

Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente

J. Fleta Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 37-45]

RESUMEN

Las autolesiones son todas aquellas lesiones provocadas deliberadamente en el propio cuerpo sin finalidad suicida, especialmente en la piel. Su incidencia es cada vez mayor, son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, especialmente en las adolescentes. En el presente trabajo, de revisión, se describe esta conducta, sus posibles causas, condicionantes y motivaciones, factores de riesgo, clasificación, tratamiento y prevención. La actuación conjunta del pediatra y del psiquiatra infantil deberá ser fundamental a la hora de tratar a estos pacientes.

PALABRAS CLAVE

Autolesión, cortes en la piel, alteración del comportamiento, trastorno psiquiátrico, adolescencia.

Autolesions in adolescence: an emerging behavior

ABSTRACT

Self-injuries are all those injuries deliberately caused in the body itself without suicidal purpose, especially in the skin. Their incidence is increasing, they are more frequent in women than in men, especially in adolescents. This review describes this behavior, its possible causes, conditions and motivations, risk factors, classification, treatment and prevention. The joint action of the pediatrician and the child psychiatrist should be fundamental when it comes to treating these patients.

KEY WORDS

Self-injury, skin cuts, behavioral disturbance, psychiatric disorder, adolescence.

Las autolesiones son todas aquellas conductas que implican la provocación deliberada de lesiones en el propio cuerpo sin finalidad suicida (NSSI: «Non-suicidal Self-Injury») como por ejemplo cortes en la piel («Self-cutting»), quemaduras, golpes, arrancarse el pelo, punciones, arañazos, pellizcos y envenenarse, entre otros comportamientos anómalos.

Las conductas autolesivas constituyen un importante problema de salud pública. Desde mediados de 1960 se ha

observado un aumento en el número de adolescentes que se autolesionan, en algunos casos, durante el padecimiento de cuadros psiquiátricos bien definidos, como por ejemplo en síndromes depresivos o trastornos de la conducta alimentaria; sin embargo, son muy escasos los estudios sobre conductas autolesivas en el ámbito de la pediatría y adolescencia en nuestro medio, hasta tiempo muy reciente.

En el presente trabajo, de revisión, se describe esta conducta que se presenta cada vez con más frecuencia,

Correspondencia: Facultad de Ciencias de la Salud
Domingo Miral s/n. 50009 Zaragoza
jfleta@unizar.es
Recibido: febrero 2017. Aceptado: marzo 2017

sus posibles causas, condicionantes y motivaciones, prevalencia, factores de riesgo, clasificación, tratamiento y prevención. Indudablemente, la actuación conjunta del pediatra y del psiquiatra infantil deberá ser fundamental a la hora de tratar a estos pacientes.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Muchos de los datos sobre la incidencia se han obtenido en los servicios de urgencias de diversos hospitales, pero se cree que estos no son buenos estimadores del número real de adolescentes que realiza este tipo de conductas, ya que muchos de ellos no acuden a un servicio de urgencias. Además, los datos obtenidos de esta forma dependen en gran medida de los registros hospitalarios, y la validez de los mismos es cuestionable⁽¹⁾.

La falta de estudios rigurosos adecuados para registrar el número de comportamientos autolesivos en este grupo de edad puede explicar la escasa información obtenida hasta el momento. En Europa, Estados Unidos y Australia, se observó un incremento en estas conductas en la década de los 60. La incidencia pareció estabilizarse en los años 80, aunque desde los 90 se ha observado un nuevo aumento^(2,3).

En Inglaterra y Escocia se han llevado a cabo varios estudios en los que se estima que hasta 1 de cada 130 adolescentes puede autolesionarse. Se recogieron datos en un estudio de monitorización de conductas autolesivas en Oxford entre los años 1985 y 1995; la población diana incluía todos aquellos pacientes menores de 20 años que acudían al Hospital General de Oxford con autolesiones. Durante el tiempo que duró el estudio, 1.840 individuos acudieron al servicio de urgencias con autolesiones. Se observó que la incidencia aumentaba con la edad y que eran más frecuentes en mujeres que en hombres. Además las mujeres acudían con más frecuencia que los hombres debido a ingestas medicamentosas: 91,2% de mujeres frente a 82,5% de hombres^(2,4,5).

