



Volumen 12, número 1, 2026, pp. 1-15

Este artículo está bajo una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI: <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

Les comportements d'automutilation non suicidaire chez les adolescents suivis en consultation de pédopsychiatrie au CHU Mohammed VI de Marrakech : étude rétrospective descriptive de 50 cas

Période d'étude : 2021-2026

Non-suicidal self-harm behaviors among adolescents attending the child and adolescent psychiatry clinic at the Mohammed VI University Hospital in Marrakesh: a retrospective descriptive study of 50 cases

Study period: 2021–2026

Conductas de autolesión no suicida en adolescentes atendidos en la consulta de psiquiatría infantil del Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech: estudio retrospectivo descriptivo de 50 casos

Periodo de estudio: 2021-2026

Ibtissam Hsaini¹, Bouchra Aabbassi^{1,2}, Fatiha Manoudi³

1 Equipo universitario de psiquiatría infantil, Hospital Universitario Mohamed VI de Marrakech, Marruecos.

2 Centro de investigación «Salud, infancia y desarrollo», Facultad de Medicina y Farmacia de Marrakech, Universidad Cadi Ayyad, Marrakech, Marruecos.

3 Equipo de investigación en salud mental, Facultad de Medicina y Farmacia de Marrakech, Universidad Cadi Ayyad, Marrakech, Marruecos.

Recibido: 02/10/2026

Aceptado: 07/10/2026

RÉSUMÉ

Objectif. Décrire le profil épidémiologique, clinique et psychosocial des adolescents présentant des comportements d'automutilation non suicidaire suivis en consultation de pédopsychiatrie au CHU Mohammed VI de Marrakech, ainsi que les caractéristiques des gestes, leur siège anatomique, les comorbidités psychiatriques, les facteurs psychosociaux et les modalités de prise en charge.

Matériel et méthodes. Étude rétrospective descriptive monocentrique portant sur 50 adolescents suivis en consultation de pédopsychiatrie entre 2021 et 2026. Les critères d'inclusion concernaient les patients âgés de 9 à 17 ans présentant une automutilation non suicidaire documentée. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux à l'aide d'une fiche d'exploitation standardisée et analysées de façon descriptive.

Résultats. Les 50 adolescents inclus étaient âgés de 13 à 17 ans. L'âge moyen était de $15,28 \pm 1,14$ ans et l'âge moyen de début des automutilations de $13,62 \pm 1,26$ ans. Les filles représentaient 68 % de l'échantillon. Les conduites étaient répétitives ou récurrentes chez 76 % des adolescents et un facteur déclenchant était identifiable chez 80 %. Les membres supérieurs étaient concernés chez 92 % des adolescents, avec une prédominance de l'avant-bras gauche. La fonction la plus fréquente était le soulagement d'une tension émotionnelle. Les troubles de l'humeur, les troubles du sommeil et les troubles anxieux constituaient les principales comorbidités. Les conflits familiaux et les difficultés avec les pairs étaient fréquemment retrouvés.

Conclusion. Dans cette population clinique ambulatoire, l'automutilation non suicidaire apparaît

comme une conduite précoce, souvent répétitive et fortement liée aux difficultés de régulation émotionnelle.

L'évaluation doit intégrer les comorbidités psychiatriques et le contexte familial et relationnel. La prise en charge repose sur un accueil clinique structuré, la recherche des facteurs sous-jacents, la psychothérapie, la psychoéducation, la guidance parentale, les ateliers thérapeutiques de groupe, le traitement des comorbidités et un suivi ambulatoire rapproché adapté au niveau de risque.

Mots-clés : automutilation ; adolescent ; pédopsychiatrie ; santé mentale.

ABSTRACT

Objective. To describe the epidemiological, clinical and psychosocial profile of adolescents exhibiting non-suicidal self-harm behaviours who are being treated at the child and adolescent psychiatry clinic at the Mohammed VI University Hospital in Marrakesh, as well as the characteristics of the acts, their anatomical location, psychiatric comorbidities, psychosocial factors and treatment approaches.

Materials and methods. A single-centre, retrospective, descriptive study involving 50 adolescents treated in the child and adolescent psychiatry clinic between 2021 and 2026. Inclusion criteria were patients aged between 9 and 17 years with documented non-suicidal self-harm. Data were collected from medical records using a standardised data collection form and analysed descriptively.

Results. The 50 adolescents included were aged between 13 and 17 years. The mean age was 15.28 ± 1.14 years and the mean age at onset of self-harm was 13.62 ± 1.26 years. Girls accounted for 68 per cent of the sample. The behaviours were repetitive or recurrent in 76 per cent of the adolescents, and a trigger was identifiable in 80 per cent. The upper limbs were involved in 92 per cent of

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

adolescents, with a predominance of the left forearm. The most common purpose was to relieve emotional tension. Mood disorders, sleep disorders and anxiety disorders were the main comorbidities. Family conflicts and difficulties with peers were frequently reported.

