



MANEJO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN EL CSM

Rafael Angel Baena Mures, Iñigo Alberdi Páramo, Beatriz Serván Rendón-Luna, María Dolores Saiz González

rafael.baena.mures@gmail.com

NSSI, suicidio, autolesiones, tratamiento

aripiprazole, dual disorder, cocaine

RESUMEN

Manejo de las autolesiones desde el CSM

Ante la enorme prevalencia de las autolesiones no suicidas en los pacientes psiquiátricos y dado que constituyen una de las manifestaciones que tiene más repercusión en la funcionalidad de los pacientes.

OBJETIVOS

Revisar en la literatura la evidencia científica acerca del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de las autolesiones no suicidas

MÉTODOS

Búsqueda en Pubmed de la evidencia actual

RESULTADOS

Los modelos más estudiados son el tratamiento con terapia dialéctico conductual, la terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitivo conductual junto a la terapia centrada en resolución de problemas. Desde el punto de vista farmacológico, los antidepresivos entre ellos los ISRS, algunos antipsicóticos, estabilizadores del tono del humor y otros fármacos cuyo uso está menos extendido como son los agonistas opiáceos arrojan resultados positivos sobre el control de estos síntomas.

MANEJO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN EL CSM

CONCLUSIONES

Las autolesiones pueden ser el paso previo a un intento autolítico, conductas autodestructivas y la aparición de trastornos mentales (depresión, trastornos de ansiedad, TLP, consumo de tóxicos, TCA, TOC...)

Ante el crecimiento exponencial de estos síntomas, queremos realizar una actualización de los conocimientos hasta el momento actual que doten al clínico de herramientas que le permitan un manejo adecuado de dicha sintomatología.

DESARROLLO

Las autolesiones no suicidas (NSSI-non suicidal self-injury) se han convertido en un problema de salud pública y es un problema clínico al que nos enfrentamos con cada vez más frecuencia en nuestra práctica clínica diaria.

El objetivo del presente trabajo es dotar a los clínicos que se enfrentan a diario a este síntoma tan prevalente de las mejores herramientas terapéuticas disponibles para afrontar la desbordante “ola” de autolesiones que atendemos tanto en las consultas ambulatorias como en las urgencias hospitalarias.

Las autolesiones suicidas son un problema de salud pública con una elevada prevalencia, que crece en los últimos años y que ha pasado de convertirse en un síntoma escondido a una conducta “visible” y casi “exhibicionista” en algunos casos (Glenn et al., 2016¹, Madge et al., 2011², Lockwood et al., 2018³) que además se asocia con una elevada psicopatología, riesgo de intentos de suicidio y elevada demanda de atención por parte de los clínicos (Ougrin et al., 2012, Rodav et al., 2014).

La prevalencia de las autolesiones oscila en la muestra que se analice, pero si que existe un consenso acerca de la elevada asociación de autolesiones no suicidas con patología psiquiátrica.

MANEJO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN EL CSM

En un estudio de Nock en 2006 se establece que el 87.6% de los pacientes que se autolesionan presentan patología psiquiátrica (Nock et al., 2006), siendo el “cutting” el método más común utilizado (Wilkinson, 2013; Horgan and Martin, 2016).

En cuanto a los mecanismos psicológicos que subyacen a las autolesiones no suicidas se plantean en orden de prevalencia: regulación afectiva, reducción del dolor mental y transferencia de este a un dolor físico, auto-castigo, influencia en otra gente, anti-disociación, anti-suicidio y búsqueda de emociones (Klonsky, 2007, Lloyd-Richardson et al., 2009; Glenn and Klonsky., 2010).

Se estima que esta patología tiene un coste elevado así como el impacto en la atención que se aproxima a los 60 millones de euros (National Institute for Health and Environment [RIVM] 2016- Holanda) y de unos 200 millones de dólares en costes médicos en los EEUU (Glenn et al., 2016).