En el año 2001 se realizó una encuesta sobre la salud mental de niños y adolescentes en el Reino Unido que proporcionó información en lo que respecta a trastornos emocionales y conductuales. La información se obtuvo de 10.438 niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 5 y los 15 años. Tanto los jóvenes como sus padres fueron entrevistados, lo que permitió obtener datos diferenciales. En total, 4.249 jóvenes de entre 11 y 15 años fueron entrevistados, de los cuales 248 reconocieron haberse autolesionado, pero solo 78 de los padres entrevistados informaron de que sus hijos se habían autolesionado en algún momento. Un análisis detallado de los datos informó asimismo de que un 6,5% de mujeres y un 5,0% de hombres se habían autolesionado previamente al estudio⁽⁶⁾.

La incidencia de autolesiones era más alta entre aquellos jóvenes diagnosticados de patología psiquiátrica, comparados con el grupo sin patología. La prevalencia era mayor entre aquellos jóvenes que padecían depresión, trastorno de conducta y trastorno de ansiedad. Asimismo, otros datos mostraron cómo las autolesiones eran más frecuentes en niños adoptados, niños que vivían con uno solo de sus padres y en aquellos que convivían con más de cinco hermanos. Se dan en un 4% de la población general, especialmente en la época de la adolescencia, llegando al 14-15%. Las tasas son más elevadas si se ha hecho alguna vez anteriormente y si nos referimos a la población psiquiátrica⁽⁷⁻⁹⁾.

Las mujeres se autolesionan más con cortes, los hombres con quemaduras. La frecuencia observada según el tipo de lesión es la siguiente: cortes en la piel (85%), quemaduras (30%), golpes (32%), arrancarse el pelo (7%), punciones, arañazos, pellizcos y envenenarse⁽¹⁰⁾ (figuras 1 y 2).

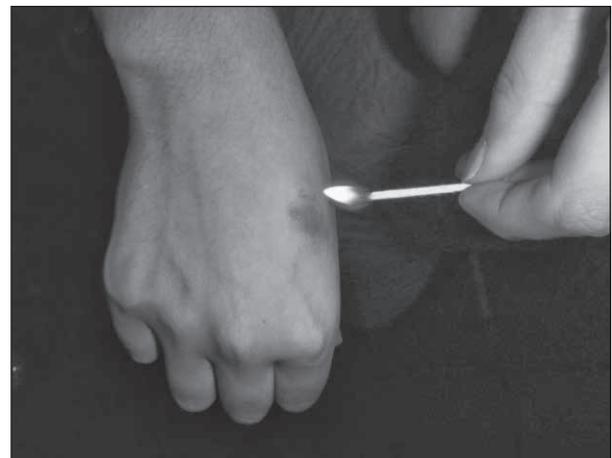


Figura 1. Autolesión por quemadura.



Figura 2. Autolesiones múltiples en extremidades inferiores.

CAUSAS Y MOTIVACIONES

Gran parte de las ocasiones se deben a una finalidad psicológica. La autodestrucción, que se manifiesta en cortes, quemaduras, rasguños, arañazos, tirones del pelo, golpes (sobre todo en la cabeza), cualquier forma de producción de dolor es una forma de expresar el sufrimiento, una forma no verbal de comunicación donde los sentimientos se transmiten visualmente a través del cuerpo. Generalmente se usa para liberarse de sentimientos de rabia, ira, tristeza, soledad, rencor y dolor emocional. Se efectúa para liberar las emociones que el autoagredido no puede expresar. A veces, ante el sentimiento de no estar vivo, los autoflageladores se cortan para cerciorarse de que siguen vivos⁽¹¹⁾.

Este comportamiento se utiliza a veces para aliviar dolores emocionales fuertes, ya que es más fácil controlar el dolor físico que el emocional. La sensación de dolor produce una cierta liberación de ansiedad. Algunos adolescentes se realizan heridas (cortes o quemaduras, o hasta beber su propia sangre) en momentos de crisis o de sufrimiento, porque el dolor físico les ayuda a soportar su sufrimiento psicológico. En otras circunstancias la autoagresión se utiliza para sentir poder sobre uno mismo. La autoagresión está muy relacionada con las adicciones y trastornos de alimentación como bulimia y anorexia⁽¹²⁾.

También puede utilizarse la autoagresión como forma de demostrar públicamente el sufrimiento interno, de forma similar a la costumbre judía de «rasgarse las vestiduras» y «echarse ceniza sobre la cabeza». En este caso el objetivo último es la búsqueda de ayuda o comprensión.

Se debe tener en cuenta que si bien las autolesiones son una conducta parasuicida, no son una conducta suicida en sí. El suicidio suele intentar acabar con el sufrimiento, acabar con la vida (suelen preferir métodos indoloros o no violentos), mientras que la autolesión provoca un dolor o una distracción.

