



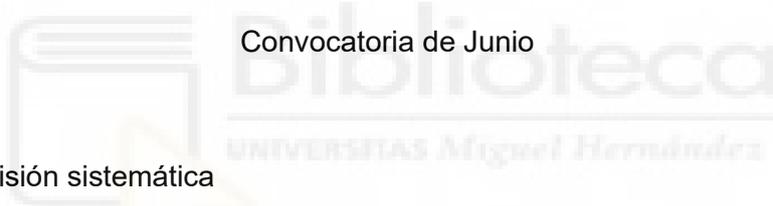
UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Trabajo Fin de Grado

Curso 2024-25

Convocatoria de Junio



Modalidad: Revisión sistemática

Título: Funciones ejecutivas y riesgo de autolesiones no suicidas en jóvenes de 15 a 24 años: revisión sistemática de la literatura científica.

Autor: Sara Calvo García

Tutora: Victoria Soto Sanz

Cotutor: Sergio Molina Rodríguez

COIR: TFG.GPS.VSS.SCG.250508.

Elche, 6 de junio de 2025.

ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Metodología.....	6
3.1. Estrategia de búsqueda.....	7
3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	7
3.3. Selección de artículos.....	8
3.4. Evaluación de la calidad de los estudios.....	9
Figura 1.....	10
4. Resultados.....	10
Tabla 2.....	16
5. Discusión.....	22
5.1. Discusión y conclusiones.....	22
5.2. Limitaciones.....	23
5.3. Implicaciones clínicas.....	24
5.4. Orientaciones futuras.....	25
6. Referencias bibliográficas.....	25
7. Anexos.....	28
Tabla 1.....	29



1. Resumen

Introducción: Las autolesiones no suicidas constituyen una problemática prevalente en la juventud. Dado que la evidencia sobre su posible vínculo con alteraciones en las funciones ejecutivas es todavía limitada y poco sistematizada, esta revisión sistemática se propone analizar dicha relación.

Objetivo: Analizar si existe una asociación entre alteraciones en las funciones ejecutivas y el riesgo de autolesión no suicida en jóvenes de entre 15 y 24 años.

Método: Se siguió la guía PRISMA (2020). La búsqueda se realizó en EBSCO, ProQuest, PubMed y Scopus, incluyendo estudios publicados entre 2015 y 2025, en inglés y con acceso al texto completo. Se seleccionaron estudios observacionales que evaluaran funciones ejecutivas mediante pruebas neuropsicológicas objetivas en población joven.

Resultados: Se analizaron seis estudios y todos evaluaron el control inhibitorio y su relación con autolesiones no suicidas. En población con autolesiones, algunos mostraron diferencias en inhibición reactiva, mientras que otros no hallaron diferencias en, capacidad de inhibición, control de interferencia o inhibición proactiva.

Conclusiones: El control inhibitorio se asocia con las autolesiones no suicidas, vinculado a la impulsividad y desregulación emocional. Se subraya la necesidad de investigaciones longitudinales, con muestras más diversas y métodos que reflejen contextos emocionales reales, para diseñar intervenciones más precisas y efectivas.

Palabras clave: autolesiones no suicidas, funciones ejecutivas, control inhibitorio, juventud, regulación emocional, impulsividad.

2. Introducción

Las *conductas de riesgo autoinfligidas* se han vuelto muy comunes en jóvenes, con una prevalencia documentada de entre un 16,9 % y un 23,2 % en población no clínica (Xiao et al., 2022), y una mayor incidencia en mujeres (Gillies et al., 2018). Estos datos epidemiológicos evidencian que estos comportamientos funcionan como un mecanismo habitual de regulación emocional, proporcionando un alivio momentáneo, que a largo plazo supone una estrategia de afrontamiento disfuncional para lidiar con el malestar emocional (Møhl y Rubæk, 2017).

Este tipo de conductas vienen precedidas de una *multicausalidad de factores* individuales, contextuales y socioculturales (Hawton et al., 2012), aludiendo así a la obligatoriedad de una mirada integral hacia este fenómeno. Por ejemplo, rasgos como un estilo de afrontamiento evitativo e impulsivo (Castro et al., 2014), rumiación o baja autoestima (Tanner et al., 2014) aumentan significativamente el riesgo de aparición de conductas autodestructivas. Por otro lado, Fan et al. (2021) señalan que experiencias adversas de vida como conflictos familiares, falta de apoyo social, exposición a la autolesión en el propio contexto y redes sociales, también son elementos relevantes para su desarrollo. A nivel cultural, el estigma hacia la salud mental, la presión social para el éxito académico o la conformidad con normas de género, pueden dificultar la búsqueda de ayuda y aumentar el aislamiento, lo que propicia la recurrencia de las conductas de riesgo. Además, la presencia de sintomatología psicopatológica (Li et al., 2023), el consumo de sustancias y la falta de recursos comunitarios o escolares para la prevención y el apoyo (Mars et al., 2019) agravan el riesgo.

Las *autolesiones* suelen destacar como tipología muy recurrente dentro de las conductas de riesgo autoinfligidas, con una incidencia de un 16,2 % en jóvenes (O'Connor et al., 2018). Estas pueden ser de tipo: suicidas, incluyendo intentos de suicidio, cuya prevalencia de por vida en adultos jóvenes es del 11,3 % (O'Connor et al., 2018); o *no suicidas*, es decir, conductas autoinfligidas deliberadas sin intención suicida (Benjet et al., 2017).

Esta revisión sistemática centrará su análisis en las *autolesiones no suicidas* (ANS), definidas como la destrucción deliberada, autoinfligida, de tejido corporal sin intención suicida, como cortarse, quemarse o morderse (American Psychological Association, 2013).

La ANS son consideradas un *fenómeno heterogéneo*, pudiendo diferenciar diversos subgrupos según los métodos utilizados, la edad, el sexo y la motivación. Diversos estudios han identificado entre dos y cinco subtipos (Wang et al., 2024), que varían en función de diversos factores. En primer lugar, las características personales. En segundo lugar, los síntomas, divididos según Masi et al. (2023) como: internalizantes, entre ellos la depresión y ansiedad; y externalizantes, como hostilidad y desregulación emocional hacia otros. Por

último, funciones de la conducta, clasificadas en: intrapersonales, como la regulación emocional o el castigo autoinfligido (Szewczuk-Bogusławska et al., 2024); e interpersonales, como la expresión de malestar hacia otros (Taylor et al., 2017). En definitiva, reconocer esta complejidad permite identificar subgrupos con necesidades y riesgos específicos, lo que es clave para diseñar intervenciones más personalizadas y efectivas.

La edad de inicio de las ANS suele ser en la *adolescencia*, con una prevalencia de entre 17% y 60% (Swannell et al., 2014; Brunner et al., 2014). En esta revisión se contempla esta etapa como foco de interés, debido a que su aparición predice dificultades psicológicas, desregulación emocional y riesgo de autolesión persistente en etapas posteriores (Zetterqvist et al., 2020; Plener et al., 2015). Además, estas conductas persisten en la *adultez joven*, mostrando patrones repetitivos y persistentes (Kiekens et al., 2022), lo cual se asocia con peores resultados en salud mental y un mayor riesgo de ideación y conductas suicidas (Masi et al., 2023).

En general, existe una urgencia significativa en estudiar las ANS, ya que supone un problema de salud mental de gran relevancia clínica en las etapas antes mencionadas, marcado por una alta prevalencia y graves consecuencias asociadas. Por ende, el rango etario definido para esta revisión es la *juventud* (Naciones Unidas, 1985), etapa comprendida desde el inicio de la adolescencia tardía (15 -19 años) hasta el final de la adultez joven (20 - 24 años).

La *función psicológica* de las ANS suele ser positiva y adaptativa a corto plazo, proporcionando mecanismos de regulación emocional intrapersonal, aunque también pueden cumplir funciones interpersonales y de autoafirmación o validación personal (Taylor et al., 2017). Bien es cierto que a largo plazo su funcionalidad es discutible, por ello, para su estudio, la *investigación neuropsicológica* de los mecanismos cognitivos alterados es crucial. Poner el foco en este ámbito de estudio ayuda a entender el riesgo, la persistencia y la transición hacia conductas más graves, permitiendo identificar factores de vulnerabilidad y posibles objetivos para la prevención y el tratamiento.