Frente a esta desorbitante situación nos encontramos con que no existen en el momento actual con tratamientos psicofarmacológicos que hayan sido aprobados por la FDA para el tratamiento de las autolesiones no suicidas, por ello el propósito de este trabajo es conocer el estado de la evidencia actual acerca de la neurobiología que puede estar implicada en las autolesiones y que tratamientos dispone el clínico para enfrentarse a las mismas.

Cullen et al., 2017 obtuvieron imágenes con resonancia magnética funcional de un grupo de adolescentes que se autolesionaban y se compararon con una cohorte sana. Se hipotetizó que dado que las autolesiones tenían una función de regular emociones negativas (Klonsky, 2007) redes neuronales que implicasen a la amígdala frontal y su red estarían implicadas en la neurobiología de las autolesiones (Plener, Bubalo, Fladung, Ludolph & Lulé, 2012). En este estudio de Cullen se objetivó que comparado con sujetos sanos adolescentes que se autolesionaban mostraban menor conectividad entre la amígdala baja y redes frontales pero

MANEJO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN EL CSM

elevada conectividad con el córtex cingulado dorsal y el área suplementaria motora y córtex cingulado anterior. Esto podría explicar según comenta el autor la relación entre los afectos negativos excesivos y la conducta motora y por otro lado, la relevancia de la corteza orbitofrontal y el núcleo accumbens en la conducta “adictiva” de estas autolesiones (Mitchell et al., 2012; Volkow et al., 2007) a pesar de que estas redes no se han estudiado directamente.

Este conocimiento ha hecho que se pongan en marcha estudios experimentales con acetilcisteína y antagonistas opiáceos para el tratamiento de las autolesiones.

Otros hallazgos neurobiológicos ponen en relevancia la “disociación” del dolor que experimentan pacientes que se autolesionan hipotetizando que existen mecanismos de “down-regulation” desde núcleos límbicos lo que produciría hipoanalgesia o analgesia (Schmahl, 2015).

Además, dado que las autolesiones tienen el efecto de disminuir estados mentales “aversivos o negativos” se han valorado los marcadores de estrés en relación con las autolesiones. Se ha objetivado en pacientes adolescentes con autolesiones que los niveles de cortisol plasmático están más elevados en la mañana y más bajos en el test de supresión con dexametasona.

Se han replicado en varios estudios que existe una desviación de los niveles de cortisol cuando se expone a una situación de estrés social (Kaess et al., 2012; Plener et al., 2017). En relación con estos hallazgos también se ha demostrado que presentan una gran respuesta del cortisol a los estímulos dolorosos (Osuch et al., 2014).

Si valoramos la interacción gen-ambiente también se ha objetivado que existe mutaciones con un alelo corto en la región polimórfica unida al transportador de serotonina (5-HTTLPR) del gen SLC6A4.

MANEJO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN EL CSM

Tratamiento de las autolesiones no suicidas

La primera intervención que debemos de realizar debe ir dirigida a una exploración física de la autolesión (profundidad de la autolesión, posibilidad de contaminación, gravedad de la lesión, necesidad de tratamiento quirúrgico o no, necesidad de vacunación anti-tetánica...)

Tras esta primera valoración deberemos de realizar una valoración psicopatológica, que debe de incluir la valoración del riesgo suicida (pues no debemos olvidar que existe un riesgo de intentos autolíticos. Se debe de preguntar acerca de la frecuencia con la que se realiza la autolesión, los métodos, factores intrafamiliares y extra familiares que pueden estar influyendo en la aparición de dicha sintomatología.

La mayor evidencia científica para el tratamiento de las autolesiones se encuentra en los tratamientos psicoterapéuticos.