Podemos describir seis grupos de motivos para que alguien se autolesione⁽¹³⁾:

- Para llamar la atención: las autolesiones son muy llamativas y hacen que los demás sientan la necesidad de estar pendientes de la persona por miedo a que lo vuelva a hacer, en algunos casos buscan atención, afecto, que se les escuche y que se haga lo que ellos quieren. Muchas veces se utiliza la lesión como amenaza («si me dejas me autolesionaré»...) o para culpar a la otra persona y hacer que se sienta mal.
- Para castigarse: una baja autoestima, sentimientos de culpabilidad, de no ser merecedor de algo, de ser responsable por algo negativo, pueden llevar a la

persona a pensar que son «malos» y que merecen un castigo. Muchas veces representan sentimientos de odio, rechazo o disgusto hacia uno mismo.

- Para evadir un malestar emocional: el malestar físico (el dolor) tiene prioridad sobre cualquier otra sensación, detiene el proceso del pensamiento, interrumpe los sentimientos. Cuando sentimos dolor no pensamos en nada más, y esto es lo que se busca en estos casos de una autolesión. Cuando hay pensamientos negativos constantes, ansiedad, depresión, la persona puede lesionarse por el propio malestar que estos producen, pero también porque la autolesión bloqueará temporalmente esos pensamientos. Es una forma de controlar las emociones. Es como una válvula que libera esa tensión emocional.
- Como conducta parasuicida: muchos suicidas habían llevado a cabo tentativas previamente. Por ejemplo, cortes en las muñecas previos al corte más profundo. A veces es para ver si son capaces, para saber qué van a sentir en el momento. A veces demuestra inseguridad y en el momento frenan la conducta antes de que sea letal. Se calcula que un 15% de las personas que se autolesionan tienen tendencias suicidas.
- Para asumir un control sobre situaciones que sobrepasan a la persona: esto sería similar a lo que ocurre con la anorexia; en este tipo de conductas dañinas para uno mismo pueden influir sentimientos o necesidad de control, aun cuando uno no puede controlar a los demás o lo que le rodea, sí puede controlar su propio cuerpo. Esta necesidad de sentir control sobre uno mismo puede asociarse junto con los otros factores que hemos comentado e influir en la conducta autolesiva.
- Por sentimientos de vacío crónico: muchas veces estos sentimientos de vacío, de que falta algo o de que no se puede sentir nada pueden ser muy frustrantes y llevar a la persona a desear sentir algo, por malo que sea. La autolesión causa dolor y sentimientos que pueden hacer que la persona los utilice para suplir esos episodios de vacío existencial, para hacerles sentir «vivos».

TRASTORNOS ASOCIADOS A LAS AUTOLESIONES

Como hemos referido anteriormente las autolesiones pueden aparecer por sí solas, pero pueden representar un problema más complejo de fondo: se estima que el 50% de las autolesiones están asociadas a un trastorno mental.

Toda autolesión debe ser considerada y no ignorada, al menos hasta que se descarte algún peligro o que esto forme parte del tratamiento⁽¹⁴⁾.

Hay muchos trastornos en los que aparecen las autolesiones, el más común y el único que se considera como criterio de diagnóstico es el denominado trastorno límite de la personalidad. En este trastorno las autolesiones aparecen en un 70% de los pacientes y entre el 8 y 10% consuman el suicidio.

En el trastorno de personalidad histriónica pueden aparecer autolesiones, aunque en este caso, es más probable que se asocien a una llamada de atención. También pueden aparecer en otros trastornos de personalidad (como el antisocial), en la depresión o en el trastorno bipolar; los sentimientos de malestar, en general, pueden acabar llevando a la persona a autolesionarse.

Este fenómeno también puede verse en patología comparada. Tal es así que, en algunas especies animales, como en el perro o en las aves, también existen casos de autolesiones, en casos de zoocosis, como en procesos depresivos, trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad y estrés. En estos casos se pueden observar mordeduras de las patas y de la cola, arrancarse el pelo, picotearse, golpearse la cabeza hasta producirse mutilaciones, morder los barrotes de la jaula y lesiones en los genitales.

Las autolesiones pueden ocurrir en momentos o episodios de despersonalización en los que la persona no es consciente de lo que está haciendo. Así mismo, en ocasiones, en episodios psicóticos las voces pueden inducir a las autolesiones. Se asocia también con los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por consumo de sustancias. Las autolesiones también pueden aparecer en el trastorno por estrés postraumático.