Por consiguiente, el estudio de las alteraciones en las *funciones ejecutivas* (FFEE) del cerebro es importante, ya que puede suponer un factor de riesgo fundamental para llevar a cabo las ANS. Para ello, y por proporcionar un marco teórico desde el cual basarse, se hará referencia a las FFEE explicadas por Adele Diamond (2012), definiéndolas como un conjunto de procesos cognitivos que incluyen el control inhibitorio, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva. Estos permiten regular la atención, controlar impulsos, planificar, resolver problemas y adaptarse a nuevas situaciones.

En esta revisión se contempla la evaluación de los tres procesos cognitivos fundamentales mencionados y descritos por Adele Diamond (2012). En primer lugar, el *control inhibitorio*, el cual se refiere a la capacidad de suprimir o contrarrestar un pensamiento, acción

o sentimiento para seleccionar un comportamiento más apropiado y coherente con el logro de los objetivos. Este incluye el autocontrol (inhibición conductual) y el control de interferencia (atención selectiva e inhibición cognitiva). En segundo lugar, la *memoria de trabajo*, que consiste en la capacidad de almacenar y manipular información temporalmente durante la implementación de tareas cognitivas. Por último, la *flexibilidad cognitiva*, que se refiere a la capacidad de modificar selectivamente las estrategias cognitivas para generar un comportamiento apropiado en respuesta a las demandas cambiantes del entorno.

Aunque algunos estudios utilizan autoinformes o pruebas de neuroimagen para evaluar los dominios cognitivos antes mencionados, estas metodologías no permiten evaluar de manera directa el rendimiento ejecutivo. En primer lugar, los autoinformes están influenciados por factores subjetivos, como la percepción personal, el estado de ánimo y rasgos de personalidad, (Buchanan, 2015) lo que puede llevar a una subestimación o sobreestimación de las dificultades reales. Por otro lado, aunque las pruebas de neuroimagen pueden mostrar correlatos neuronales de las FFEE, no siempre se traduce en una evaluación funcional y práctica de las capacidades del individuo en la vida diaria.

Por ello, esta revisión se centra en estudios que utilizan *pruebas neuropsicológicas estandarizadas*, debido a la medición directa, precisa y objetiva del rendimiento cognitivo que estas ofrecen. A diferencia de los métodos anteriores, las tareas estructuradas de este tipo de evaluación proporcionan resultados cuantificables, facilitando la detección de déficits específicos, la orientación de intervenciones clínicas y el seguimiento del progreso. Además, resultan especialmente útiles para identificar alteraciones funcionales en población joven, donde la detección temprana es clave para una intervención eficaz.

En definitiva, el *objetivo principal* de esta revisión sistemática es examinar la relación entre las FFEE descritas y el riesgo de ANS en población joven de entre 15 y 24 años. A través del análisis de los estudios empíricos se pretende averiguar si la presencia de alteraciones en las FFEE se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar conductas autolesivas no suicidas. De esta manera, el aporte de conclusiones actualizadas sobre esta relación puede contribuir al diseño de programas de detección precoz o intervención neuropsicológica dirigidos a jóvenes con riesgo de autolesión.

3. Metodología

Para la realización de esta revisión, se siguió la guía PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) 2020 con el objetivo de asegurar la calidad y el rigor metodológico del proceso de revisión sistemática.

Este proceso se hizo mediante la búsqueda, selección y análisis de los artículos consiguientes, con la posterior extracción y valoración de sus respectivos resultados, para así responder a la siguiente pregunta de investigación según los criterios PICO (población, intervención, comparación y resultado): *¿presentan los jóvenes de entre 15 y 24 años con*

alteraciones en funciones ejecutivas un mayor riesgo de autolesiones no suicidas en comparación con aquellos que no presentan dichas alteraciones?

3.1. Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda se realizó en las bases de datos de *EBSCO*, *Proquest*, *Pubmed*, y *Scopus*, con una ecuación de búsqueda formada por dos conjuntos de palabras clave, uno para las FFEE y otro para las ANS. Además, a este último conjunto de palabras se añadieron términos clave relacionados con la conducta suicida, ya que algunos autores consideran que ambos fenómenos podrían formar parte de un continuo, por lo que, excluir estudios que aborden ambos temas podría implicar la pérdida de información relevante. Por último, se añadió un tercer conjunto de palabras clave para delimitar el rango etario de esta revisión.

De este modo, se formuló la siguiente secuencia de búsqueda: (*"Non-suicidal self-injury" OR NSSI OR "Self-harm" OR "Deliberate self-harm" OR "Self-injurious behavior" OR "Suicidal ideation" OR "Suicide attempt" OR "Suicidal behavior"*) AND (*"Executive function*" OR "Executive control" OR "Executive dysfunction" OR "Executive deficits" OR "Executive impairment" OR "Prefrontal" OR "Frontal lobe" OR "Neuropsycholog*" OR "Neuropsychological tests" OR "Cognitive assessment" OR "Behavioral tasks" OR "Working memory" OR "Short-term memory" OR "Verbal working memory" OR "Visuospatial working memory" OR "Cognitive flexibility" OR "Set shifting" OR "Task switching" OR "Inhibitory control" OR "Response inhibition" OR "Impulsivity" OR "Self-control" OR "Reasoning" OR "Problem-solving" OR "Planning"*) AND (*"Young people" OR "Adolescents" OR "Youth" OR "Young adults" OR "Teenagers" OR "Emerging adults" OR "Adolescent population"*)).

Esta misma se adaptó a los requerimientos de cada motor de búsqueda de las bases de datos. Por otra parte, para afinar aún más la búsqueda, se utilizaron los filtros de los años de publicación, albergando únicamente el rango de 2015 - 2025. Asimismo, se limitaron las búsquedas a estudios publicados en inglés y con acceso al texto completo.

3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Para la búsqueda y selección de artículos que conforma el proceso de cribado, se siguieron las directrices de inclusión o exclusión según los siguientes criterios:

Se incluyeron estudios empíricos con datos originales que evalúan FFEE siguiendo el modelo de Adele Diamond (2012), el cual contempla el control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo como funciones principales. Los artículos incluidos debían de medir al menos una de ellas mediante pruebas neuropsicológicas completamente objetivas. No se descartaban pruebas complementarias como neuroimagen o autoinformes, mientras no afectaran a la exactitud de la medición neuropsicológica. Se buscaron estudios que incidieran en población joven (15 - 24 años) según Naciones Unidas (1985), y analizaran la relación de las FFEE con las ANS. Se priorizaron diseños observacionales (longitudinales,

transversales, de cohortes, casos y controles), cuantitativos o mixtos. Se excluyeron estudios cualitativos, otras revisiones, literatura gris, artículos no publicados en abierto y aquellos que basen su medición únicamente en autoinformes o neuroimagen. Solo se incluyeron artículos en inglés, publicados entre 2015 y 2025 en revistas académicas revisadas por pares.

Durante el proceso de selección de estudios, los criterios de inclusión y exclusión, previamente definidos, se aplicaron de forma escalonada en las diferentes fases del cribado. En la primera etapa, se priorizó la revisión de aspectos formales como el idioma, el tipo de documento, la coherencia del título – resumen con el tema de la revisión, la población de estudio y la disponibilidad del texto completo. En las fases posteriores, se aplicaron criterios de contenido más específicos, como el diseño de los estudios, la aplicación prioritaria de pruebas neuropsicológicas estandarizadas en su metodología o la inclusión como variable de análisis alguna de las FFEE de Adele Diamond (2012).

3.3. Selección de los artículos

El proceso de selección, desarrollado bajo las directrices PRISMA (2020), se llevó a cabo en 3 fases:

En la primera, tras aplicar la estrategia de búsqueda exhaustiva de tipo descendente, se introdujeron los artículos encontrados (N = 2390) en el gestor bibliográfico llamado “Zotero” (*Zotero | Your Personal Research Assistant*, s. f.); en el software se aplicó la herramienta “Elementos duplicados” para eliminar los artículos repetidos (N = 1577).

En la segunda fase, se procedió a incluir y descartar artículos según coincidencias del título y el resumen con los criterios de inclusión y exclusión antes descritos. En esta etapa se decidió utilizar el gestor bibliográfico llamado “Rayyan”, un programa que se destaca por funciones específicas acordes a la exhaustividad del proceso (Ouzzani et al., 2016). En primer lugar, este gestor posee una herramienta la cual detecta duplicados que a simple vista no son visibles; por consiguiente, se descartaron artículos (N = 70). Otra función reside en la posesión de filtros de selección respecto a los distintos criterios de inclusión y exclusión que aplique el usuario; en este caso se aplicaron los filtros con los criterios específicos antes mencionados.