AEPNYA recoge entre sus protocolos para el tratamiento de las autolesiones no suicidas los siguientes tratamientos:

Terapia basada en Solución de problemas	Estrategia basada en que el individuo tiene un déficit en su capacidad para resolver problemas de otra manera Primera fase: El terapeuta ayuda al paciente a identificar y definir los problemas y los factores que contribuyen al mismo Segunda fase: El terapeuta ayuda al paciente a generar soluciones al problema identificado (“brainstorming”) Tercera fase: El terapeuta apoya al paciente en decidir cuál es la mejor
--	---

MANEJO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN EL CSM

	solución desde un punto de vista cognitivo y conductual
Terapia cognitivo conductual	<p>Abordaje similar al llevado a cabo en casos de depresión. Se basa en la idea de que la forma en que el individuo interpreta acontecimientos está relacionada con el ánimo y el comportamiento.</p> <p>El objetivo es cambiar el contenido cognitivo del comportamiento suicida y el afecto asociado al mismo.</p>
Entrenamiento en habilidades sociales	<p>Objetivo: Conseguir que el paciente se comunique de una forma más efectiva con aquellas personas con las que se encuentra en desacuerdo</p> <p>A menudo se utilizan técnicas de role-playing</p> <p>Objetivos secundarios: Mejorar la asertividad y la confianza en uno mismo, sobre todo en situaciones sociales.</p>
Reconocimiento y control de la ira	<p>Objetivo: Reconocer y controlar los sentimientos de ira antes de que la conducta se agrave y se provoquen autolesiones.</p> <p>Se emplean técnicas como el “termómetro de sentimientos” y “distracción” tras identificar sentimientos que están llegando al punto sin retorno</p>
Terapia de familia	A menudo se emplea un enfoque educacional, cuyo objetivo es la solución

MANEJO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN EL CSM

	<p>del conflicto intrafamiliar y la mejora en las habilidades de comunicación</p> <p>Harrington et al, 1998: las terapias familiares breves en el domicilio de los pacientes NO son más efectivas que un número reglado en el entorno clínico</p>
Terapia basada en la mentalización	<p>Es una terapia de corte psicodinámico, con gran base teórica en la teoría del apego (Bowlby, 2011) y diseñada especialmente para el tratamiento del trastorno límite de personalidad.</p> <p>Hace referencia a la mentalización como la capacidad para percibir e interpretar la conducta como estrechamente relacionada con estados mentales intencionales, y se basa en que nuestros estados mentales influyen en nuestra conducta (Bateman y Fonagy, 2006).</p> <p>Se divide en varias fases:</p> <p>Primera fase: Conseguir que el paciente se involucre en el tratamiento.</p> <p>Se evalúa la capacidad de mentalización del paciente.</p> <p>Segunda fase: Es el trabajo arduo, se basa en terapia individual y grupal en la que el paciente trabaja la mentalización (terapias dirigidas y de intensidad creciente)</p> <p>Fase final: Se prepara al paciente para la finalización del tratamiento, mantener la mejoría y trabajar la independencia.</p>

MANEJO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN EL CSM

	(Sánchez Quintero & De la Vega (2013))
Terapia dialéctico conductual	Basada en principios budistas, cognitivo-conductuales, de solución de problemas y entrenamiento en habilidades. Intenta encontrara un balance entre que el paciente realice cambios funcionales en su día a día y de forma concomitante aceptarse a si mismo. En el caso de las autolesiones se intenta reducir estos comportamientos mientras desarrolla nuevas herramientas y habilidades de afrontamiento para lidiar con obstáculos motivacionales y promover la generalización de nuevas habilidades fuera del entorno terapéutico (Muehlenkamp, 2006)

Tabla modificada a partir de AEPNYA (Protocolos, 2008)

Las terapias que mayor evidencia han demostrado son la terapia dialéctico conductual y la terapia basada en la mentalización. En un meta-analisis reciente de Kothgassner ²⁵ de 2020, en el que se incluyeron 25 estudios con casi 1500 pacientes en tratamiento psicoterapéutico vs 1400 como control. De estos 25 estudios:

- 5 terapia basada en la intervención familiar
- 5 terapia grupal
- 4 terapia dialéctico-conductual
- 3 terapia basada en la mentalización
- 1 terapia integrativa
- 1 terapia cognitiva analítica

MANEJO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN EL CSM

Los resultados como mencionábamos previamente refieren que la terapia que mas eficacia ha demostrado es la terapia dialéctico-conductual.