Por último, añadir que en una serie de enfermedades mentales, como la demencia y la esquizofrenia, así como en otros trastornos, como la discapacidad intelectual y el autismo, los afectados se producen a sí mismos daños sin ningún objetivo, sino a consecuencia de su enfermedad, y esta conducta también se considera autoagresión.

Un caso paradigmático de autolesión es el paciente con el síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno del metabolismo de las purinas producido por una deficiencia completa de hipoxantina-guanina-fosforibosil-transferasa. Esta deficiencia es una alteración congénita de herencia recesiva ligada al sexo, con una prevalencia de un caso por cada cien mil recién nacidos vivos. En este caso los niños presentan una autoagresión compulsiva con pérdida tisular: empiezan a morderse los labios o sus dedos desde muy corta edad⁽¹⁵⁾.

FACTORES PREDICTORES DE LAS AUTOLESIONES

Ninguno de estos factores enumerados predice por sí solo las autolesiones. Destacaremos los siguientes⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Factores de riesgo: ser mujer, tener entre 15 y 25 años, vivir en una institución o centro y ser persona dependiente de alcohol o drogas.

Factores precipitantes: «bullying», embarazo no deseado, enfermedad física grave, divorcio de los padres o problemas familiares, abuso sexual, violencia doméstica, duelo, depresión, problemas económicos o en el trabajo, ansiedad, problemas en las relaciones sociales, suicidio o autolesiones de alguien cercano (este factor afecta más a los adolescentes), entre otros. El alcohol está presente en muchos de los períodos autolesivos, desinhibe y fomenta la conducta impulsiva por lo que es una nefasta combinación.

Factores inherentes a la persona: baja autoestima, imagen corporal pobre o distorsionada, sentimientos de rechazo por parte de los demás o de ser diferente, ser una persona aislada, bajas habilidades sociales, diferencias culturales o raciales, mala adaptación al entorno, alto neuroticismo (como rasgo de personalidad) y presentar algún trastorno psicológico (tablas I y II).

CLASIFICACIÓN, CRITERIOS Y OTRAS CARACTERÍSTICAS, SEGÚN DSM-5

Las autolesiones no suicidas están contempladas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5ª edición, actualizada y editada por la Asociación Americana de Psiquiatría y publicada en español en 2014⁽¹⁹⁾.

El tema se inscribe en la Sección III, que contiene «Medidas y modelos emergentes», con el título de «Afecciones que necesitan más estudio». En este apartado se incluyen afecciones que conviene seguir investigando en el futuro, con el fin de tomar decisiones acerca de su posible inclusión en las subsiguientes versiones del DSM.

Así pues, los criterios que se aportan de esta afección no son definitivos ni oficiales en la actualidad por lo que se recomienda utilizarlos con cierta precaución ante propósitos clínicos. Los criterios propuestos para definir esta afección son los siguientes:

1. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal que suelen producir sangrado, hematoma

- o dolor, como por ejemplo cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso, etc., con la expectativa de que la lesión solo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, sin intención suicida).
2. El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:
 - 2.1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
 - 2.2. Para resolver una dificultad interpersonal.
 - 2.3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.
 3. Las autolesiones intencionadas se asocian con, al menos, una de las siguientes:
 - 3.1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.
 - 3.2. Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.
 - 3.3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúa.
 4. El comportamiento no está aceptado socialmente, como por ejemplo «piercings», tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural, y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.
 5. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.
 6. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón

Tabla 1. Factores de riesgo de conducta autolesiva en la adolescencia

A. Características personales

1. Capacidad de solución de problemas: si es deficiente existe mayor riesgo de conductas autolesivas.
2. Impulsividad: la mayoría de conductas autolesivas tienen un alto componente impulsivo.
3. Desesperanza: síntoma relacionado directamente con ideación y comportamiento suicida.
4. Ira y hostilidad: diversos estudios han mostrado que estas dos características aparecen con más frecuencia en adolescentes que se autolesionan.

B. Trastornos psiquiátricos

1. Trastornos depresivos: directamente relacionados con conductas autolesivas. El 67% de adolescentes que realizan una ingesta tóxica padecen un trastorno depresivo.
2. Abuso de sustancias: el consumo de alcohol se relaciona directamente con la posibilidad de autolesionarse.
3. Trastorno de conducta: adolescentes que se autolesionan muestran mayor tasa de trastornos de conducta y comportamiento antisocial.

C. Características familiares

1. El 50% de los adolescentes que se autolesionan viven solo con uno de sus padres.
2. Los problemas de convivencia entre los padres están claramente asociados con intentos de suicidio en adolescentes.
3. La falta de calidez en las relaciones familiares y los problemas específicos de relación entre adolescentes menores de 16 años y sus madres han mostrado ser factores importantes en aquellos que realizan un intento de suicidio.