En la tercera y última fase se llevó a cabo la lectura del texto completo, a partir del cual se fueron incluyendo y descartando artículos según criterios cada vez más específicos (N = 88). En esta parte del proceso se usó “Hojas de Cálculo” de Google (*Google Sheets: Sign-in*, s. f.) con el objetivo de registrar y clasificar de forma clara las características principales de los estudios seleccionados, como el tipo de muestra, las variables analizadas, el diseño de estudio y los instrumentos utilizados. Además, se emplearon colores y filtros automáticos para facilitar su organización, comparación y análisis. Dicho esto, en esta etapa se descartaron artículos por no contemplar el modelo de Diamond, (2012) de FFEE ni estudiar explícitamente la relación entre las FFEE y las ANS (N = 58); también por no registrarse por el

rango de edad escogido (N = 14) y por realizar solo autoinformes o pruebas de neuroimagen, sin ninguna prueba neuropsicológica objetiva (N = 10).

Finalmente se seleccionaron 6 artículos para la extracción de los resultados. El proceso se muestra en la figura 1.

3.4. Evaluación de la calidad de los estudios

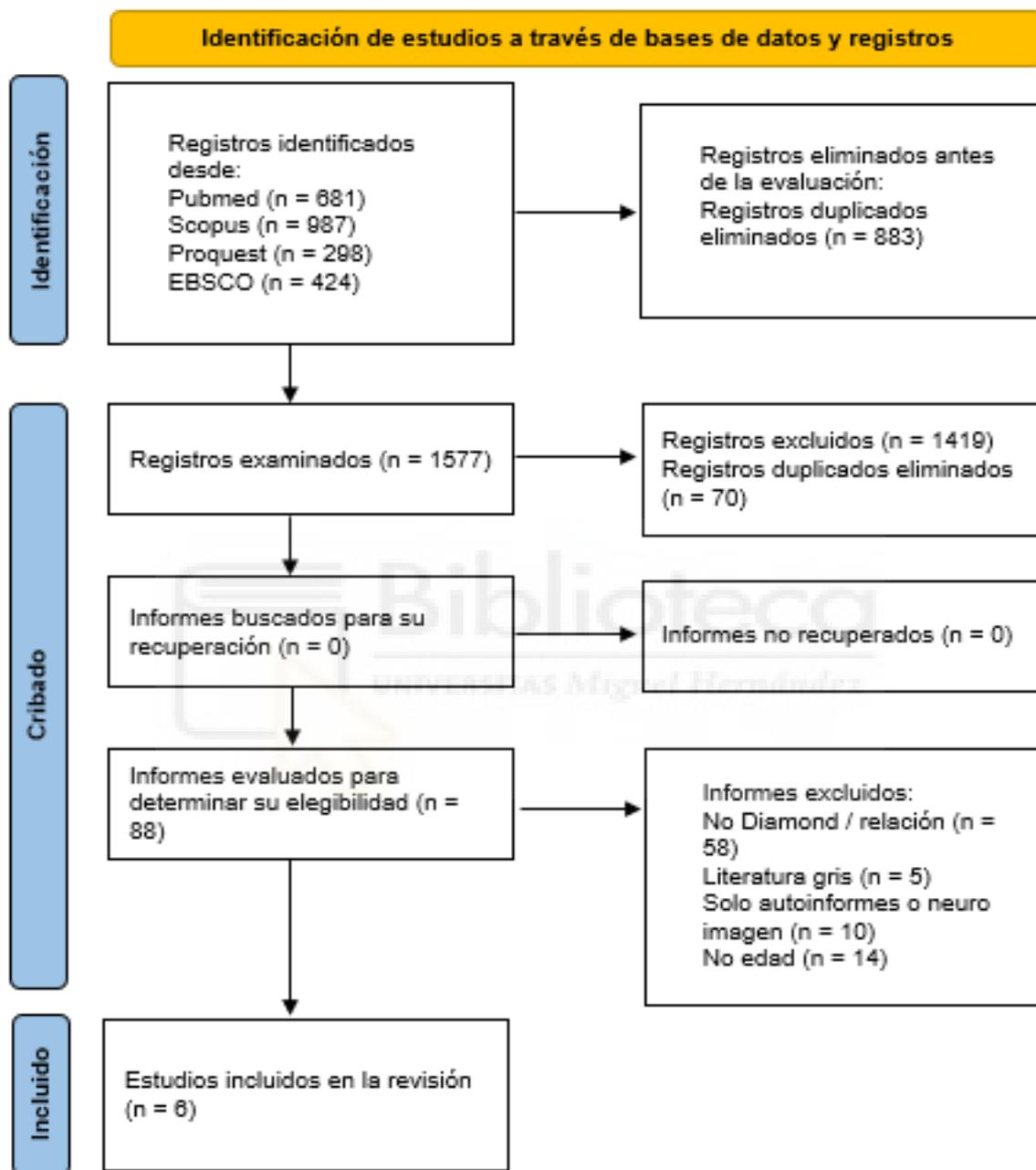
La calidad metodológica de los estudios de esta revisión se evaluó con la escala Newcastle-Ottawa Scale (*Ottawa Hospital Research Institute, s. f.*), que valora el riesgo de sesgo en estudios observacionales, centrándose en la selección de participantes, la comparabilidad de grupos y la determinación de la exposición / resultado. Los criterios de evaluación que se han seguido han sido cumplimentación o no de los parámetros antes mencionados.

Una vez hecha, expuesta en la tabla 1, ésta resultó en una calidad metodológica variada, de moderada a muy alta. Los estudios de cohortes mostraron mayor fortaleza, mientras que los de casos y controles tuvieron limitaciones en la representatividad de sus muestras.



Figura 1

Diagrama de flujo de los Elementos de Información Preferidos para la Revisión Sistemática y el Metaanálisis (PRISMA, 2020)



4. Resultados

Los 6 artículos escogidos para esta revisión sistemática se recogen en la tabla 2.

En primer lugar, se observa variabilidad del lugar de procedencia: Una parte de los estudios provienen de Estados Unidos (33,3%) y Alemania (33,3%), mientras que el resto corresponde a Reino Unido (16,6%) e Italia (16,6%). En cuanto al año de publicación, el

33,3% se publicó en 2022 y los demás en 2015 (16,6%), 2017 (16,6%), 2018 (16,6%) y 2024 (16,6%). Referente al tipo de diseño, los estudios seleccionados combinan diversas tipologías: el 100% de los estudios son transversales y de comparación de grupos; además, se identificaron diseños cuasiexperimentales (50%), de medidas repetidas (50%), de casos y controles (16,6%), retrospectivos (16,6%) y experimentales (16,6%). La muestra total de todos los trabajos seleccionados fue de 473 participantes. El tamaño medio de las muestras individuales fue de 236,5, con un rango de 28 a 240 participantes. Las muestras estuvieron compuestas en su mayoría por mujeres, con una edad que abarca la población joven (15 a 24 años) y una media total de 19,32 años.

Referido a la evaluación utilizada en los estudios, todos contemplan la relación entre las FFEE, especialmente el control inhibitorio, y la presencia de ANS. Además, se observa la interacción de esta relación con otras variables como la Comorbilidad con Trastornos Psicológicos (83,3%), sobre todo la Depresión. Esta se estudia, tanto como diagnóstico o sintomatología, como variable sola estudiada (50%) o variable de emparejamiento de grupos que conforman la muestra (33,3%).

Otras variables consideradas en los estudios para examinar la relación entre las ANS y las FFEE fueron la Regulación Emocional (Artículo 3, 6) y la Tendencia o Ideación Suicida (Artículo 1, 6). La Impulsividad se midió tanto como rasgo de personalidad (Artículo 1, 2 y 6) como dimensión de comportamiento (Artículo 3, 6), al igual que la Ansiedad, que se contempló como estado (Artículo 3) y como rasgo de personalidad (Artículo 1, 3). La Inteligencia se midió en el 83,3% de los estudios, y actuó como de variable de emparejamiento (Artículo 4).