Conclusion. In this outpatient clinical population, non-suicidal self-harm appears to be an early-onset behavior, often repetitive and strongly linked to difficulties with emotional regulation.

The assessment must consider psychiatric comorbidities and the family and relational context. Management is based on a structured clinical assessment, identification of underlying factors, psychotherapy, psychoeducation, parental guidance, therapeutic group workshops, treatment of comorbidities and close outpatient follow-up tailored to the level of risk.

Keywords: self-harm; adolescent; child and adolescent psychiatry; mental health

RESUMEN

Objetivo. Describir el perfil epidemiológico, clínico y psicosocial de los adolescentes que presentan conductas de autolesión no suicida y que son atendidos en la consulta de psiquiatría infantil del Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech, así como las características de las conductas, su localización anatómica, las comorbilidades psiquiátricas, los factores psicosociales y las modalidades de tratamiento.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo monocéntrico realizado con 50 adolescentes atendidos en la consulta de psiquiatría infantil entre 2021 y 2026.

Los criterios de inclusión se referían a pacientes de entre 9 y 17 años que presentaran una autolesión no suicida documentada. Los datos se recopilaban a partir de los historiales médicos mediante una ficha de registro estandarizada y se analizaron de forma descriptiva.

Resultados. Los 50 adolescentes incluidos tenían entre 13 y 17 años. La edad media era de $15,28 \pm 1,14$ años y la edad media de inicio de las autolesiones, de $13,62 \pm 1,26$ años. Las chicas representaban el 68 % de la muestra. Las conductas eran repetitivas o recurrentes en el 76 % de los adolescentes y se pudo identificar un factor desencadenante en el 80 %. Las extremidades superiores se veían afectadas en el 92 % de los adolescentes, con predominio del antebrazo izquierdo. La función más frecuente era el alivio de la tensión emocional. Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos del sueño y los trastornos de ansiedad constituían las principales comorbilidades. Los conflictos familiares y las dificultades con los compañeros eran frecuentes.

Conclusión. En esta población clínica ambulatoria, la autolesión no suicida se presenta como una conducta precoz, a menudo repetitiva y estrechamente relacionada con las dificultades de regulación emocional.

La evaluación debe tener en cuenta las comorbilidades psiquiátricas y el contexto familiar y relacional. El tratamiento se basa en una atención clínica estructurada, la identificación de los factores subyacentes, la psicoterapia, la psicoeducación, la orientación parental, los talleres terapéuticos en grupo, el tratamiento de las comorbilidades y un seguimiento ambulatorio estrecho adaptado al nivel de riesgo.

Palabras clave: autolesión; adolescente; psiquiatría infantil; salud mental.

INTRODUCCIÓN

La autolesión no suicida (Non-Suicidal Self-Injury, NSSI) consiste en un daño intencionado y directo al propio cuerpo, realizado sin intención de morir y al margen de las prácticas social o culturalmente aceptadas [1]. Se da preferentemente en la adolescencia, con un pico de frecuencia a mediados de este periodo. En las poblaciones psiquiátricas adolescentes, las conductas repetitivas son especialmente frecuentes [1,2].

Esta frecuencia no debe llevar a trivializar este comportamiento. Incluso en ausencia de intención suicida en el momento del acto, la autolesión no suicida puede producirse durante una crisis emocional aguda, volverse repetitiva, provocar lesiones somáticas, repercutir en el rendimiento escolar y en las relaciones interpersonales, y estar asociada a trastornos psiquiátricos, así como a un riesgo suicida posterior [1,3]. Por lo tanto, algunas situaciones requieren una evaluación urgente de la gravedad somática, el nivel de crisis, la intención del acto, las comorbilidades y las capacidades de protección del entorno. La autolesión no suicida (NSSI) es un fenómeno multifactorial y transdiagnóstico. La regulación emocional, el autocastigo y la expresión del sufrimiento figuran entre las funciones más descritas [1,3,4]. Las experiencias adversas en la infancia, las dificul-

tades familiares, el acoso y la sintomatología depresiva también se asocian a estas conductas [5,6]. En la misma unidad de psiquiatría infantil del Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech, se detectaron autolesiones no suicidas en el 29,8 % de los adolescentes atendidos por intento de suicidio, lo que ilustra el posible solapamiento clínico entre ambos fenómenos [7].