D. Los medios de comunicación

1. Un estudio mostró que cuanto más publicidad se le dé a un caso de suicidio, más serán los casos de suicidio en el período posterior al primero.
2. La publicación en diversos periódicos de un caso de suicidio está directamente relacionada con el aumento de estos actos en el período posterior a la publicación.
3. La emisión de una serie de televisión basada en un caso de suicidio («Muerte de un estudiante») en Estados Unidos en 1983 se relacionó directamente con el incremento en el número de jóvenes que intentaban cometer suicidio por primera vez tras la visualización de la misma.
4. La influencia de programas de televisión en adolescentes de 14 años sanos: realizaban más conductas de riesgo, era más probable que consumieran drogas, puntuaban más alto en las escalas de depresión y cometían mayor número de autolesiones.

Tomado de AEPNYA (1), modificado

Tabla II. Protocolo diagnóstico de autolesiones

A. Recogida de historia clínica

1. Acontecimiento que ha provocado este comportamiento

- ¿Qué acontecimientos han precipitado esta conducta?
- ¿Qué motivos tenía el paciente para autolesionarse?
- ¿En qué circunstancias se ha producido esta conducta?
- ¿Ha existido una preparación específica de la conducta autolesiva (ej. carta de despedida)?
- ¿Qué grado de violencia ha tenido este comportamiento?
- En caso de ingesta de sustancias: ¿qué grado de letalidad tenían las mismas?
- ¿Existen síntomas de depresión previos a la conducta autolesiva?
- ¿Existe algún signo que indique uso/abuso de alcohol?

2. Historia médica y psiquiátrica

- ¿Ha existido alguna conducta autolesiva previa?
- ¿Ha padecido el paciente algún trastorno psiquiátrico previamente? ¿De qué tipo?
- ¿Cómo fue tratado?
- ¿Existen antecedentes familiares de depresión u otro trastorno psiquiátrico, suicidio o alcoholismo?
- ¿Hay evidencia de alguna enfermedad médica actual o previa a dicha conducta?

3. Circunstancias sociales

- ¿El paciente vive solo?
- ¿El paciente está trabajando en la actualidad?
- ¿Cómo han reaccionado la familia y amigos cercanos al paciente ante los hechos?
- ¿Quién se hará cargo de llevar al paciente a su domicilio y acompañarlo en las horas posteriores a la conducta autolesiva?
- ¿Hay alguna evidencia de abuso físico, psíquico o sexual?
- ¿Es posible que las circunstancias sociales que rodean al paciente empeoren después del comportamiento autolesivo?

B. Examen del estado final

Considerar la apariencia física del paciente, especialmente si muestra signos de agitación, inquietud psicomotora, depresión o descuido en el cuidado personal.

Explorar específicamente si el paciente está deprimido o si existen variaciones en el estado de ánimo durante el día.

- ¿Existen alteraciones en el patrón normal de sueño?
- ¿Existen alteraciones en el apetito o pérdida de peso?
- ¿Existen ideas nihilistas? ¿Hay alguna otra persona que forme parte de las mismas?

Explorar específicamente ideación/intencionalidad suicida.

- ¿Es el paciente pesimista respecto a su capacidad para afrontar situaciones cotidianas?
- ¿Existe algún otro trastorno o síntoma psiquiátrico presente?

C. Formulación diagnóstica

¿Qué motivos explican el comportamiento autolesivo?

Diagnóstico psiquiátrico (si existe)

Evaluación de riesgo suicida o de repetición de la conducta autolesiva, teniendo en cuenta los factores de riesgo existentes en el momento de la valoración del paciente.

Áreas problemáticas en la esfera personal/social en las que el paciente necesita ayuda.

Objetivos terapéuticos

Tomado de AEPNYA (1), modificado

de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica, como por ejemplo trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad

intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía y trastorno de excoriación en piel.

En este Manual se describen algunas características clínicas y métodos empleados para producir las lesiones. Lo más frecuente es que la lesión se realice con un cuchillo, aguja, cuchilla u otro objeto afilado. Las zonas más lesionadas son la parte anterior de los muslos y la cara dorsal de los antebrazos; los cortes son superficiales y suelen ser paralelos, separados 1 o 2 cm. A menudo las lesiones sangran y dejan cicatriz. Las quemaduras se producen con frecuencia con colillas encendidas o frotando la piel con una goma de borrar repetidamente. Es característico que los individuos que se producen autolesiones no suicidas no buscan asistencia médica. Hay que tener en cuenta que el acto de cortarse se puede realizar con instrumentos compartidos, lo cual incrementa la posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sanguínea.

