



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

## **AUTOLESIÓN SIN INTENCIONALIDAD SUICIDA: EL AFRONTAMIENTO DEL DOLOR EMOCIONAL A TRAVÉS DE LAS HERIDAS**

**TESINA**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**  
PRESENTA:  
**DIANELA MEZA LUNA**

DIRECTORA:  
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

SINODALES:  
MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA  
LIC. LIDIA DÍAZ SANJUAN  
LIC. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA  
LIC. PATRICIA MORENO WONCHEE



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

***“Our friends, how seldom visited, how little known—it is true; and yet, when I meet an unknown person, and try to break off, here at this table, what I call ‘my life’, it is not one life that I look back upon; I am not one person; I am many people; I do not altogether know who I am...or how to distinguish my life from theirs.”***

**Virginia Woolf, *The Waves***

## AGRADECIMIENTOS

**A la Dra. Mariana Gutiérrez,** gracias por el tiempo dedicado a esta investigación, por tus valiosas observaciones, y por permitirme darle vida a este proyecto en beneficio de quienes sobreviven a través de la autolesión.

**A los miembros del honorable jurado,** gracias por enriquecer con sus conocimientos esta investigación. A través de ustedes, el conocimiento escrito en estas páginas trascenderá hasta sus respectivos escenarios de acción.

**A mis padres,** les agradezco haberme dado la vida y todo cuanto he sentido, conocido y escrito en sus páginas-días. No hay día en el que no me hayan hecho saber lo especial que soy y lo mucho que me aman, y ahora se los diré yo...*Les amo, y me siento agradecida porque son los padres excepcionales como ustedes, quienes propician la capacidad de sanar.* No tengo palabras para agradecerles 26 años de amor incondicional, por lo que les entrego esta doble conquista, esperando sinceramente que pueda compensar los momentos de incertidumbre que han vivido junto a mí.

**A Carlos,** hemos atravesado todas las formas de realización en estos cinco años, cada día nos ha llevado a descifrar pasajes de la consciencia, hemos roto aquel viejo tabú y ya no podemos vivir sin enlazar nuestros brazos. Desde antes de conocerte ya te amaba, gracias por todo lo que hemos vivido en estos años, por permitirme conocerte, descifrarte y acompañarte cuando *el loco sale en busca su misterioso destino.* Creo en ti y en tu capacidad para ser lo que estás llamado a ser...y para sanar. Te quiero...

**A Laura,** porque sin tu tenacidad y rebeldía, este trabajo jamás se habría escrito.

**A mis hermanos, Tania y Manuel,** con ustedes compartí lo que considero mi tesoro más preciado, la infancia. **Pippa,** gracias por esas maravillosas conversaciones que siempre me llenan de esperanza. **Luri,** gracias por haber regresado a tu familia, y por permitirnos seguir conociéndote. **Raúl,** trece años nos separan pero, es un gran privilegio atestiguar la forma en que tu mente se está consolidando, eres tan brillante que estoy segura que en unos años formarás parte de esta gran casa de estudios, y en esa travesía, siempre estaré aquí para ti.

**A mi abue Lidia,** el gorrion que vive en el árbol más brillante de mi memoria.

**A la familia Luna,** para hablar de ustedes tendría que detenerme en cada rama del árbol genealógico...gracias a ustedes sé que la felicidad sí existe.

**A todos mis amigos,** gracias por compartirme su amor, su apoyo, su inteligencia, su oculto dolor, su locura y su esperanza. Nuestra voz jamás es tan transparente como en la horas más oscura de la noche...Paola, siempre serás mi hermana. Nancy, la maga, gracias por tus aportaciones a este trabajo, y por invitarme a la belleza de lo nuevo. Maricela, gracias por esos años tan divertidos, y por las tardes de soundtrack. Gaby, Elvia y Esme, mis estrellas, gracias por esas tardes que siempre evocan lo mejor de nosotras. Mire, qué viva nuestra infancia, y qué viva nuestra vida como adultos, aunque duela. Leo, la templanza siempre proviene de ti, gracias por compartirme todo lo que eres. Tubbs, un ejemplo de fortaleza que se brinda al mundo. Baloo, Mara, Claudia, Brenda, Aurora, Gaby Flores, Esteban, Joules, Ada,...saben todo lo que son para mí.

**A la Universidad Nacional Autónoma de México,** porque en este recinto he concretado mi vocación, y porque en la sociedad enalteceré su nombre.

## DEDICATORIA

En las primeras páginas de nuestra historia, los seres humanos parecemos ser conducidos dócilmente por las circunstancias en las que llegamos a la vida. En el transcurso de los años, la consciencia creciente de nuestra capacidad de elección nos revela un secreto, que más allá de ser arrastrados por la vida, tenemos la posibilidad de dirigirnos hacia dónde nosotros queramos, o bien, de no avanzar del todo. Desde el primer momento aprendemos y elegimos, nos educamos formal o informalmente.