En este contexto, nuestro trabajo tiene como objetivo caracterizar mejor las autolesiones no suicidas observadas en los adolescentes atendidos en la consulta de psiquiatría infantil de Marrakech, con el fin de precisar sus características clínicas, los factores asociados y las modalidades de tratamiento en nuestra práctica.

OBJETIVO

El objetivo principal era establecer el perfil epidemiológico, clínico y psicosocial de los comportamientos de autolesión no suicida en los adolescentes atendidos en la consulta de psiquiatría infantil del Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech.

Los objetivos secundarios consistían en describir la edad de inicio, el carácter repetitivo y la localización anatómica de los actos, identificar los factores desencadenantes y las funciones atribuidas, investigar las principales comorbilidades psiquiátricas y dimensiones clínicas, explorar los factores familiares y psicosociales y describir las modalidades de tratamiento.

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio y periodo

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo monocéntrico realizado en la unidad ambulatoria de psiquiatría infantil universitaria del Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech, durante el periodo 2021-2026.

Población de estudio y criterios de inclusión

Se incluyeron los pacientes de entre 9 y 17 años atendidos en la consulta de e de psiquiatría infantil y que presentaban al menos un comportamiento de autolesión no suicida documentado en el historial médico. El carácter no suicida se definía como la ausencia de intención de morir en el momento del acto. Las ideas suicidas o los antecedentes de intento de suicidio, cuando existían en otro momento de la evolución, se distinguían de la intención asociada al acto de autolesión estudiado.

Criterios de exclusión

Se excluyeron los pacientes menores de 9 años o mayores de 17 años, los expedientes con información insuficiente para caracterizar el comportamiento autolesivo, los comportamientos autolesivos con intención suicida en el momento del acto, las conductas indirectas que no correspondieran a una lesión corporal intencionada directa, así como las prácticas social o culturalmente aceptadas.

Recopilación de datos

Los datos se recopilaban a partir de los historiales médicos archivados mediante una ficha de análisis estandarizada. Las variables estudiadas se referían a:

- Datos sociodemográficos y escola-

res: edad, sexo, lugar de residencia, situación familiar, nivel socioeconómico, rendimiento escolar y absentismo escolar.

- Las características de las autolesiones: edad de inicio, antigüedad, carácter repetitivo o recurrente, recencia, necesidad de atención médica y localización anatómica.
- Los factores desencadenantes, las funciones descritas, el alivio tras el acto y las repercusiones académicas o sociales.
- Las comorbilidades psiquiátricas y las dimensiones clínicas: trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trauma psicológico, trastornos alimentarios, trastornos del sueño, impulsividad, desregulación emocional, autoestima e irritabilidad.
- Factores psicosociales: traumas, maltrato o negligencia, acoso, conflictos familiares, dificultades con los compañeros, aislamiento social, uso problemático de Internet y apoyo familiar.
- Las modalidades de atención y el plan de seguimiento.

Para el análisis de la localización anatómica, las descripciones presentes en los expedientes se agruparon en grandes regiones: antebrazo, brazo, combinación de brazo y antebrazo, miembro inferior y abdomen. Se conservó la lateralidad cuando se especificaba.

Análisis estadístico

El análisis fue descriptivo. Las variables cualitativas se expresaron en números absolutos y porcentajes. Las variables cuantitativas se describieron mediante su media $\pm$

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

desviación típica y sus valores extremos. Cuando faltaba información, se tuvo en cuenta el denominador válido. No se realizó ningún análisis causal.

Aspectos éticos y conflictos de intereses

Se respetaron estrictamente el anonimato y la confidencialidad de los datos. Se obtuvo el consentimiento de los pacientes y de sus padres o representantes legales para el uso de los datos clínicos con fines de investigación. Los datos se procesaron de forma a e y anónima. No se declaró ningún conflicto de intereses en el marco de este trabajo.

RESULTADOS

1. Características generales y sociodemográficas

Los 50 adolescentes incluidos tenían entre 13 y 17 años, aunque los criterios de inclusión permitían edades comprendidas entre los 9 y los 17 años. La edad media era de $15,28 \pm 1,14$ años y la edad de 15 años era la más representada (36 %). Las chicas representaban el 68 % de la población. Treinta y un adolescentes (62 %) residían en Marrakech, en un entorno urbano. Los padres estaban casados o convivían en el 58 % de los casos. El nivel socioeconómico era medio en el 74 % de los casos. Entre los expedientes completados, se observó un bajo rendimiento académico en el 40,4 % y un absentismo moderado o elevado en el 56,3 %.

Tabla 1. Características sociodemográficas y escolares de la población estudiada.