Resumiendo la eficacia de las intervenciones terapéuticas en NSSI según el meta-analisis de Kothgassner²⁵

- Muestran una pequeña, pero estadísticamente significativa, mejoría en reducir las autolesiones frente a control

Eficacia de las intervenciones en la reducción de la ideación suicida

- Tienen un efecto moderado reduciendo la ideación suicida frente al grupo control

Eficacia de las intervenciones en reducir los síntomas depresivos

Se ha demostrado una ligera mejoría en la clínica depresiva en los que reciben tratamiento frente a los que no

Si que recalcan la necesidad de vincular a la paciente al tratamiento psicoterapéutico (guías de práctica clínica como la NICE, 2013) recuerdan que la intervención terapéutica debe adaptarse a las necesidades individuales y ser consistente con las estrategias del tratamiento a largo plazo.

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

El tratamiento psicofarmacológico estaría indicado siempre que exista una patología comórbida. Dada la elevada prevalencia de clínica depresiva entre pacientes que se autolesionan han demostrado eficacia²⁶:

- ISRS
- Venlafaxina
- Estabilizadores del tono del humor (litio, efecto anti-suicida)
- Antipsicóticos atípicos (aripirazol-risperidona-paliperidona)
- Experimentales:
 - Buprenorfina
 - N-acetilcisteína
 - Ketamina

MANEJO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN EL CSM

En una reciente revisión de la COCHRANE (Witt et al, 2021²⁶) se hace referencia a que los antidepresivos no han demostrado una eficacia significativa frente a placebo. Si que los antipsicóticos han demostrado disminuir la repetición de conductas autolesivas frente a placebo. Esta mejoría no se ha podido demostrar comparando los antipsicóticos frente a otros comparadores, al igual que los estabilizadores del tono del humor no han demostrado mejorar la tasa de repetición de autolesiones frente a placebo.

Por último finaliza recomendando el uso de terapia combinada: farmacológica + psicoterapéutica.

Los datos arrojados por la revisión previa han sido replicados por el grupo de Carrasco et al. 2017²⁷, con el uso de antipsicóticos de liberación prolongada (palmitato de paliperidona mensual). En este estudio se objetivaba:

- una disminución de las conductas impulsivas-disruptivas,
- se lograba una tranquilización general
- Mejora de la afectividad y la vinculación
- Disminución del riesgo de suicidio
- Toma de conciencia de enfermedad
- Reducción del consumo de BZDs y alcohol

En un estudio de Nickel et al., 2006²⁸ con aripiprazol 15 mg/día en TLP demostraron disminución de puntuación en HAM-D, HAM- A, SCL-90 y en el cuestionario de estado-rasgo ansiedad, pero sin embargo no demostró una disminución de las conductas autolesivas.

Los ILD se postulan como tratamientos idóneos para mejorar la adherencia del paciente al tratamiento psicoterapéutico, frente al uso como método de contención y control en épocas anteriores.

MANEJO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN EL CSM

En cuanto a los tratamientos experimentales que mencionábamos previamente, existen estudios de grupos en los que se hipotetiza que el uso de buprenorfina (Serafini et al., 2018)²⁹ que han demostrado que el uso de buprenorfina a dosis de 0.1-0.2 mg/día puede mejorar la clínica depresiva y la ideación suicida. Aunque concluye el estudio refiriendo que es preciso evaluar la eficacia y seguridad de este tratamiento a largo plazo dado el potencial de abuso de la buprenorfina. Se utilizaba la buprenorfina en pacientes que no habían respondido a tratamientos previos entre los que se incluían los antidepresivos y la TEC.

Además, en dicho artículo se hipotetiza que la ketamina y esketamina al ser antagonistas del receptor NMDA que se une al receptor opioide mu y sigma lo que explicaría la rapidez del efecto antidepresivo junto con una rápida reducción de la conducta suicida.