Centrando la atención en las evaluaciones neuropsicológicas, estas herramientas proporcionaron datos objetivos sobre la interacción principal de esta revisión, principalmente mediante la *Stop-Signal Task* (SST) y la *Multi-Source Interference Task* (MSIT), instrumentos de los más utilizados.

La SST, utilizado en un 33,3% de los estudios, se empleó para medir la inhibición reactiva (a través del *Stop Signal Reaction Time* [SSRT] en la SST) y la precisión de la respuesta, incluyendo variantes con estímulos emocionales (como la "International Affective Picture System" o imágenes de autolesiones). En primer lugar, al considerar el rendimiento general de la inhibición conductual, los hallazgos fueron variados: mientras que algunos estudios, como el Artículo 1, no encontraron diferencias significativas en la capacidad de inhibición básica (velocidad de reacción o errores globales en la SST) entre los jóvenes con y sin ANS, el Artículo 6 reportó que los adolescentes con ANS mostraron una inhibición reactiva más rápida que los controles. Específicamente, el SSRT en adolescentes con ANS fue de 194,2 ms ($IC\ 95\% = 185,5 - 202,9$), siendo más rápido que el de los controles (217,5 ms, $IC\ 95\% = 210,8 - 224,2$), con una diferencia significativa de 23,3 ms ($t_{(54)} = 4,34; p <$

0,001; $d = 1,16$). Sin embargo, no se encontraron diferencias en la inhibición proactiva entre ambos grupos, ya que el ANOVA en los tiempos de reacción no mostró efecto principal del grupo ($F_{(1,54)} = 1,93$; $p = 0,170$) ni interacción ($F_{(1,54)} = 3,42$; $p = 0,070$), y en los tiempos de movimiento el estadístico tampoco reveló efectos significativos. Las diferencias en el control inhibitorio fueron más pronunciadas al incorporar estímulos emocionales. Los participantes con ANS mostraron una tendencia a cometer un mayor número de errores de inhibición en general al procesar imágenes emocionales ($F_{(1,62)} = 5,17$; $p = 0,03$; $\eta_p^2 = 0,08$). Esta vulnerabilidad se observó más en imágenes de contenido emocional negativo, donde los jóvenes con ANS presentaron un rendimiento en inhibición menos eficiente ($t_{(62)} = 2,61$; $p = 0,01$; $d = 0,73$). Por otra parte, al presentar imágenes directamente relacionadas con autolesiones, el patrón se invirtió: el grupo con ANS demostró una inhibición más eficiente (menos errores de comisión) en comparación con los controles ($t_{(62)} = -2,44$; $p = 0,02$, $d = -0,59$). Finalmente, se identificó que la presencia de ANS se asociaba con un rendimiento de inhibición de respuesta menos eficiente ante estímulos emocionales negativos ($F_{(3,59)} = 3,59$; $p = 0,02$; $R^2 = 0,16$), lo que demuestra una relación entre las ANS y el control inhibitorio en contextos emocionales.

Los estudios que utilizaron la MSIT (33,3%) para evaluar el control de interferencia, reportaron una ausencia de diferencias significativas en el rendimiento entre los grupos con y sin ANS. A través del estudio de los tiempos de reacción y precisión en condiciones de control e interferencia, específicamente, el Artículo 2 indicó que no hubo diferencias entre los grupos. Si bien se observaron efectos principales del tiempo de reacción que afectaron la velocidad y precisión en todos los participantes, por ejemplo, en ensayos de control ($F_{(1,62)} = 2,25$; $p < 0,001$; $\eta_p^2 = 0,31$); en precisión de ensayos de interferencia ($F_{(1,62)} = 5,79$; $p = 0,02$; $\eta_p^2 = 0,09$); y en control de la interferencia ($F_{(1,62)} = 4,62$; $\eta_p^2 = 0,07$), estas variaciones no discriminaron entre el grupo con ANS y el grupo control. De igual manera, el Artículo 3 reportó la ausencia de diferencias significativas en el rendimiento de la MSIT entre los grupos. Ni en la condición de control, por ejemplo, en precisión ($F_{(1,62)} = 0,435$; $p = 0,515$) y tiempo de respuesta ($F_{(1,62)} = 0,711$; $p = 0,407$), ni en la condición de interferencia, tanto en precisión ($F_{(1,62)} = 0,216$; $p = 0,646$) como en tiempo de respuesta ($F_{(1,62)} = 0,023$; $p = 0,880$) se encontraron distinciones entre los grupos. El contraste de interferencia tampoco reveló diferencias significativas en ninguna métrica, como en precisión ($F_{(1,62)} = 0,407$; $p = 0,529$) y en tiempo de respuesta ($F_{(1,62)} = 0,742$; $p = 0,397$).

También se utilizaron otros instrumentos específicos, como el *Affective Go/No-Go* (AGNG) (proveniente de la *Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery* [CANTAB]), la *Probabilistic Reversal Task* (PRT), el *Eriksen Flanker Go/No-Go* (EFGNG) y la *Go-only task*, cada uno en un estudio respectivamente (16,6%), indicando una menor frecuencia de uso en esta muestra.

El estudio que empleó la AGNG y la PRT concluyó resultados específicos, sobre todo al distinguir entre ANS esporádicas y repetitivas. En relación con el control inhibitorio conductual general medido por los errores de comisión en la AGNG, no se encontraron asociaciones significativas. Específicamente, el análisis mostró que ni las ANS esporádicas ($\beta = 0,11$; $p = 0,29$) ni las ANS repetitivas ($\beta = 0,094$; $p = 0,44$) se asociaron de manera significativa con los errores de comisión generales en comparación con los controles. Tampoco hubo un patrón de respuesta diferenciado por valencia emocional en esta tarea para ninguno de los subtipos de ANS (ANS esporádicas vs. Control: $\beta = -0,09$; $p = 0,50$. ANS repetitivas vs. Control: $\beta = 0,11$; $p = 0,44$). Sin embargo, al evaluar la perseveración mediante la PRT, se observaron diferencias significativas. Aunque las ANS esporádicas no mostraron una asociación significativa con las perseveraciones ($\beta = 0,08$; $p = 0,50$), las ANS repetitivas sí se asociaron con un aumento significativo en las perseveraciones ($\beta = 0,36$; $p = 0,006$) en comparación con el grupo control. De manera general, la presencia de un historial de ANS también se asoció significativamente con un aumento en las perseveraciones ($\beta = 0,20$; $p = 0,04$) en comparación con los controles.

En referencia al EFGNG, esta prueba reveló que el grupo de depresión con ANS (DM - ANS) presentó alteraciones más pronunciadas en la inhibición conductual. En la *tarea Incongruente No Go*, que evalúa la capacidad de inhibir una respuesta ante estímulos distractores, el grupo DM - ANS cometió una media de errores de comisión significativamente más alta ($18,0 \pm 11,6$) en comparación con los controles sanos ($9,6 \pm 6,5$; $F_{(2,38)} = 3,517$; $p = 0,040$). Las comparaciones post-hoc (Bonferroni) confirmaron que el grupo DM - ANS presentó una mayor tasa de errores que los controles ($\Delta M = -8,357$; $p = 0,046$). Respecto al tiempo de reacción en esta misma tarea, se observaron diferencias significativas ($F_{(2,38)} = 4,562$; $p = 0,017$). El grupo de solo depresión (DM - Solo) mostró tiempos de reacción más rápidos (media de $390,4 \pm 63,8$ ms) que el grupo DM - ANS (media de $457,3 \pm 67,8$ ms; $\Delta M = -66,877$; $p = 0,024$). También hubo una tendencia a que los controles sanos presentaran tiempos de reacción más lentos (media de $448,5 \pm 57,9$ ms) que el grupo MD - Solo ($\Delta M = 58,138$; $p = 0,058$). En contraste, en la *tarea Go Incongruente*, las tasas de errores no variaron significativamente entre los grupos ($F_{(2,38)} = 0,686$; $p = 0,510$). Sin embargo, en esta tarea, los tiempos de reacción (incorrectos y correctos) sí mostraron diferencias. Los grupos con depresión (DM - Solo: media de $393,5 \pm 43,3$ ms; DM - ANS: media de $412,8 \pm 47,3$ ms) fueron significativamente más rápidos en los tiempos de reacción incorrectos que los controles sanos (media de $470,4 \pm 39,4$ ms; $F_{(2,38)} = 9,883$; $p < 0,001$). De manera similar, en los tiempos de reacción correctos, ambos grupos con depresión mostraron tiempos de reacción más rápidos que los controles ($F_{(2,38)} = 6,685$; $p = 0,003$).