Variable	n	% / valor
13 años	1	2,0
14 años	13	26,0
15 años	18	36,0
16 años	7	14,0
17 años	11	22,0
Edad media $\pm$ ET	$15,28 \pm 1,14$	13-17 años
Chicas	34	68,0
Chicos	16	32,0
Marrakech urbano	31	62,0
Otras zonas / alrededores	19	38,0
Padres casados / que viven juntos	29	58,0
Padres separados o divorciados	17	34,0
Padre o madre fallecido	4	8,0
Nivel socioeconómico medio	37	74,0
Nivel socioeconómico bajo	13	26,0
Bajo rendimiento académico	19/47	40,4
Absentismo moderado o elevado	27/48	56,3

2. Características de los comportamientos de autolesión

La edad media de inicio de las autolesiones fue de $13,62 \pm 1,26$ años, con extre-

mos de 11 y 16 años. La antigüedad media fue de $1,44 \pm 0,84$ años. Se observó autolesión en los últimos 12 meses en el 88 % de los adolescentes y un episodio reciente en el 60 %. El comportamiento

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

era repetitivo o recurrente en el 76 %. El 16 % había necesitado atención médica.

En el 80 % de los adolescentes se identificó un factor desencadenante. El conflicto familiar fue el factor desencadenante principal más frecuente (24 %), seguido de los conflictos o rupturas con los compañeros y las rupturas sentimentales (14 % cada uno), y, a continua-

ción, el estrés escolar (10 %). La función principal fue el alivio de la tensión emocional (, 34 %), seguida de la reducción de la ansiedad o la tristeza (18%).

La expresión de un sufrimiento y el autocastigo representaban cada uno un 12 %. El 58 % de los adolescentes refería un alivio temporal tras el acto y el impacto escolar o social era moderado o importante en el 60 %.

Tabla 2. Características de los comportamientos de autolesión no suicida.

Variable	n	% / valor
Edad de inicio, media $\pm$ ET	13,62 $\pm$ 1,26	11-16 años
Antigüedad, media $\pm$ DE	1,44 $\pm$ 0,84	0-3 años
Autolesiones en los últimos 12 meses	44	88,0
Episodio reciente	30	60,0
Carácter repetitivo/recurrente	38	76,0
Necesidad de cuidados somáticos	8	16,0
Desencadenante identificable	40	80,0
Conflicto familiar como factor desencadenante principal	12	24,0
Conflicto o ruptura con los compañeros	7	14,0
Ruptura sentimental	7	14,0
Estrés escolar	5	10,0
Aliviar la tensión emocional	17	34,0
Reducir la ansiedad o la tristeza	9	18,0
Expresar el sufrimiento	6	12,0
Autopunición	6	12,0
Alivio temporal tras el acto	29	58,0
Repercusión moderada/importante	30	60,0

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

3. Asiento anatómico para casos de autolesiones

Las extremidades superiores constituían, con diferencia, la localización predominante. Se observó afectación de la extremidad superior en 46 de los 50 adolescentes (92 %). En 45 adolescentes (90 %), las lesiones se localizaban exclusivamente en los brazos y/o los an-

tebrazos. El antebrazo izquierdo fue la localización específica más frecuente, observada en 13 adolescentes (26 %). Se observó una localización exclusivamente en el lado izquierdo de la extremidad superior en el 46 % de los adolescentes, mientras que las lesiones bilaterales afectaron al 38 %.

Tabla 3. Distribución de la localización anatómica de las autolesiones.

Variable	n	% / valor
Solo antebrazo	19	38,0
Solo brazos	15	30,0
Brazos + antebrazos	11	22,0
Solo extremidades inferiores	3	6,0
Abdomen	1	2,0
Extremidades superiores + extremidades inferiores	1	2,0
Lesión en una extremidad superior, de cualquier tipo	46	92,0
Antebrazo izquierdo (localización precisa)	13	26,0

4. Comorbilidades psiquiátricas y dimensiones clínicas

Los trastornos del estado de ánimo constituían la principal comorbilidad confirmada (54 %), seguidos de los trastornos del sueño (50 %), los trastornos de ansiedad (38 %), el trauma psicológico/TEPT (26 %) y los trastornos de la conducta alimentaria (16 %). La figura 4 presenta las cinco principales comorbilidades seleccionadas.

Desde el punto de vista dimensional, el 86 % de los adolescentes presentaba una desregulación emocional moderada o elevada, el 82 % una impulsividad moderada o elevada, el 84 % una autoestima baja o frágil y el 84 % una irritabilidad moderada o importante. El funcionamiento general se encontraba moderada o gravemente alterado en el 68 % de los casos.

Tabla 4. Principales comorbilidades psiquiátricas confirmadas.

