de esperanza, seguridad, intención, capacidad y resolución, así como una mayor disposición al cambio tras la intervención psicoeducativa enfermera. Aunque el diseño del estudio no permite establecer relaciones causales, estos cambios pueden interpretarse como clínicamente relevantes, al reflejar un fortalecimiento de los recursos internos del adolescente y una mayor percepción de autoeficacia para utilizar alternativas a la conducta autolesiva. Estos aspectos son considerados elementos claves en los modelos de cambio conductual y en el abordaje progresivo de la ANS.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, el tamaño muestral y el muestreo no aleatorizado limitan la validez externa de los resultados. En segundo lugar, la ausencia de un grupo de control impide atribuir los cambios observados exclusivamente a la intervención. Asimismo, la baja representación de chicos y de diversidad de género restringe la generalización de los hallazgos a otros colectivos. Por último, la falta de seguimiento a medio y largo plazo no permite determinar si las mejoras observadas se mantienen en el tiempo ni si se asocian a una reducción real de la frecuencia de las autolesiones.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta implicaciones relevantes para la práctica clínica. La intervención descrita resulta factible, integrada en la práctica asistencial y alineada con las recomendaciones del protocolo basado en la evidencia de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS)¹⁸. Los resultados refuerzan el papel de la enfermera especialista en salud mental como figura clave en el abordaje psicoeducativo de las autolesiones en la adolescencia, especialmente, por su capacidad para realizar intervenciones estructu-

radas, trabajar con las familias y favorecer el seguimiento continuado.

De cara a futuras investigaciones, se recomienda ampliar el tamaño muestral, desarrollar estudios multicéntricos y diseñar ensayos controlados aleatorizados que permitan evaluar la efectividad y la relación de coste-efectividad de este tipo de intervenciones. Asimismo, resulta necesario avanzar en la validación formal de instrumentos específicos para la evaluación de las autolesiones, que complementen la entrevista clínica y faciliten una evaluación más estructurada de los procesos de cambio.

CONCLUSIONES

Las autolesiones en la adolescencia constituyen un problema relevante de salud pública, con elevada presencia de comorbilidad psiquiátrica y predominio femenino.

La intervención psicoeducativa de enfermería en la USMIJ se asocia a una mejora significativa en las actitudes hacia el abandono de la autolesión (esperanza, seguridad, intención, capacidad y resolución) y en el estado de disposición al cambio.

Este tipo de programas, integrados en la práctica clínica habitual, resultan factibles y útiles, y refuerzan el papel de la enfermera especialista en salud mental en el abordaje de las autolesiones.

Se precisan estudios con muestras mayores, diseños controlados y seguimiento longitudinal, así como la validación de instrumentos específicos, para consolidar la evidencia disponible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nock M, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents:

diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):65-72.

2. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal self-injury in adolescence. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(3):20.
3. Halicka J, Kiejna A. Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: criteria differentiation. *Adv Clin Exp Med.* 2018; 27(2):257-61.
4. Romero Cela S, Méndez Blanco I, Puntí Vidal J. Autolesiones no suicidas. En: Lázaro García ML, Moreno Pardillo DM, Rubio Morell B (eds.). *Manual de psiquiatría de la infancia y de la adolescencia.* Barcelona: Elsevier; 2021. p. 443-51.
5. Vega D, Sintés A, Fernández M, Puntí J, Soler J, Santamarina P, et al. Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why? *Actas Esp Psiquiatr.* 2018;46(4):146-55.
6. Gandhi A, Luyckx K, Baetens I, Kiekens G, Sleuwaegen E, Berens A, et al. Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: an event history analysis of pooled data. *Compr Psychiatry.* 2018; 80:170-8.
7. Bordalo F, Carvalho IP. The role of alexithymia as a risk factor for self-harm among adolescents in depression – a systematic review. *J Affect Disord.* 2022;297:130-44.
8. Vega D, Torrubia R, Soto À, Ribas J, Soler J, Pascual JC, et al. Exploring the relationship between non suicidal self-injury and borderline personality traits in young adults. *Psychiatry Res.* 2017;256:403-11.
9. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010;6:339-63.
10. Jans T, Vloet TD, Taneli Y, Warnke A. Suicidio y conducta autolesiva. En: Rey JM, Martín A (eds.). *Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP.* Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines (IACAPAP); 2018. Disponible en: https://www.iacapap.org/_Resources/Persistent/46d6d8e2a8dbfcee549f8749dd9c1095630f4d3/E.4-Suicidio-Spanish-2018.pdf
11. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev.* 2012;32(6):482-95.
12. Díaz de Neira M, García-Nieto R, De León-Martínez V, Pérez Fominaya M, Baca-García E, Carballo JJ. Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015; 8(3):137-45.
13. Méndez I, Sintés A, Pascual JC, Puntí J, Lara A, Briones-Buixassa L, et al. Borderline personality traits mediate the relationship between low perceived social support and non-suicidal self-injury in a clinical sample of adolescents. *J Affect Disord.* 2022;302:204-13.
14. Varela-Besteiro O, Serrano-Troncoso E, Rodríguez-Vicente V, Curet-Santisteban M, Conangla-Roselló G, Cecilia-

- Costa R, et al. Suicidal ideation and self-injurious behavior in adolescents with eating disorders. *Actas Esp Psiquiatr*. 2017;45(4):157-66.
15. Cheek SM, Reiter-Lavery T, Goldston DB. Social rejection, popularity, peer victimization, and self-injurious thoughts and behaviors among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2020;82:101936.
16. Williams AJ, Arcelus J, Townsend E, Michail M. Examining risk factors for self-harm and suicide in LGBTQ+ young people: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2019; 9(11):e031541.
17. Dorol-Beauroy-Eustache O, Mishara BL. Systematic review of risk and protective factors for suicidal and self-harm behaviors among children and adolescents involved with cyberbullying. *Prev Med*. 2021;152(Pt 1):106684.
18. Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2022. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/02/2020_avalia-t_opbe_autolesionesadolesc_def_nipo_doi-1.pdf
19. Lloyd-Richardson EE, Baetens I, Whitlock JL (eds.). *The Oxford handbook of nonsuicidal self-injury*. Oxford: Oxford University Press; 2023.