Se estima que la relación de esta afección entre mujeres y hombres es de 2/1, aproximadamente, es decir, una relación muy diferente al trastorno del comportamiento suicida, que se estima en 3/1 o 4/1.

El texto incluye un comentario sobre algunos trastornos que pueden simular esta afección, algunos ya enumerados anteriormente. En primer lugar hay que tener en cuenta el trastorno de la personalidad límite; en este caso los individuos presentan comportamientos alterados agresivos y hostiles. En el trastorno del comportamiento suicida el objetivo es un deseo de morir; en este sentido hay que advertir que los individuos con autolesión no suicida tienen una probabilidad significativamente mayor de suicidarse. La probabilidad de un intento de suicidio se ha asociado con el uso previo de varios métodos para autolesionarse.

La tricotilomanía consiste en arrancarse el pelo. Es un comportamiento dañino limitado a zonas del cabello de la cabeza, las cejas o las pestañas. La denominada autolesión estereotipada implica golpearse la cabeza o morderse y se asocia habitualmente con una concentración intensa; puede asociarse a retraso en el desarrollo. La dermatilomanía, o trastorno de excoiación, consiste en excoiarse la piel en zonas en donde considera que hay una mancha o lesión antiestética, habitualmente en la cara o en el cuero cabelludo; es un trastorno casi exclusivo de las mujeres.

TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS AUTOLESIONES. PAUTAS DE ACTUACIÓN

Las autolesiones son un problema importante que requiere ayuda profesional. Es probable que la persona no lo haya contado por vergüenza, culpa o miedo a lo que pensarán los demás. A veces temen que se les ingrese en el hospital. Debemos mostrarnos comprensivos y dejar que la persona nos pueda hablar de su problema. Si lo ha estado ocultando está claro que no era para llamar

la atención. Deben percibir la gravedad de la situación pero desde el apoyo. Debemos saber que el hablar de ello no va a empeorar el caso, es más, le va a permitir a la persona utilizar una vía de expresión o liberación diferente a la habitual (las lesiones). Debemos decirle que queremos ayudarlo, que cuenta con apoyo y que ir a hablar con un psicólogo o psiquiatra no implica que se le vaya a ingresar, esto solo se realiza en casos graves o cuando hay un peligro para la persona⁽²⁰⁾.

Las personas que se autolesionan no suponen un peligro para los demás, no son agresivos (por regla general) hacia los demás ni van a hacernos daño. Es cierto que puede que acaben autolesionándose en nuestra presencia, pero lo más probable es que lo hagan de todas maneras, con lo que nuestra presencia, en todo caso, puede ayudar.

En algunas ocasiones se indicarán ISRS (antidepresivos) por su función reguladora de la serotonina y del estado de ánimo (alteración asociada a estos episodios). Los niveles de serotonina bajos se asocian a las autolesiones, impulsividad y agresividad. También pueden estar indicados los antipsicóticos. El tratamiento de los procesos desencadenantes puede ser fundamental, como en el caso del autismo, depresión, esquizofrenia, tendencias suicidas, trastornos alimentarios, trastorno bipolar, trastorno del control de impulsos y trastorno límite de la personalidad^(4,21).

La terapia psicológica deberá ser imprescindible. Desde ella se abordarán técnicas conductuales y cognitivas que modificarán la conducta y los pensamientos asociados a ella y nos permitirán entender por qué la persona empezó a autolesionarse. Solo el 10% de personas que se autolesionan pide ayuda, el resto sufren en silencio (tabla III).

PREVENCIÓN

En la última década se ha prestado mayor atención a la identificación de adolescentes con alto riesgo de autolesionarse o cometer suicidio, dado que esta es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10-18 años. Uno de los mejores predictores de suicidio es un intento previo de suicidio. Entre un 10-40% de adolescentes que cometen suicidio lo han intentado. Cuando evaluamos la gravedad de una conducta autolesiva debemos tener en cuenta la letalidad, los antecedentes y la motivación. Los adolescentes con este tipo de comportamiento a menudo se resisten a dar información personal a un adulto, que es visto como una figura de autoridad. Las iniciativas para la prevención de conductas autolesivas y suicidio en los colegios, centradas en la identificación de poblaciones en riesgo, sería la mejor en términos de coste-beneficio^(16,18,22-24).