Variable	n	% / valor
Trastornos del estado de ánimo confirmados	27	54,0
Trastornos del sueño confirmados	25	50,0
Trastornos de ansiedad confirmados	19	38,0
Psicotrauma/TEPT confirmado	13	26,0
Trastornos alimentarios confirmados	8	16,0

5. Factores psicosociales

Se observaron conflictos familiares importantes y dificultades en las relaciones con los compañeros en el 46 % de los adolescentes. Se documentó un episodio traumático en el 34 %, aislamiento social en el 36 %, uso problemático de Internet en el 38 %,

acoso escolar o ciberacoso en el 20 % y maltrato o negligencia en el 18 %. El apoyo familiar se consideró escaso en el 32 %, medio en el 40 % y bueno en el 20 % de los adolescentes; no se evaluó en el 8 % de los expedientes.

Tabla 5. Principales factores psicosociales detectados.

Variable	n	% / valor
Acontecimiento traumático	17	34,0
Maltrato o negligencia documentados	9	18,0
Acoso escolar/ciberacoso	10	20,0
Conflictos familiares graves	23	46,0
Dificultades en las relaciones con los compañeros	23	46,0
Aislamiento social	18	36,0
Uso problemático de Internet	19	38,0
Escaso apoyo familiar	16	32,0

6. Tratamiento

Se propuso o llevó a cabo una intervención familiar en el 44 % de los adolescentes y un tratamiento farmacológico en el 42 %. La psicoterapia combinada con una intervención familiar constituyó el plan de seguimiento principal en el 24 % de los casos, el seguimiento ambulatorio estrecho en el 22 % y la psicoterapia individual en el 20 %. Se indicó el ingreso hospitalario o una evaluación urgente en el 16 % de los adoles-

centes.

En nuestra práctica, la intervención familiar no se limita a una entrevista puntual: combina, según las necesidades, entrevistas con los padres, psicoeducación familiar, orientación parental y trabajo sobre la comunicación intrafamiliar y los factores desencadenantes o que mantienen la conducta.

Tabla 6. Modalidades de atención documentadas en los expedientes.

Variable	n	% / valor
Intervención familiar	22	44,0
Tratamiento farmacológico	21	42,0
Ingreso hospitalario indicado / derivación urgente	8	16,0
Psicoterapia + intervención familiar	12	24,0
Seguimiento ambulatorio estrecho	11	22,0
Psicoterapia individual	10	20,0
Hospitalización / evaluación urgente incluida en el plan	10	20,0
Seguimiento + tratamiento farmacológico	5	10,0
Seguimiento multidisciplinar	2	4,0

DISCUSIÓN

Nuestro estudio pone de manifiesto comportamientos de autolesión no suicida que aparecen al inicio de la adolescencia, a menudo repetitivos, con predominio femenino y localizados en su gran mayoría en las extremidades superiores. Se inscriben en un contexto de importante disregulación emocional, comorbilidades psiquiátricas y factores familiares y relacionales frecuentes. Estos resultados respaldan un enfoque clínico integral, centrado tanto en el acto como en su función y en el contexto psicopatológico.

Edad y predominio femenino

La edad media de 15,28 años y la edad media de inicio de 13,62 años concuerdan con los datos que sitúan el pico de las NSSI a mediados de la adolescencia [1,2] y con una edad mediana de inicio de 14 años descrita en la población clínica [3]. Este periodo corresponde a una fase de gran reactividad emocional, de reestructuración de la identidad, de transformaciones corporales y de una autonomía aún incompleta. Cuando las capacidades de verbalización y regulación son insuficientes, el recurso al cuerpo puede convertirse en un medio inmediato para gestionar una tensión difícilmente tolerable. Así, el inicio y la mitad de la adolescencia constituyen un periodo especialmente importante para la detección precoz.

Las chicas representaban el 68 % de nuestra muestra. En la población clínica se observa habitualmente un predominio femenino [1,3]. Esto podría estar relacionado

con la mayor frecuencia en las adolescentes de manifestaciones internalizadas, como la depresión, la ansiedad, la rumiación y ciertas dificultades de regulación emocional, pero también con diferencias en las formas de expresar el sufrimiento y de recurrir a la atención sanitaria [6]. Por el contrario, los comportamientos más externalizados en algunos chicos pueden identificarse con menor facilidad como autolesivos. Esta interpretación sigue siendo hipotética: nuestra serie clínica no permite estimar una diferencia de prevalencia entre sexos en la población general. Por lo tanto, el predominio femenino observado debe entenderse como una característica clínica de nuestra población más que como una conclusión epidemiológica general.