Por último, dados los buenos resultados de la n-acetilcisteína en pacientes con conductas repetitivas, mal-adaptativas como problemas de abuso de sustancias y problemas compulsivos además de trastornos del neurodesarrollo, Cullen et al., 2018³⁰, inician un estudio con 600 mg dos veces al día, semana 1-2; 1200 mg 2 veces al día semanas 3 y 4, y 1800 mg 2 veces al día de la semana 5 a la 8. Se demuestra que disminuyen las conductas autolesivas y la puntuación en las escalas. Además se complementa la parte más clínica con pruebas de imagen funcional con lo que se objetiva:

- Mejora de la comunicación de la amígdala derecha con corteza frontal derecha
- Circuitos cortico-límbicos (tx afectivos)
- No se vieron cambios en todos, pero en los que si se vieron cambios son los que mejoraron de clínica afectiva y NSSI
- La amígdala y el n. accumbens son potenciales dianas terapéuticas

MANEJO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN EL CSM

CONCLUSIONES

- Poca evidencia acerca de la mejora de NSSI con psicofármacos (a pesar de la práctica)
- Es necesario descartar la existencia de patología comórbida, para tratar
- Existe evidencia científica de que TDC y TBM, consiguen un adecuado control tanto durante el tratamiento como en fases posteriores.
- En casos muy graves, los AP han demostrado ser eficaces (Típicos, atípicos y Ag parciales). Más eficaces que anticonvulsivantes como eutimizantes y estabilizadores.
- ¿PAPEL de los ILD? Más eficaces porque mejoran adherencia
- Existen nuevas líneas potenciales de tratamiento (naltrexona, buprenorfina, n-acetil cisteína).
- NMDA Atg (Ketamina- Esketamina tendrán su lugar en el tratamiento de las autolesiones)

MANEJO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN EL CSM

BIBLIOGRAFÍA

1. Glenn C. R., Klonsky E. D. (2013). Non-suicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 42 496–507. 10.1080/15374416.2013.794699
2. Madge N., Hawton K., McMahon E. M., Corcoran P., Leo D., Wilde E. J., et al. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 20 499–508. 10.1007/s00787-011-0210-4
3. Lockwood J., Townsend E., Royes L., Daley D., Sayal K. (2018). What do young adolescents think about taking part in longitudinal self-harm research? Findings from a school-based study. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health* 12:23. 10.1186/s13034-018-0230-7
4. Ougrin D., Tranah T., Leigh E., Taylor L., Rosenbaum Asarnow J. (2012). Practitioner review: self-harm in adolescents. *J. Child Psychol. Psychiatry* 53:14. 10.1111/j.1469-7610.2012.02525.
5. Rodav O., Levy S., Hamdan S. (2014). Clinical characteristics and functions of non-suicide self-injury in youth. *Eur. Psychiatry* 29 503–508. 10.1016/j.eurpsy.2014.02.008
6. Nock M. K., Joiner T. E., Gordon K. H., Lloyd-Richardson E., Prinstein M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 144 65–72. 10.1016/j.psychres.2006.05.010
7. Wilkinson P. (2013). Non-suicidal self-injury. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 22(Suppl. 1) 75–79. 10.1007/s00787-012-0365-7
8. Horgan M., Martin G. (2016). Differences between Current and Past Self-Injurers: How and Why Do People Stop? *Arch. Suicide Res.* 20 142–152. 10.1080/13811118.2015.1004479
9. Klonsky E. D., Muehlenkamp J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *J. Clin. Psychol.* 63:12. 10.1002/jclp.20412
10. Lloyd-Richardson E. E., Nock M. K., Prinstein M. J. (2009). “Functions of adolescent non-suicidal self-injury,” in *Self-Injury in Youth. The Essential Guide to Assessment and Intervention*, eds Nixon M. K., Heath N. L. (New York, NY: Taylor & Francis Group;), 29–41.
11. Glenn C. R., Klonsky E. D. (2013). Non-suicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 42 496–507. 10.1080/15374416.2013.794699