A continuación se exponen algunas estrategias que pueden servir en el momento de necesidad para evitar autolesionarse. Algunas permitirán canalizar la ira, otras,

Tabla III. Tratamiento de las autolesiones

<p>A. Terapia basada en solución de problemas</p> <p>Estrategia basada en que el individuo tiene un déficit en su capacidad para resolver problemas de otra manera.</p> <p>Primera fase: el terapeuta ayuda al paciente a identificar y definir los problemas y los factores que contribuyen al mismo.</p> <p>Segunda fase: el terapeuta ayuda al paciente a generar soluciones al problema identificado («brainstorming»).</p> <p>Tercera fase: el terapeuta apoya al paciente en decidir cuál es la mejor solución desde un punto de vista cognitivo y conductual.</p> <p>B. Terapia Cognitivo Conductual</p> <p>Abordaje similar al llevado a cabo en casos de depresión. Se basa en la idea de que la forma en que el individuo interpreta acontecimientos está relacionada con el ánimo y el comportamiento.</p> <p>El objetivo es cambiar el contenido cognitivo del comportamiento suicida y el afecto asociado al mismo.</p> <p>C. Entrenamiento en habilidades sociales</p> <p>Objetivo: conseguir que el adolescente se comunique de una forma más efectiva con aquellas personas con las que se encuentra en desacuerdo.</p> <p>A menudo se utilizan técnicas de role-play.</p> <p>Objetivos secundarios: mejorar la asertividad y la confianza en uno mismo, sobre todo en situaciones sociales.</p> <p>D. Reconocimiento y control de la ira</p> <p>Objetivo: reconocer y controlar los sentimientos de ira antes de que la conducta se agrave y se provoquen autolesiones.</p> <p>Se emplean técnicas como «termómetro de sentimientos» y «distracción» tras identificar sentimientos que están llegando al punto de «sin retorno».</p> <p>E. Terapia de Familia</p> <p>A menudo se emplea un enfoque educacional, cuyo objetivo es la solución de conflicto intrafamiliar y la mejora en las habilidades de comunicación.</p> <p>Un estudio casos control aleatorizado muestra cómo las terapias familiares breves en el domicilio de los pacientes NO son más efectivas que un número reglado de sesiones en un entorno clínico.</p> <p>Tomado de AEPNYA (1), modificado</p>
--

sentir la sensación de una lesión sin llevarla a cabo realmente: pintar con un bolígrafo rojo la piel en lugar de cortarla, cubrir con vendajes el lugar donde le gustaría cortarse, crear una herida con maquillaje, golpear una almohada o saco de boxeo, hacer ejercicio físico, gritar o hacer mucho ruido, hablar con un amigo (no necesariamente de la autolesión), pintar o hacer algo artístico que represente nuestros sentimientos en ese momento, coger cubitos de hielo con la mano, romper algo que no sea valioso (sin hacernos daño), por ejemplo una revista, una caja de cartón, una sábana vieja; pinchar globos, dibujar en las caras de la gente en las revistas, chutar fuerte un balón contra una pared, dar palmadas hasta que pique la mano, masajear en lugar de lesionar la zona, morder algo muy picante o amargo (limón, guindilla), depilarse con cera, pintarse las uñas, ordenar el armario por colores, contar hasta 100 o 500, contar las baldosas, luces, etc, disfrazarse, jugar a un videojuego, aprender palabrotas en otro idioma, entre otras muchas posibilidades^(4,13).

Podemos proponer una lista con palabras o frases motivadoras o incluso una carta diciendo por qué nos queremos, nuestras cualidades positivas o palabras que den fuerza y motivación: «tú puedes», «vales mucho»... Existe una alternativa virtual que permite realizar «cortes» en una pantalla, pero esta técnica no es aplicable para todos, ya que en algunos puede desencadenar una mayor necesidad de llevar el acto a cabo (visualizar con precaución).

ASOCIACIONES DE AYUDA

Las más destacadas son las siguientes:

- International Society for the Study of Self injury (Sociedad Internacional para el Estudio de la Autolesión). Se compone de investigadores, médicos y estudiantes que están interesados en una mejor comprensión de las autolesiones⁽²⁵⁾.
- ASeFo: Autolesión Selfinjury Foro. Red social de habla hispana sobre autolesión no suicida. Gratuita y

liderada por sus usuarios para acercar a la sociedad hispanoparlante información y un foro de expresión. Un punto de unión de pacientes, familiares y profesionales. Desde 2009 dispone de recursos para personas que se autolesionan, familiares y allegados, así como profesionales de la salud y de la educación⁽²⁶⁻²⁸⁾.