Repetición de las conductas y localización anatómica

El carácter repetitivo o recurrente afectaba al 76 % de los adolescentes. El alivio temporal observado tras el acto en el 58 % de los casos puede contribuir a reforzar el comportamiento: cuando un acto reduce rápidamente la tensión, aunque sea brevemente, puede convertirse en una estrategia que se vuelve a utilizar en crisis posteriores. Por lo tanto, la repetición no solo aparece como un indicador de gravedad, sino también como el reflejo de la instauración progresiva de una estrategia disfuncional de regulación emocional [1,3]. Este resultado justifica intervenir de forma precoz sobre las alternativas a la actuación del acto antes de que el comportamiento se convierta en una respuesta habitual a la angustia.

Las extremidades superiores se vieron afectadas en el 92 % de los casos, con un predo-

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

minio del antebrazo izquierdo. Las zonas accesibles, especialmente los brazos, se describen con frecuencia en las autolesiones no suicidas (NSSI) [1,3].

El antebrazo es fácilmente accesible, e e permite un control relativamente preciso del gesto y puede ocultarse bajo la ropa. El predominio del lado izquierdo podría deberse al uso de la mano derecha dominante, pero, dado que no se recopiló información sobre la lateralidad manual, esta hipótesis no puede verificarse. La elección de esta zona también puede reflejar una ambivalencia entre el deseo de ocultar la lesión y la posibilidad de que esta se haga visible como expresión indirecta de un sufrimiento difícil de verbalizar. Así, el antebrazo parece constituir una zona privilegiada por su facilidad de acceso, el control que permite y la posibilidad de ocultarlo.

Funciones de la autolesión y comorbilidades

El alivio de la tensión emocional fue la función principal más frecuente, mientras que el 86 % de los adolescentes presentaba una desregulación emocional moderada o elevada. Estos datos concuerdan con los modelos funcionales en los que la autolesión no suicida (NSSI) sirve para reducir rápidamente los estados emocionales negativos [1,3,4]. Por otra parte, el autocastigo y la expresión del sufrimiento pueden enmarcarse en un contexto de culpa, de desvalorización o de imposibilidad de comunicar directamente la angustia. Estos resultados refuerzan la necesidad de trabajar en psicoterapia la identificación, la verbalización y la regulación de las emociones, así como estrategias alternativas a la autolesión.

Los trastornos del estado de ánimo y de

ansiedad eran frecuentes, pero la diversidad diagnóstica confirma que la autolesión no específica (NSSI) no es propia de un trastorno concreto [3]. Puede entenderse como un indicador transversal de dificultad para regular las emociones y de sufrimiento psíquico. Por lo tanto, la evaluación no debe limitarse a la lesión: debe buscar signos de depresión, ansiedad, trauma psicológico, elevada impulsividad, baja autoestima y otras comorbilidades que puedan alimentar dicha conducta. En la práctica, el tratamiento del trastorno asociado constituye un eje esencial para reducir la vulnerabilidad que rodea al comportamiento de autolesión.

Factores familiares, traumáticos y relacionales

Los conflictos familiares y las dificultades con los compañeros afectaban, en ambos casos, al 46 % de nuestra población. Las relaciones familiares y la calidad de la comunicación entre padres y adolescentes figuran habitualmente entre los factores asociados a las autolesiones no suicidas [4]. En la misma unidad, un estudio sobre los intentos de suicidio también había puesto de manifiesto una elevada frecuencia de conflictos entre los padres y de dificultades relacionales [7]. Así pues, la familia puede constituir tanto un factor de vulnerabilidad como un recurso terapéutico. Esta observación justifica la importancia que concedemos a las entrevistas familiares, la psicoeducación y la orientación parental en nuestra atención.

Se detectó un episodio traumático en el 34 % de los casos y maltrato o negligencia en el 18 %. Un metaanálisis reciente revela una asociación entre las diferentes formas de maltrato durante la infancia y las autolesiones no suicidas (NSSI), especialmen-

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

te en el caso del maltrato emocional y sexual [5]. Sin embargo, dado que nuestro estudio no cuenta con un grupo de control, estos antecedentes no pueden interpretarse como causas. También deben explorarse el acoso y los hábitos digitales, ya que la victimización es un e asociado a perfiles que combinan las autolesiones no suicidas y los síntomas depresivos [6]. Por lo tanto, la entrevista clínica debe ir más allá del comportamiento en sí mismo y explorar el conjunto del entorno familiar, escolar, relacional y digital del adolescente.