Puedo situar el principio de mi educación en las raíces de mi consciencia. Invocando esa capacidad de elegir, considero que el primer reto fue aprender a leer, donde la comprensión del código escrito simbolizaba la conquista de la independencia. No más esperar a que los grandes tuviesen tiempo de decirme qué decía una página, no más imaginar lo que aquellas letras querían decir. Esto me recuerda que en un principio imaginamos y después comprendemos. Este trabajo de investigación prueba que he aprendido a comprender la realidad bajo ciertos parámetros, pero al mismo tiempo, estas líneas demuestran que la imaginación, como vehículo de evocación, siempre trabajará a mi favor.

Mi travesía por la educación formal comienza con esta estampa, papá llevándome a la escuela en una mañana nublada acompañada por un sol perezoso, regadera en mano, rocío las semillas sembradas en la parcela del jardín de niños, y después, mi abuela esperando por mí al término del día de clase. Mucho tiempo ha transcurrido desde entonces, y aquella estampa ha cambiado, ahora pienso en la Biblioteca Central en un día nublado, con el profesor dando su cátedra y los alumnos resumiendo parte de su experiencia en un debate acalorado.

En la educación formal e informal, siempre he sido la misma, una persona entregada a la introspección continua, siempre aprendo de los demás y comparto lo que yo misma he

descifrado. Reconozco que en este día, los años de educación formal han terminado y he llegado el momento de avanzar a otra etapa de la vida. Me quedo con los recuerdos de cada día vivido en el colegio y a la sombra de mi árbol genealógico, avanzo hacia aquella nueva era con los conocimientos adquiridos en el aula y en cada espacio donde he estado presente, llevo conmigo los lazos escritos a través del tiempo, me llevo todo lo que he de necesitar en esta transición. Hace 26 años incursioné en el mundo con la semilla de una consciencia plena y viva, ahora atiendo y doy continuidad a aquel llamado primigenio que me indica que he elegido el camino correcto, la psicología.

Reconozco que el equilibrio entre esa consciencia y el resto del mundo, son mis seres queridos. *Cuántos días con ustedes, mi agradecimiento es infinito.* Todos aquellos que me han acompañado en esta travesía son para mí benevolentes protectores de quienes he aprendido, y que siempre logran evocar en mí el poder de sanar. *A través de todos ustedes me he reconciliado con el mundo y conmigo misma.* El secreto de nuestro éxito como gran familia, porque así les considero, radica en nuestro equilibrio dinámico, todos somos distintos, todos aprendemos y todos enseñamos.

Considero todos estos años como una suerte de reclusión donde he permanecido fija, aunque siempre cavilando. Es hora de cortar el hilo que me mantiene suspendida en la adquisición del conocimiento, es hora de revelar el gran secreto de mis manos, la resiliencia y la capacidad de actuar en el mundo compartiendo lo que he aprendido. He aquí el primer paso, comparto con ustedes mi primera gran aportación a la comunidad científica. El triunfo es de todos.

**Dianela**

# INDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>CAPÍTULO 1. AUTOLESIÓN SIN INTENCIONALIDAD SUICIDA</b>	
<b>1.1 Definición de autolesión sin intencionalidad suicida.</b>	<b>5</b>
1.1.1 Terminología.	5
1.1.2 Definición formal.	7
<b>1.2 Clasificación de la autolesión.</b>	<b>9</b>
<b>1.3 Características epidemiológicas de la autolesión.</b>	<b>13</b>
1.3.1 Prevalencia	13
1.3.2 Características clínicas	14
<b>1.4 Fenomenología del acto autolesivo</b>	<b>16</b>
<b>1.5 El dolor físico en la autolesión.</b>	<b>18</b>
<b>1.6 Pronóstico</b>	<b>19</b>
<b>1.7 Diferencias entre autolesión y suicidio.</b>	<b>21</b>
<b>CAPITULO 2. ETIOLOGÍA Y FUNCIONES DE LA AUTOLESIÓN</b>	
<b>2.1 Etiología de la Autolesión</b>	<b>24</b>
2.1.1 Factores biológicos	24
2.1.2 Factores ambientales	27
2.1.3 El punto de vista psicoanalítico	31
<b>2.2 Características psicológicas del autolesionador</b>	<b>34</b>
<b>2.3 Funciones de la autolesión</b>	<b>36</b>
<b>2.4 Modelos explicativos de las funciones de la autolesión</b>	<b>36</b>
2.4.1 Modelo de Regulación Emocional	37
2.4.2 Modelo Conductual/Ambiental	37
2.4.3 Modelo Interpersonal	39
2.4.4 Modelo de Antidisociación	40