Volviendo a la inhibición proactiva, el análisis de la *Go-only task* no reveló diferencias significativas en ese aspecto entre los adolescentes con ANS y los controles.

Específicamente, en el ANOVA de los tiempos de reacción, aunque hubo un efecto principal del tipo de prueba ($F_{(1,54)} = 923,57$; $p < 0,001$; $\eta_p^2 = 0,94$), indicando que los participantes mostraron mayor velocidad en los ensayos *Go-only* (media de 161,9 ms más rápida que en los ensayos *Non-stop*), no se encontró un efecto principal significativo del grupo ($F_{(1,54)} = 1,93$; $p = 0,170$) ni una interacción entre el tipo de prueba y el grupo ($F_{(1,54)} = 3,42$; $p = 0,070$). Esto sugiere la similaridad en ambos grupos. De la misma manera, el estadístico en los tiempos de movimiento tampoco mostró efectos principales significativos para el tipo de prueba ($F_{(1,54)} = 1,68$; $p = 0,201$), el grupo ($F_{(1,54)} = 0,75$; $p = 0,392$) o su interacción ($F_{(1,54)} = 1,36$; $p = 0,249$).

Por último, referido a la evaluación de las ANS, los estudios incluidos en esta revisión sistemática utilizan una combinación de cuestionarios y entrevistas estructuradas.

El 100% de los estudios emplean la presencia / ausencia de un historial de ANS como variable principal de emparejamiento o agrupación (83,3%). La frecuencia de las ANS es un indicador clave, categorizándose desde esporádica hasta repetitiva (Artículo 4). También se valoran aspectos específicos como la gravedad (Artículo 4) naturaleza repetitiva (Artículo 6) y las tipologías de este tipo de conductas.

Instrumentos como la *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview* (SITBI) (Artículo 1, 3 y 5) y el *Deliberate Self-Harm Inventory* (DSHI) (Artículo 6) se utilizan para registrar la presencia, frecuencia y características de las conductas de autolesión no suicida. El Artículo 3, por ejemplo, destaca un predominio de la autolesión por corte, con una duración promedio de $6,00 \pm 3,91$ años ($IC\ 95\% = 3,84 - 8,17$) y una media de $124,09 \pm 118,74$ episodios ($IC\ 95\% = 44,32 - 203,86$) a lo largo de la vida, $38,82 \pm 54,04$ episodios ($IC\ 95\% = 2,51 - 75,12$) el último año, $5,00 \pm 7,93$ episodios ($IC\ 95\% = 0,42 - 9,58$) el último mes y $1,07 \pm 1,59$ episodios ($IC\ 95\% = 0,15 - 1,99$) la última semana. Además, el *Cuestionario de Autolesión Repetitiva No Suicida* (R – ANS) (Artículo 6) evalúa la naturaleza repetitiva de las ANS, con resultados significativos ($29,9 \pm 6,8$; $p < 0,001$). El Artículo 5 especifica la pertenencia al grupo de ANS si hay ≥ 5 episodios en el último año, y el Artículo 4 categoriza la frecuencia de ANS (nunca, una vez, 2 - 3 veces/año, 4 o más veces/año) a través de un *Cuestionario de Drogas y Autolesiones*.

Las ANS también se relacionan con otras variables exploradas en los estudios. En primer lugar, la presencia de intentos de suicidio previos, planes o pensamientos suicidas se evalúa sistemáticamente (Artículos 1, 2, 6) usando instrumentos como la SITBI o el *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality* (SNAP), reconociendo el solapamiento entre estas conductas. Por ejemplo, el Artículo 1 destaca que el 24,2% (ocho participantes) con ANS también reportó un intento de suicidio previo. El Artículo 6 utiliza la *Multi-Attitude Suicide Tendency Scale* (MAST) para evaluar ideación, planes y actitudes hacia el suicidio. Este estudio tuvo como resultado que ningún control sano reportó intentos o planes de suicidio.

Sin embargo, un paciente con DM – Solo y cuatro con DM - ANS habían intentado suicidarse. Los planes de suicidio también fueron más comunes en el grupo DM - ANS (6 pacientes, media de 3,3). Por ello, la frecuencia de pensamientos suicidas aumentó drásticamente: 1 episodio / año en controles, 2,8 en DM - Solo, y 13,8 en DM – ANS. Respecto a las actitudes hacia el suicidio, el estudio arrojó valores significativos en todas las subescalas excepto la de Atracción hacia la Muerte ($p = 0,08$).

Finalmente, algunos estudios profundizan en el historial de tratamiento psiquiátrico por episodios de ANS. El Artículo 3 resultó con un 40% de pacientes que recibieron terapia ambulatoria y un 46,67% con al menos una hospitalización psiquiátrica previa.



Tabla 2*Resultados de los estudios revisados*

Autores (año)	País	Muestra (N total)	Edad (M; DT)	Sexo (%)	Diseño del estudio	Variables biopsicológicas: Dimensiones	Instrumentos: Indicadores	Principales resultados
Allen et al. (2015)	Estados Unidos	67	M: 23; DT: 5,77	70,15% mujeres, 29,85% hombres	Comparación de grupos. Cuasiexperiment al. Transversal.	ANS: Presencia/Ausencia. IS Previos: Presencia/Ausencia de intentos, numero de intentos (reportados), planes y pensamientos suicidas en el último año (frecuencia y presencia). RC: Control inhibitorio, velocidad de procesamiento, precisión / errores. Historial clínico: Presencia/Ausencia de enfermedad mental. Estado clínico (de por vida): Presencia/Ausencia de depresión, ansiedad generalizada, TCA, bipolaridad, TOC, pánico, TDAH, TEA. Uso de Medicación Psiquiátrica: Sí/No CCG: Nivel de inteligencia.	SST: -Control inhibitorio: Tiempo de reacción a la señal de parada, errores de comisión en ensayos No-Go (total y por tipo de estímulo: neutro, positivo, negativo, autolesión – IAPS). -Velocidad de procesamiento: Tiempo de reacción al estímulo Go, tiempos de reacción correctos e incorrectos (ensayos Go). -Precisión/errores: Respuestas correctas, errores en ensayos Go, errores de omisión.	No hubo diferencias en inhibición básica entre grupos con y sin ANS. Las ANS se asoció con más errores de inhibición ante estímulos emocionales negativos. El grupo ANS mostró mejor inhibición con imágenes de autolesiones.

					Síntomas/rasgos: Ansiedad, depresión, impulsividad y rasgos de TLP.	SITBI-G: Presencia, frecuencia y características de: -Ideación, planes, gestos e intentos suicidas. -Pensamientos y conductas de autolesión no suicida.		
Allen et al. (2017)	Estados Unidos	67	<i>M:</i> 23,46; <i>DT:</i> 6,84	70,15% mujeres, 29,85% hombres	Comparación de grupos. Medidas repetidas. Transversal.	ANS (VI entre grupos): Presencia/Ausencia. Estado de ánimo (VI intrasujeto): Estado de ánimo basal y negativo (tras inducción). RC (VD): Tiempos de reacción en ensayos de control e interferencia y medida de interferencia. Afecto: Negativo/Positivo. Rasgos: Temperamento negativo e impulsividad rasgo. CCG: Nivel de inteligencia.	Cuestionario de cribado online: Historial de ANS por autoinforme. SNAP: Presencia de IS pasados (1 ítem) MSIT: Tiempo de reacción en ensayos de control e interferencia, y medida de interferencia (RT interferencia – RT control).	No hubo diferencias significativas en el rendimiento de la MSIT (precisión o control de interferencia) entre grupos con y sin ANS. El tiempo de reacción afectó la velocidad y precisión en todos los participantes de la tarea.
Dahlgren et al. (2018)	Alemania	30	<i>M:</i> 22,03; <i>DT:</i> 3,47	100% mujeres	Comparación de Grupos. Cuasiexperimental	RC (VD): Control Inhibitorio. ANS (VI): Presencia/Ausencia e	SITBI: -Pertenencia al grupo ANS (sí/no, según frecuencia).	No hubo diferencias significativas en el rendimiento de la MSIT (velocidad,