Características clínicas: crisis, gravedad y riesgo de trivialización

En ocasiones, tanto el adolescente como su familia o su entorno restan importancia a la autolesión no suicida (NSSI), ya que el acto no tiene como objetivo inmediato la muerte. Sin embargo, esta trivialización puede retrasar la solicitud de atención médica. La repetición de los actos, sus repercusiones funcionales, las lesiones somáticas, la intensidad de la desregulación emocional y la posible coexistencia de tendencias suicidas a lo largo de la evolución exigen una evaluación rigurosa [1,7]. En la práctica, cada episodio debe situarse en su contexto de crisis: intensidad de la tensión, control del comportamiento, factores desencadenantes, recursos disponibles y capacidad de vigilancia. Así pues, el carácter «no suicida» del acto no significa que carezca de gravedad y nunca exime de una evaluación del riesgo suicida.

Atención en nuestra unidad

La atención comienza con la acogida del adolescente en un entorno protector, no juzgador y seguro. Esta primera fase tiene como objetivo crear una alianza terapéutica

y evaluar el signo funcional: frecuencia y repetición de los actos, localización, circunstancias, factores desencadenantes, función buscada, repercusión, gravedad somática y nivel de crisis. Se lleva a cabo sistemáticamente una evaluación del riesgo suicida con el fin de distinguir la autolesión no suicida de un acto suicida y valorar el nivel de seguridad necesario.

En una segunda fase, el equipo busca la causa clínica o, más concretamente, los factores asociados, subyacentes o que la mantienen: trastorno depresivo o de ansiedad, desregulación emocional, impulsividad, trauma psicológico, baja autoestima, dificultades familiares, acoso, dificultades escolares o relacionales. Este enfoque permite no solo tratar el síntoma, sino también los mecanismos que favorecen su repetición.

La psicoterapia constituye el eje central del tratamiento. Según el cuadro clínico, puede combinar una psicoterapia de apoyo con un enfoque cognitivo-conductual, psicodinámico o interpersonal. El trabajo sintomático se centra en la identificación y la verbalización de las emociones, el aprendizaje de estrategias alternativas a la autolesión y la prevención de las recaídas. El trabajo sobre los factores subyacentes explora los trastornos asociados, las experiencias traumáticas y las dificultades familiares o interpersonales.

Esta atención individual se complementa con terapias grupales semanales organizadas en el servicio: un taller de gestión de las emociones, un taller dedicado a la crisis suicida y un taller sobre la adolescencia. Estos espacios permiten trabajar el reconocimiento y la expresión de las emocio-

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

nes, los factores desencadenantes, las estrategias de adaptación, la autoestima, las relaciones con los compañeros y las cuestiones de identidad propias de la adolescencia.

Se ofrece psicoeducación al adolescente y a su familia con el fin de explicar las posibles funciones de la autolesión, los factores desencadenantes, los signos de empeoramiento y las medidas que se deben adoptar. La orientación parental tiene como objetivo mejorar la comunicación intrafamiliar, reducir tanto la trivialización como las reacciones excesivas, reforzar las capacidades de apoyo y ayudar a los padres a detectar las señales de alerta. La intervención familiar incluye, por tanto, entrevistas con los padres, psicoeducación, orientación parental y, cuando sea necesario, un trabajo conjunto sobre los conflictos y las interacciones familiares.

Los medicamentos se dirigen a las comorbilidades y no a la autolesión en sí misma. En nuestra práctica clínica, se puede utilizar la sertralina en una dosis de 50 mg/día cuando se considera indicada la terapia farmacológica para un trastorno de ansiedad, mientras que la fluoxetina en una dosis de 20 mg/día se puede prescribir en los trastornos depresivos. La elección terapéutica, la posología y la duración del tratamiento se adaptan a la evaluación clínica, la tolerancia y la evolución de cada adolescente.

Cuando la situación permite el tratamiento ambulatorio, el seguimiento puede ser más frecuente, con una reevaluación a las 48 horas. Las situaciones complejas se analizan en el marco de una supervisión clínica periódica con la profesora responsable de la unidad, con el fin de reevaluar el diag-

nóstico, el nivel de riesgo, la indicación terapéutica y la intensidad del seguimiento.

Se recomienda el ingreso hospitalario cuando no se puede garantizar la seguridad en el ámbito ambulatorio, especialmente en caso de un nivel elevado de riesgo, urgencia y peligrosidad (RUD), riesgo suicida grave, agitación extrema, desorganización psicopatológica importante, gravedad somática o imposibilidad de supervisión familiar. La ausencia de una unidad especializada en hospitalización psiquiátrica infantil en Marrakech lleva, por tanto, a derivar al paciente a un centro adecuado [7].