–LifeSign. Asociación dirigida por sus usuarios acerca de la comprensión de la autolesión. Fundada en 2002, su fin es guiar a las personas que se hacen daño a sí mismos hacia nuevas formas de afrontamiento. Es dirigido por personas con experiencia personal en autolesión, están libres de prejuicios y son respetuosos con sus miembros y visitantes, sus experiencias de vida y percepciones⁽²⁹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. AEPNYA. Autolesiones. Protocolo. 2008. Acceso 20 de enero de 2017. Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/autolesiones.pdf>
2. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale B, Bond, A. Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *J Adolesc* 2000; 23: 47-55.
3. Hawton K, Williams K. The connection between media and suicidal behaviour warrants serious attention. *Crisis* 2001; 22: 137-140.
4. Hawton K, Van Heeringen K. (eds). *The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: Wiley. 2000.
5. Mental Health Foundation. *Self-Harm Factsheet*. 2000. Acceso el 20 de enero de 2017. Disponible en www.mentalhealth.org.uk
6. Meltzer H, Harrington R, Goodman R, Jenkins, R. *Children and Adolescents who try to Harm, Hurt or Kill Themselves*. Newport, UK: Office for National Statistics. 2001.
7. Garrison C, Addy C, Jackson K, McKeown R, Waller J. A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 597-603.
8. Sadowsky C, Kelly M. Social Problem solving in suicidal adolescents. *J Cons Clin Psychology* 1993; 61: 121-127.
9. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 386: 743-800.
10. Javierre E, Amiguet M, Mengual JM, Fuertes A, Ruiz PM, García N. Lo último entre adolescentes. Los cortes en la piel. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor* 2016; 46: 35.
11. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychology Rev* 2007; 27: 226-239.
12. Klonsky ED. Non-Suicidal Self-Injury: An Introduction. *J Clin Psychology* 2007; 63: 1039-1043.
13. Autolesiones ¿por qué se hacen? Acceso 20 de enero de 2017. Disponible en <http://www.omicrono.com/2013/10/autolesiones-porque-lo-hacen-todo-lo-que-necesitas-saber-y-como-enfrentarte-a-ellas-trigger/>
14. Farber K, Jackson C, Tabin K, Bachar E. Death and annihilation anxieties in anorexia nervosa, bulimia, and self-mutilation. *Psychoanal Psychology* 2007;24: 289-305-366.
15. Vitoria I, Dalmau J. Trastornos del metabolismo de las purinas y pirimidinas. En M. Cruz. *Tratado de Pediatría*. Vol I. 10 ed. Ergón. Madrid. 2011. p. 809-810.
16. Brent D, Perper J, Goldstein C, Kolko D, Allan M, Allman CI, Zelenak J. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 27: 362-366.
17. NHS Centre for Reviews and Dissemination. *Deliberate self-harm*. *Effective Health Care*. December. 1998.
18. Fox C, Hawton K. *Deliberate Self-Harm in Adolescence*. *Child and Adolescent Mental Health Series*. Jessica Kingsley Publishers. 2004.
19. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM-5. Panamericana. Madrid. 2014. p. 803-806.
20. Royal College of Psychiatrist. *Managing Deliberate Self-Harm in Young People*. Council Report CR64. London: Royal College of Psychiatrists. Gaskell Publications. 1998.
21. Hawton K, Bancroft J, Catalán J, Kingston B, Stedeford A, and Welch N. Domiciliary and out-patient treatment of self-poisoning patients by medical and non-medical staff. *Psychol Med* 1981; 11: 169-177.
22. Marttunen M, Aro H, Lonnqvist J. Precipitant stressors in adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 1178-1183.
23. Shaffer D, Garland A, Gould M, Fisher P. (1988). Preventing teenage suicide: A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 675-687.
24. Velting D, Rathus J, Asnis G. Asking adolescents to explain discrepancies in self-reported suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 1998; 28: 187-196.
25. ISSS. *International Society for the Study of Self injury*. Acceso 20 de enero de 2017. Disponible en <http://itriples.org>
26. ASeFo: Autolesión Self injury Foro. Acceso el 20 de enero de 2017. Disponible en <http://www.autolesion.com>
27. Quienes somos. Acceso el 20 de enero de 2017. Disponible en <http://www.autolesion.com/nosotros/recursos>
28. Autores, Colaboradores. Acceso el 20 de enero de 2017. Disponible en <http://www.autolesion.com/nosotros/autores-colaboradores/>
29. LifeSings | user-led self-harm small charity. Acceso el 20 de enero de 2017. Disponible en <http://www.lifesings.org.uk/>