				Transversal. Casos y Controles.	<p>Historial. Sintomatología Depresiva: Gravedad y componentes específicos. Estado clínico: Presencia/Ausencia de trastornos del Eje I y II. Ansiedad: Estado, rasgo y excitación ansiosa (síntomas fisiológicos y cognitivos). Afecto: Positivo/Negativo Regulación Emocional: Sensibilidad, intensidad y persistencia emocional. Impulsividad (rasgo): Falta de premeditación, perseverancia, urgencia (positiva/negativa) y búsqueda de sensaciones. CCG: Nivel de inteligencia. Actividad neuronal: Corteza cingulada anterior y prefrontal dorsolateral durante MSIT.</p>	<p>-Prevalencia, frecuencia vital y reciente de ANS. -Gravedad y modo principal de autolesión (p. ej., corte, quemadura). -Años de duración de las conductas autolesivas. MSIT: -Tiempo de reacción medio en condiciones de control e interferencia. -Precisión (%) en ambas condiciones. -Errores de omisión y comisión (frecuencia). -Contraste de interferencia (diferencia de rendimiento entre condiciones).</p>	<p>precisión, errores) entre grupos. Predominio de autolesión por corte (duración promedio 6 años, 124 episodios de por vida). El 40% de pacientes había recibido terapia ambulatoria y el 46,67% al menos una hospitalización psiquiátrica previa.</p>
Lutz et al. (2022)	Reino Unido	240	<i>M</i> :16,33; 47,5% <i>DT</i> : 0,41	Comparación de Grupos. Transversal.	RC (VI): Inhibición conductual, toma de	AGNG (CANTAB®): Errores de comisión.	Se observó un menor control inhibitorio en ANS repetitivas. No

		52,5% mujeres	Retrospectivo. Experimental. Medidas Repetidas.	decisiones impulsiva y compulsividad. ANS (VD): Presencia/Ausencia e intensidad (frecuencia). Nivel socioeconómico. Sintomatología depresiva: Intensidad de los síntomas depresivos. Estado clínico: Presencia/ausencia de un diagnóstico específico. CCG: Nivel de inteligencia. Historia de Adversidad Infantil y Variación Genética (5-HTTLPR): Presencia/tipo de adversidad infantil y variación alélica del gen 5-HTTLPR.	PRT: Perseveraciones, errores de criterio y puntuación de coincidencia de probabilidad. Cuestionario Drogas y Autolesiones: Presencia de ANS (sí/no) y frecuencia categorizada (nunca, 1 vez, 2-3 veces/año, ≥4 veces/año).	se encontró asociación significativa para las ANS esporádicas.		
Malejko et al. (2022)	Aleman a	41	<i>M</i> :15,33; <i>DT</i> : 1,7	89,2% mujeres, 21,8% hombres	Comparación de grupos. Cuasiexperiment al. Transversal.	RC: Inhibición conductual, procesamiento de errores y rendimiento general. NS: Presencia/Ausencia y Frecuencia. Sintomatología Depresiva: Gravedad (síntomas) Estado clínico: Presencia/Ausencia de	EFGNG: -Tasa de errores de comisión. -Precisión y tiempo de reacción en ensayos Go. SITBI:	El grupo de Depresión con ANS mostró más alteraciones en la inhibición conductual.

Mirabella Italia et al. (2024)	28	<p><i>M</i>: 15,8; 89,28% <i>DT</i>: 1,45 mujeres, 10,72% hombres</p>	<p>Comparación de grupos. Medidas repetidas. Transversal.</p>	<p>Comorbilidades. Medicación: Uso de Medicación Psicotrópica. Lateralidad: Preferencia Manual. Consumo: Tabaquismo y consumo de alcohol. Estado hormonal: Ciclo menstrual y uso de anticonceptivos orales. Actividad Cerebral: Activación BOLD durante tarea Go/No Go.</p> <p>ANS: Frecuencia, tipos, repetitividad y naturaleza. RC: Control inhibitorio motor, velocidad y eficiencia de movimiento, inhibición proactiva. CCG: Nivel de inteligencia. Impulsividad (rasgo): Premeditación, perseverancia, urgencia (positiva/negativa), búsqueda de sensaciones, impulsividad atencional, motora y no planeada.</p>	<p>-Número medio de ANS en el último año (grupo DM-ANS). -Pertenencia al grupo DM-ANS (≥ 5 episodios/año). -Historia de ANS leve en la vida (grupo DM-solo).</p> <p>DSHI: Presencia, frecuencia y características de autolesión deliberada. Cuestionario de R-NSSI: Naturaleza repetitiva de la ANS. MAST: Ideación suicida, desesperanza, atractivo del suicidio y miedo a la muerte. Go-only task: Tiempos de reacción y de movimiento.</p>	<p>Los adolescentes con ANS mostraron una inhibición reactiva más rápida (potenciada) que los controles. No se encontraron diferencias en la inhibición proactiva entre los grupos.</p>
--------------------------------	----	--	---	---	--	---

Tendencia Suicida: SST (versión Alcance): Tiempo de Ideación, planes y actitudes hacia el suicidio. reacción al Go-Regulación Emocional: Dificultades en conciencia, aceptación y claridad emocional; control de impulsos; acceso a estrategias; interferencia emocional en conducta con metas. Signal, tiempo de reacción y movimiento en ensayos sin parar, tiempo de reacción a la señal de parada, y tasa de éxito de inhibición.

Comorbilidades:
Presencia/Ausencia de depresión, ansiedad generalizada, TCA, bipolaridad, TOC, pánico, TDAH y TEA.

VI: Variable independiente; VD: Variable dependiente; ANS: Autolesiones no suicidas; RC: Rendimiento Cognitivo; CCG: Capacidad Cognitiva General; EC: Estado Clínico; R – ANS: Autolesiones No Suicidas Repetitivas; DM: Depresión Mayor; IS: Intentos de Suicidio; TCA: Trastorno de Conducta Alimentaria; TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo; TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; TEA: Trastorno del Espectro Autista; SST: Stop – Signal Task; SITBI: Self – Injurious Thoughts and Behaviors Interview; SNAP: Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality – 2; MSIT: Multisource Interference Task; AGNG: Affective Go/No-Go; CANTAB: Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery; PRT: Probabilistic Reversal Task; EFGNG: Eriksen Flanker Go/No-Go; DSHI: Deliberate Self-Harm Inventory; MAST: Multi-Attitude Suicide Tendency Scale; IAPS: International Affective Picture System.

5. Discusión

5.1. Discusión y conclusiones

En esta revisión sistemática se propuso examinar la relación entre las FFEE, específicamente el control inhibitorio, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva, y el riesgo de ANS en población joven de entre 15 y 24 años. El objetivo principal era averiguar si la presencia de alteraciones en estas capacidades cognitivas se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar conductas autolesivas, aportando así conclusiones actualizadas para una mejor comprensión de este fenómeno.

Los resultados apuntan a que el *control inhibitorio* es la función ejecutiva más consistentemente implicada en las ANS. Esta predominancia no es casual, debido a que podría alinearse con la propia naturaleza de las ANS, asociada por la evidencia científica con la *impulsividad* (McHugh et al., 2019; Pacifici et al., 2021), lo que sugiere cómo estas conductas podrían operar como una respuesta inmediata y disfuncional para mitigar el malestar emocional agudo. Además, la estrecha relación de las ANS con la *desregulación emocional* (Thompson et al., 2024) ha llevado a la literatura científica a centrar gran parte de su atención en el aspecto impulsivo de estas estrategias de afrontamiento, donde una dificultad para inhibir respuestas automáticas a emociones intensas o pensamientos negativos puede llevar a recurrir a estrategias disfuncionales, buscando un alivio inmediato.

En cuanto a los aspectos específicos del control inhibitorio, esta revisión ofrece resultados matizados. A pesar de que la evidencia no siempre revela un déficit generalizado en la inhibición básica, sí apunta a una vulnerabilidad destacada ante estímulos con carga emocional negativa, donde la capacidad de suprimir respuestas disfuncionales se ve comprometida (Liu et al., 2022). Este punto es crucial: a pesar de que el rendimiento general de inhibición puede no mostrar diferencias, la capacidad de inhibir respuestas en contextos emocionales sí se ve afectada. Por otra parte, se observó que, al enfrentar imágenes directamente vinculadas a las autolesiones, la inhibición paradójicamente mejoraba. Este fenómeno sugiere un posible efecto de *habitación* o procesamiento especializado debido a la relevancia personal del contenido, o incluso un *mecanismo disociativo*, lo que indica que la disfunción inhibitoria no es uniforme, sino altamente influenciada por la valencia y el significado del estímulo.