MANEJO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN EL CSM

12. National Institute for Health and Environment [RIVM] (2016). Volksgezondheidszorg.info. Available at: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/letsels/kosten/zelftoegebracht-letsel#node-kosten-van-zorg>
13. Glenn C. R., Lanzillo E. C., Esposito E. C., Santee A. C., Nock M. K., Auerbach R. P. (2016). Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents. *J. Abnorm. Child Psychol.* 45 971–983. 10.1007/s10802-016-
14. Nock M. K., Joiner T. E., Gordon K. H., Lloyd-Richardson E., Prinstein M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 144 65–72. 10.1016/j.psychres.2006.05.010
15. Cullen, K. R., Schreiner, M. W., Klimes-Dougan, B., Eberly, L. E., LaRiviere, L. L., Lim, K. O., Camchong, J., & Mueller, B. A. (2020). Neural correlates of clinical improvement in response to N-acetylcysteine in adolescents with non-suicidal self-injury. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 99, 109778. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109778>
16. Klonsky ED (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239.
17. Plener PL, Bubalo N, Fladung AK, Ludolph AG, & Lulé D (2012). Prone to excitement: adolescent females with Non-suicidal self-injury (NSSI) show altered cortical pattern to emotional and NSS-related material. *Psychiatry Research*, 203(2–3), 146–152
18. Mitchell JM, O’Neil JP, Janabi M, Marks SM, Jagust WJ, & Fields HL (2012). Alcohol consumption induces endogenous opioid release in the human orbitofrontal cortex and nucleus accumbens. *Science Translational Medicine*, 4(116), 116ra6.
19. Volkow ND, Wang G-J, Telang F, Fowler JS, Logan J, Jayne M, ... Wong C (2007). Profound decreases in dopamine release in striatum in detoxified alcoholics: possible orbitofrontal involvement. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 27(46), 12700–12706.
20. Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current psychiatry reports*, 19(3), 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>

MANEJO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN EL CSM

21. Kaess M, Hille M, Parzer P, Maser-Gluth C, Resch F, Brunner R. Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37:157–161
22. Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018). Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Deutsches Arzteblatt international*, 115(3), 23–30. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023>
23. Osuch E, Ford K, Wrath A, Bartha R, Neufeld R. Functional MRI of pain application in youth who engaged in repetitive non-suicidal self-injury vs. psychiatric controls. *Psychiatry Res*. 2014;223:104–112
24. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/autolesiones.pdf>
25. Kothgassner, O. D., Robinson, K., Goreis, A., Ougrin, D., & Plener, P. L. (2020). Does treatment method matter? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 7, 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00123-9>
26. Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Pharmacological interventions for self-harm in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(1), CD013669. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013669.pub2>
27. Carrasco et al., 2017 EFICACIA DEL PALMITATO DE PALIPERIDONA im. EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO (Vive, 2017 Santiago de Compostela)
28. Nickel, M. K., Muehlbacher, M., Nickel, C., Kettler, C., Pedrosa Gil, F., Bachler, E., Buschmann, W., Rother, N., Fartacek, R., Egger, C., Anvar, J., Rother, W. K., Loew, T. H., & Kaplan, P. (2006). Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *The American journal of psychiatry*, 163(5), 833–838. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.833>
29. Serafini, G., Adavastro, G., Canepa, G., De Berardis, D., Valchera, A., Pompili, M., Nasrallah, H., & Amore, M. (2018). The Efficacy of Buprenorphine in Major Depression, Treatment-Resistant Depression and Suicidal Behavior: A Systematic Review. *International journal of molecular sciences*, 19(8), 2410. <https://doi.org/10.3390/ijms19082410>
30. Cullen, K. R., Klimes-Dougan, B., Westlund Schreiner, M., Carstedt, P., Marka, N., Nelson, K., Miller, M. J., Reigstad, K., Westervelt, A., Gunlicks-Stoessel, M., & Eberly, L. E. (2018). N-

MANEJO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN EL CSM

Acetylcysteine for Nonsuicidal Self-Injurious Behavior in Adolescents: An Open-Label Pilot Study. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 28(2), 136–144.
<https://doi.org/10.1089/cap.2017.0032>