Así, la atención que se desarrolla en nuestra unidad sigue una lógica progresiva: acogida y puesta en seguridad, evaluación de los signos funcionales, búsqueda de los factores subyacentes, psicoterapia, psicoeducación, orientación parental, tratamiento de las comorbilidades, talleres grupales, seguimiento estrecho y supervisión. Esta organización tiene como objetivo reducir la repetición del acto, al tiempo que mejora las capacidades de regulación emocional y el funcionamiento global del adolescente.

Puntos fuertes y limitaciones

Este estudio aporta datos locales sobre un fenómeno aún poco documentado en Marrakech y describe, al mismo tiempo, las características de las autolesiones, su localización anatómica, las comorbilidades, los factores psicosociales y las modalidades de tratamiento. Sin embargo, su carácter retrospectivo conlleva la posibilidad de que falten datos y depende de la calidad de los expedientes. El tamaño de la muestra de 50 adolescentes, el carácter monocéntrico del estudio y la ausencia de un grupo de con-

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

trol limitan la generalización y cualquier interpretación causal. El método concreto de autolesión no se documentó de forma sistemática. Por último, la distinción entre autolesión no suicida (NSSI) y acto suicida se basa en la calidad de la documentación de la intención en el momento del acto.



CONCLUSIÓN

Los comportamientos de autolesión no suicida observados en los adolescentes atendidos en la consulta de psiquiatría infantil del Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech aparecen a una edad temprana, suelen ser repetitivos y afectan mayoritariamente a las chicas. Las extremidades superiores, en particular los antebrazos, son la zona anatómica más afectada, probablemente debido a su accesibilidad, a la posibilidad de controlar el gesto y a la facilidad para ocultarlo.

La regulación emocional ocupa un lugar central en estas conductas, en un contexto marcado por la frecuencia de los trastornos

del estado de ánimo, la ansiedad, la desregulación emocional y las dificultades familiares o relacionales. Por lo tanto, este comportamiento no debe restársele importancia: incluso cuando no tiene carácter suicida, puede ser reflejo de una crisis psíquica grave y formar parte de una trayectoria de vulnerabilidad.

La atención debe ser integral e individualizada. En nuestra unidad, combina la acogida y la evaluación clínica, la búsqueda de los factores subyacentes, la psicoterapia individual, los talleres terapéuticos en grupo, la psicoeducación, el asesoramiento a los padres, el tratamiento de las comorbilidades, un seguimiento ambulatorio estrecho con posibilidad de reevaluación a las 48 horas y la supervisión clínica. La hospitalización se reserva para aquellas situaciones en las que no se pueda garantizar la seguridad en el ámbito ambulatorio. Este enfoque tiene como objetivo reducir las conductas de autolesión, al tiempo que refuerza las capacidades de regulación emocional y los recursos del adolescente y de su familia.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

REFERENCIAS

1. Brown RC, Plener PL. Autolesiones no suicidas en la adolescencia. *Current Psychiatry Reports*. 2017;19:20. doi: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>.
 2. Evseev VD, Bokhan NA, Mandel AI, Kadochnikova SV. Prevalencia y factores de riesgo del comportamiento de autolesión no suicida. *Revista S.S. Korsakov de Neurología y Psiquiatría*. 2024;124(2):13-19. doi: <https://doi.org/10.17116/jnevro202412402113>.
 3. Khutoryanskaya YV, Pozdnyak VV, Grechanyy SV. Conducta de autolesión no suicida en adolescentes. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2023;53(6):973-980. doi: <https://doi.org/10.1007/s11055-023-01490-w>.
 4. Vafaei T, Samavi SA, Whisenhunt JL, Najarpourian S. Una investigación sobre la autolesión en adolescentes de sexo femenino: un estudio cualitativo. *Quality & Quantity*. 2023. doi: <https://doi.org/10.1007/s11135-023-01632-9>.
 5. Calvo N, Lugo-Marín J, Oriol M, Pérez-Galbarro C, Restoy D, Ramos-Quiroga JA, Ferrer M. Maltrato infantil y autolesiones no suicidas en la población adolescente: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Child Abuse & Neglect*. 2024;157:107048. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107048>.
 6. Liang Y, Chen J, Xiong Y, Wang Q, Ren P. Perfiles y transiciones de las autolesiones no suicidas y los síntomas depresivos entre adolescentes de ambos sexos: papel predictivo de la victimización por acoso escolar. *Journal of Youth and Adolescence*. 2023;52:1705-1720. doi: <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01779-6>.
 7. Hafissi M, Aabbassi B, Manoudi F. Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio en adolescentes: estudio retrospectivo en el Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech (2021-2025). *Revista de Psiquiatría y Psicología Infantil y Adolescente*. 2026;12(1):1-19. doi: <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>.
-