2.4.5 Modelo de Autocastigo	41
2.4.6 Modelo Antisuicidio	41
2.4.7 Modelo de Límites Interpersonales	42
<b>CAPÍTULO 3. AUTOLESIÓN, ¿SINTOMA O SINDROME?</b>	
<b>3.1 Autolesión y comorbilidad</b>	<b>43</b>
<b>3.2 La autolesión como entidad clínica independiente</b>	<b>52</b>
<b>CAPÍTULO 4. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA AUTOLESIÓN</b>	
<b>4.1 Evaluación de la autolesión.</b>	<b>56</b>
4.1.1 Respuesta informal del clínico	57
4.1.2 Evaluación formal de la autolesión	57
<b>4.2 Tratamiento</b>	<b>61</b>
4.2.1 Consideraciones generales	61
4.2.2 Enfoques psicoterapéuticos	64
<b>CAPÍTULO 5. LA AUTOLESIÓN EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA.</b>	
<b>5.1 Actitud del profesional médico ante la autolesión</b>	<b>77</b>
<b>5.2 Autolesión en el ámbito escolar</b>	<b>80</b>
<b>5.3 Autolesión en el contexto familiar</b>	<b>83</b>
<b>5.4 Autolesión e Internet</b>	<b>85</b>
5.4.1 La batalla “online” contra la autolesión	87
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>91</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>104</b>
<b>ANEXOS</b>	
I. Declaración de los Derechos del Autolesionador	115

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación pretende abordar el creciente fenómeno de la autolesión sin intencionalidad suicida, misma que se define como el infligir heridas de escasa letalidad al propio cuerpo, de manera voluntaria y consciente, con la finalidad de aminorar el dolor emocional. Estos actos se presentan en ausencia de psicosis o de impedimentos intelectuales u orgánicos, y tampoco se relacionan con la activación sexual. Automutilación, conducta autolesiva o auto-daño deliberado, son otros términos que investigadores y profesionales de la salud suelen utilizar para referirse a la autolesión.

La autolesión es una línea de investigación relativamente nueva dentro de la psicología. Y si bien la mayor parte de la investigación empírica proviene de países como Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, entre otras naciones del primer mundo, la intensa actividad que autolesionadores hispanohablantes está realizando a través del Internet, constituye un indicador sólido de la necesidad de abordar esta problemática en México y el resto de Latinoamérica.

A lo largo de los diversos capítulos que integran este trabajo investigativo, se exploran cuestiones como las características epidemiológicas, la fenomenología, la distinción entre autolesión e intento de suicidio, la etiología y funciones de la autolesión, los trastornos comórbidos, la evaluación y tratamiento de esta problemática, así como un panorama de la autolesión como realidad exponencial dentro de la sociedad moderna.

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con Miller y Smith (2008), la autolesión sin intencionalidad suicida se ha convertido en “la epidemia más reciente a evaluar y tratar”. Definida como un acto intencional y autoinfligido que conlleva un daño corporal de baja letalidad, efectuado con el fin de aminorar el dolor emocional (Walsh, 2006), en la actualidad constituye una problemática creciente en países como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, e incluso en naciones tan lejanas como Finlandia, Japón o Turquía (Matsumoto et al., 2004; Sourander et al., 2006; Akyuz et al., 2005).

La prevalencia exacta de la autolesión a nivel mundial se desconoce, aunque diversos estudios realizados en el extranjero señalan una tasa de incidencia de entre 4% y 37% en la población general adulta (Briere y Gil, 1998; Whitlock, Eckenrode y Silverman, 2006) y hasta un 44% de la población clínica adulta (Nijman et al., 1999). Cabe destacar que en la población adolescente la tasa de incidencia es más acentuada, detectándose valores del 65% en la población general (Lloyd-Richardson et al., 2007), y hasta un 87% en la población clínica (Nock y Prinstein, 2004).

La autolesión es una conducta que suele aparecer en la adolescencia (Nock y Mendes, 2008), y es generalmente mantenida en secreto por quien la realiza (Whitlock et al., 2006). Alrededor de un 92% de los autolesionadores suele realizarse cortes en la piel (Rodham, Hawton y Evans, 2004), respecto a los cuales señalan sentir nulo o escaso dolor (Kemperman et al., 1997), refiriendo que el hacerse daño proporciona alivio inmediato al dolor emocional que experimentan en la vida cotidiana (Rao, 2006).

Pese a que mantener la conducta autolesiva a lo largo de la vida en ausencia de tratamiento, puede derivar en un riesgo mayor de cometer suicidio (Cooper et al., 2005), resulta fundamental acotar que autolesión y suicidio son

fenómenos distintos. A grandes rasgos, el suicida busca dar fin a la consciencia suprimiendo su vida, mientras que el autolesionador se inflige daño de baja letalidad con el fin de afrontar el dolor emocional para continuar viviendo (Walsh, 2006).