Los resultados también remarcan una distinción importante en los tipos de inhibición: aunque se identificaron dificultades en la *inhibición reactiva*, la evidencia no respalda un déficit en la *inhibición proactiva* ni en el *control de interferencia general*. Esto sugiere que las alteraciones de las FFEE en las ANS podrían ser más específicas de la modulación de respuestas en contextos emocionales o impulsivos, en lugar de una dificultad general en la gestión de información distractora. Por otra parte, la presencia de *perseveraciones* (la dificultad para cambiar de una respuesta o estrategia ineficaz) en casos de ANS repetitivas

apunta a una baja *flexibilidad cognitiva*, lo que podría estar relacionado con una menor adopción de estrategias de afrontamiento más adaptativas y una mayor dificultad en la gestión de comorbilidades psicológicas (Novak et al., 2022).

Además del control inhibitorio, es relevante considerar la interacción con comorbilidades como la depresión y su posible conexión con la ideación y conductas suicidas. La población con ANS a menudo presenta un cuadro clínico heterogéneo, y la presencia de depresión podría agravar déficits en el control inhibitorio (Rodav et al., 2014). Asimismo, la disfunción en las FF.EE., en conjunto con la comorbilidad, podría mediar en el riesgo de un aumento de la severidad de las conductas autolesivas o de la aparición de comportamientos más graves (Ma et al., 2023; Thompson et al., 2024), como la ideación o los intentos suicidas. Es importante destacar que las ANS no son una progresión natural hacia el suicidio, pero la disfunción ejecutiva en contextos de comorbilidad puede aumentar el riesgo de estos últimos.

A pesar del énfasis en el *control inhibitorio*, es interesante considerar si otras FFEE, como la *memoria de trabajo* y la *flexibilidad cognitiva*, poseen una relevancia similar para las ANS. Aunque esta revisión no ha encontrado una evidencia tan consistente ni detallada, es posible que jueguen un papel importante aún no suficientemente explorado. Por ejemplo, una *memoria de trabajo* deficiente podría dificultar la capacidad de mantener objetivos a largo plazo o las consecuencias negativas de las autolesiones (Richard-Devantoy et al., 2014). Sin embargo, la influencia de la *flexibilidad cognitiva* es discutible. Respecto a la *flexibilidad cognitiva*, aunque la evidencia ha señalado una asociación con las ANS (Wang et al., 2023), su rol puede variar según el contexto, por ejemplo, facilitando el acceso a pensamientos suicidas en algunos casos o actuando como factor protector en otros (Park et al., 2022). La ausencia de hallazgos consistentes en los estudios revisados resalta la necesidad de una exploración más profunda en esta área.

En conclusión, el panorama general de la disfunción ejecutiva en las ANS que emerge de esta revisión es complejo, pero con patrones discernibles. Los déficits parecen ser más destacados en el *control inhibitorio* y en la capacidad de manejar respuestas en contextos emocionales específicos, así como en la perseveración, especialmente en subgrupos que presentan mayor cronicidad en las ANS o comorbilidades. La evidencia sobre la *memoria de trabajo* y la *flexibilidad cognitiva*, si bien son parte fundamental de las FFEE, resulta apenas consistente o detallada en los estudios revisados, lo que denota que la investigación actual ha priorizado la exploración de la *inhibición* en relación con las ANS.

5.2. Limitaciones

Es fundamental reconocer las limitaciones de esta revisión sistemática, las cuales, si bien acotan la generalización de los hallazgos, no invalidan su relevancia para una comprensión más profunda del fenómeno.

En primer lugar, la base empírica de la revisión se sustenta sobre un número limitado de seis artículos, lo cual, aunque permitió un análisis detallado, restringe la representatividad de las conclusiones a una población más amplia. Una segunda limitación se encuentra en la variabilidad metodológica de los estudios incluidos, manifestada en la diversidad de instrumentos neuropsicológicos utilizados y sus resultados, en ocasiones, divergentes. Esta heterogeneidad dificulta la consolidación de hallazgos definitivos y la comparación directa entre investigaciones. Además, la mayoría de los diseños de estudio fueron de naturaleza transversal, impidiendo establecer relaciones de causalidad. Por ende, no es posible determinar si las disfunciones ejecutivas preceden y contribuyen al desarrollo de las ANS, si son una consecuencia de estas, o si ambas están influenciadas por factores subyacentes comunes. La muestra predominantemente femenina también limita la aplicabilidad de estos hallazgos a poblaciones mayoritariamente masculinas u otras específicas. Finalmente, aunque se ha discutido la importancia de la heterogeneidad de las ANS en cuanto a su cronicidad y comorbilidades, la síntesis de resultados se ve limitada por la evidencia aún inconsistente sobre la implicación de todas las FFEE examinadas, haciendo necesario la exploración de más aspectos específicos de estos dominios cognitivos.

5.3. Implicaciones clínicas

Los hallazgos de esta revisión poseen importantes implicaciones clínicas y teóricas.

Desde una perspectiva clínica, la identificación de déficits específicos en el control inhibitorio, especialmente en contextos emocionales, sugiere la necesidad de incluir evaluaciones neuropsicológicas dirigidas a estas funciones en la valoración integral de jóvenes con ANS. Esto podría facilitar una detección más precisa de las vulnerabilidades cognitivas subyacentes. En consecuencia, se abren vías para el desarrollo de intervenciones más personalizadas, orientadas a fortalecer el control inhibitorio o a mejorar las estrategias de regulación emocional, las cuales podrían implementarse mediante terapias cognitivo-conductuales.

De manera teórica, estos resultados contribuyen a una comprensión más profunda de las ANS, respaldando los modelos que postulan la desregulación emocional como un factor central mediado por la función ejecutiva en población con ANS.

Para una verdadera comprensión del fenómeno, es crucial adoptar un enfoque multimodal. Las FFEE no operan de forma aislada, sino que su interacción con factores contextuales (como el entorno familiar o social, experiencias traumáticas) y factores emocionales (desregulación emocional generalizada, afecto negativo) es fundamental. Por ello, la investigación futura debería complementar la evaluación neuropsicológica objetiva con técnicas específicas que aborden esos constructos contextuales. Asimismo, la inclusión de medidas de autoinforme sobre la percepción subjetiva del funcionamiento ejecutivo en la vida diaria complementarían los datos objetivos de laboratorio, ofreciendo una perspectiva integral

que es crucial para diseñar intervenciones aún más personalizadas y adaptadas a la experiencia del individuo.

5.4. Orientaciones futuras

Varias líneas de investigación futuras que son esenciales para avanzar en el campo de las ANS serían las siguientes:

Es importante priorizar los estudios longitudinales que permitan establecer relaciones de causalidad entre las disfunciones ejecutivas y las ANS, determinando si las primeras son factores de riesgo, consecuencias o moduladores del desarrollo de las autolesiones. Se necesita un mayor muestreo y profundización en el estudio de otras FFEE más allá del *control inhibitorio*, como la *memoria de trabajo* y la *flexibilidad cognitiva*, para comprender su potencial implicación. La investigación en subgrupos específicos de ANS (diferenciados por función, cronicidad, o comorbilidad) se presenta como crucial para identificar perfiles de FFEE más precisos, lo que podría conducir a intervenciones más dirigidas. Asimismo, es vital ampliar los estudios a poblaciones con mayor diversidad de género y cultural, superando la predominancia de muestras femeninas observada. Finalmente, el desarrollo y validación de tareas neuropsicológicas más específicas que evalúen la inhibición y otras FFEE en contextos emocionalmente relevantes para las ANS sería de gran valor, ya que permitiría capturar de manera más fiel la complejidad de los déficits observados en situaciones de la vida real.

En última instancia, estas líneas de investigación contribuirán al desarrollo de estrategias de intervención y prevención más aplicadas, basadas en la evidencia y adaptadas a contextos clínicos y educativos, para mejorar el bienestar de los jóvenes en riesgo de ANS.

6. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). Nonsuicidal Self-Injury Disorder (proposed for further study). In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., pp. 803–806). American Psychiatric Publishing.
- Benjet, C., González-Herrera, I., Castro-Silva, E., Méndez, E., Borges, G., Casanova, L., & Medina-Mora, M. E. (2017). Non-suicidal self-injury in Mexican young adults: Prevalence, associations with suicidal behavior and psychiatric disorders, and DSM-5 proposed diagnostic criteria. *Journal Of Affective Disorders*, 215, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.025>
- Buchanan, T. (2015). Self-report measures of executive function problems correlate with personality, not performance-based executive function measures, in nonclinical samples. *Psychological Assessment*, 28(4), 372-385. <https://doi.org/10.1037/pas0000192>
- Castro, K. A. C., Nebot, T. K., & Planellas, I. (2014). Predicción de conducta autodestructiva en adolescentes mediante tipologías de afrontamiento. *Universitas Psychologica*, 13(1). <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy13-1.pcaa>

- Diamond, A. (2012). Executive functions. *Annual Review Of Psychology*, 64(1), 135-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Fan, Y., Liu, J., Zeng, Y., Conrad, R., & Tang, Y. (2021). Factors Associated With Non-suicidal Self-Injury in Chinese Adolescents: A Meta-Analysis. *Frontiers In Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.747031>
- Google Sheets: Sign-in. (s. f.-b). <https://docs.google.com/spreadsheets/u/0/>
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60322-5)
- Kiekens, G., Claes, L., Hasking, P., Mortier, P., Bootsma, E., Boyes, M., Myin-Germeys, I., Demyttenaere, K., Cuijpers, P., Kessler, R. C., Nock, M. K., & Bruffaerts, R. (2022). A longitudinal investigation of non-suicidal self-injury persistence patterns, risk factors, and clinical outcomes during the college period. *Psychological Medicine*, 53(13), 6011-6026. <https://doi.org/10.1017/s0033291722003178>
- Li, X., Liu, X., Wang, Y., Zhou, D., & Yuan, T. (2023). The effects of childhood maltreatment on adolescent non-suicidal self-injury behavior: mediating role of impulsivity. *Frontiers In Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1139705>
- Liu, J., Gao, Y., Wang, H., & Liu, X. (2022). Emotional Reactivity and Inhibitory Control in Nonsuicidal Self-Injury Adolescence: Divergence Between Positive and Negative Emotions. *Journal Of Youth And Adolescence*, 51(9), 1720-1732. <https://doi.org/10.1007/s10964-022-01618-0>
- Ma, L., Zhou, D., Zhao, L., Hu, J., Peng, X., Jiang, Z., He, X., Wang, W., Hong, S., & Kuang, L. (2023). Impaired behavioral inhibitory control of self-injury cues between adolescents with depression with self-injury behavior and those without during a two-choice oddball task: an event-related potential study. *Frontiers In Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1165210>
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 327-337. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30030-6)
- Masi, G., Pisano, S., Sesso, G., Mazzullo, C., Berloffia, S., Fantozzi, P., Narzisi, A., Placini, F., Valente, E., Viglione, V., & Milone, A. (2023). Persistent Non-Suicidal Self-Injury and Suicidality in Referred Adolescents: A Longitudinal Study Exploring the Role of Cyclothymic Temperament. *Brain Sciences*, 13(5), 755. <https://doi.org/10.3390/brainsci13050755>
- McHugh, C. M., Lee, R. S. C., Hermens, D. F., Corderoy, A., Large, M., & Hickie, I. B. (2019). Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review

- and meta-analysis. *Journal Of Psychiatric Research*, 116, 51-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.05.012>
- Møhl, B., Rubæk, L. (2017). [Self-injury, converting emotional distress into physical pain]. *PubMed*, 179(26). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28648163>
- Novak, L. A., Carter, S. P., LaCroix, J. M., Perera, K. U., Neely, L. L., Soumoff, A., & Ghahramanlou-Holloway, M. (2022). Cognitive flexibility and suicide risk indicators among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 313, 114594. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114594>
- O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Drummond, J., Ferguson, E., O'Connor, D. B., & O'Carroll, R. E. (2018). Suicide attempts and non-suicidal self-harm: national prevalence study of young adults. *BJPsych Open*, 4(3), 142-148. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.14>
- Ottawa Hospital Research Institute. (s. f.). Copyright 2011 Ottawa Hospital Research Institute. All Rights Reserved. https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Pacifici, S., Baglioni, V., Cammisa, L., Guerrini, D., Mancini, C., Mirabella, G., & Terrinoni, A. (2021). Non-suicidal self-injury and impulsivity: Study of inhibitory control in adolescent population. *European Psychiatry*, 64(S1), S205-S206. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.545>
- Park, Y., & Ammerman, B. A. (2022). For Better or Worse?: The role of cognitive flexibility in the association between nonsuicidal self-injury and suicide attempt. *Journal Of Psychiatric Research*, 158, 157-164. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.12.040>
- PRISMA statement. (s. f.). PRISMA Statement. <https://www.prisma-statement.org/>
- Richard-Devantoy, S., Berlim, M. T., & Jollant, F. (2014). Suicidal behaviour and memory: A systematic review and meta-analysis. *The World Journal Of Biological Psychiatry*, 16(8), 544-566. <https://doi.org/10.3109/15622975.2014.925584>
- Rodav, O., Levy, S., & Hamdan, S. (2014). Clinical characteristics and functions of non-suicide self-injury in youth. *European Psychiatry*, 29(8), 503-508. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.02.008>
- Singhal, N., Bhola, P., Reddi, V. S. K., Bhaskarapillai, B., & Joseph, S. (2021). Non-suicidal self-injury (NSSI) among emerging adults: Sub-group profiles and their clinical relevance. *Psychiatry Research*, 300, 113877. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113877>
- Szewczuk-Bogusławska, M., Kowalski, K., Bogudzińska, B., & Misiak, B. (2024). Are the functions of non-suicidal self-injury associated with its persistence and suicide risk in

- university students? Insights from a network analysis. *Frontiers In Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1442930>
- Tanner, A. K., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Non-suicidal Self-Injury and Firesetting: Shared and Unique Correlates Among School-Based Adolescents. *Journal Of Youth And Adolescence*, 44(4), 964-978. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0119-6>
- Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2017). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal Of Affective Disorders*, 227, 759-769. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073>
- Thompson, A., Ruch, D., Bridge, J. A., Fontanella, C., & Beauchaine, T. P. (2024). Self-injury and suicidal behaviors in high-risk adolescents: Distal predictors, proximal correlates, and interactive effects of impulsivity and emotion dysregulation. *Development And Psychopathology*, 1-14. <https://doi.org/10.1017/s0954579424001342>
- United Nations. (s. f.). *Juventud | Naciones Unidas*. <https://www.un.org/es/global-issues/youth#:~:text=No%20existe%20una%20definici%C3%B3n%20internacional,entre%2015%20y%2024%20a%2021>
- Wang, Z., Chen, Y., Tao, Z., Yang, M., Li, D., Jiang, L., & Zhang, W. (2024). Quantifying the Importance of Non-Suicidal Self-Injury Characteristics in Predicting Different Clinical Outcomes: Using Random Forest Model. *Journal Of Youth And Adolescence*, 53(7), 1615-1629. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01926-z>
- Wang, Z., Li, D., Chen, Y., Tao, Z., Jiang, L., He, X., & Zhang, W. (2024). Understanding the subtypes of non-suicidal self-injury: A new conceptual framework based on a systematic review. *Psychiatry Research*, 334, 115816. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115816>
- Xiao, Q., Song, X., Huang, L., Hou, D., & Huang, X. (2022). Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Frontiers In Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.912441>
- Zotero | Your personal research assistant. (s. f.-b). <https://www.zotero.org/>

7. Anexos

Tabla 1*Evaluación de la calidad de los estudios*

Estudio	Selección de la muestra			Comparabilidad de los grupos		Evaluación de la exposición o resultado			Total	
	Definición del caso	Representatividad de casos	Selección de controles	Verificación de controles	Control del factor más importante	Control de factor adicional	Evaluación de la exposición	Mismo método de determinación para casos y controles		Adecuación de la tasa de no respuesta
Allen et al. (2015)	*		*	*	*	*	*	*	*	8/9
Allen et al. (2017)	*		*	*	*	*	*	*	*	8/9
Dahlgren et al. (2018)	*		*	*	*	*	*	*	*	8/9
Lutz et al. (2022)	*		*	*	*	*	*	*	*	8/9
Malejko et al. (2022)	*		*	*	*	*	*	*	*	8/9
Mirabella et al. (2024)	*		*	*	*		*	*	*	7/9