La etiología de la autolesión es un rubro que recién comienza a explorarse, sin embargo, hasta ahora se sabe que la existencia de problemas en la regulación emocional (Gratz, 2006), así como experiencias infantiles de abuso sexual (Weierich y Nock, 2007), abuso emocional (Glassman et al., 2007) y la pertenencia a un entorno familiar disfuncional (Linehan, 2003; Sourander et al., 2006), pueden influir en el eventual surgimiento de esta conducta. En cuanto a la función que la autolesión cubre en la vida de una persona, se sabe que la mayoría de los autolesionadores la utilizan como un mecanismo rápido y efectivo de regulación emocional (Klonsky, 2009).

Se ha observado que la autolesión presenta comorbilidad con trastornos de ansiedad (Klonsky, Oltmanns y Turkheimer, 2003), trastornos de la alimentación (Svirko y Hawton, 2007), y en gran medida, con el trastorno límite de la personalidad (Zlotnick et al., 1999). No obstante, la detección de esta conducta en personas que no presentan trastorno mental alguno, ha alentado la idea de que la autolesión debe ser considerada una entidad clínica independiente (Muehlenkamp, 2005; Pattison y Kahan, 1983).

Hasta ahora se han desarrollado instrumentos válidos y confiables para evaluar la autolesión (Nock et al., 2007), y se ha comprobado la efectividad de tratamientos como la terapia dialéctico conductual y la psicoterapia focalizada en la transferencia (Verheul et al., 2007; Yeomans, 2007), el hecho de que Latinoamérica carezca de investigaciones formales referentes a la autolesión, es una llamada de alerta. La búsqueda de ayuda que una cifra creciente de autolesionadores hispanos realiza a través de Internet, el prejuicio que la sociedad tiene hacia esta afección, así como la escasa capacitación que el personal médico

y de la salud mental posee para evaluar y tratar estos casos, justifican el deber de la comunidad científica mexicana (y de Latinoamérica en general) de desarrollar esta importante línea de investigación. El presente trabajo documental constituye una primera aproximación a este objetivo.

# CAPÍTULO 1.

## AUTOLESIÓN SIN INTENCIONALIDAD SUICIDA

### 1.1 Definición de autolesión sin intencionalidad suicida.

#### 1.1.1 Terminología.

Desde sus orígenes como objeto de estudio, la autolesión ha sido nombrada de diversas maneras, lo que ha constituido un problema en tanto que hasta la fecha no existe un consenso respecto a cuál es el término correcto para describir el padecimiento. En la década de 1930, en su obra *El hombre contra sí mismo*, Menninger (1938; citado por Matsumoto et al., 2005) denomina a la autolesión como *suicidio focal*, puesto que consideraba que al autolesionarse los impulsos suicidas eran desplazados hacia alguna parte del cuerpo, misma que representaba a la persona completa.

Entre la década de 1960 y 1970, se documentó por vez primera la existencia de grupos de mujeres jóvenes, atractivas e intelectuales que cortaban habitualmente sus muñecas para reducir la tensión, mas no para suicidarse (Graff y Malin; 1967), fenómeno al que se denominó *síndrome de auto-cortes delicados* (syndrome of delicate self-cutting; Pao, 1969), y *síndrome del corte de muñecas* (wrist-cutting syndrome; Rosenthal et al., 1972). En 1975, Simpson (citado por Yates, 2004) sugiere el término *antisuicidio*, argumentando que el acto autolesivo constituía una estrategia psicológica capaz de prevenir el suicidio, mientras que Kreitman (1977; citado por Yates, 2004) introduce el término *parasuicidio*, mismo que contribuye a la aún vigente confusión entre autolesión y suicidio.

La década de 1980 representa un momento de renovación para la terminología y la comprensión de la naturaleza de la autolesión. Pattison y Kahan (1983) cuestionan el síndrome propuesto por Rosenthal y colegas, señalando que

el 63% de las personas que incurrían en *auto-daño deliberado*, como ellos nombraron a la autolesión, utilizaba otros métodos además de cortarse; estos investigadores realizan la audaz propuesta de consolidar a la autolesión como una entidad diagnóstica. Por su parte, Favazza (1996) populariza el término *automutilación* dentro de la literatura científica, denominación que prevalece hasta nuestros días.

En el escenario actual de la investigación, los términos más utilizados para referirse a la autolesión son *auto-daño* (Straker, 2006; Croyle y Waltz, 2007); *auto-daño deliberado* (Hawton, Zahl y Weatherall, 2003; Mangnall y Yurkovich, 2008); *auto-daño deliberado sin intencionalidad suicida* (Brown, 2009; Nixon, Cloutier y Jansson, 2008); *automutilación* (Evren y Evren, 2005; Sánchez, 2008); *conducta autolesiva* (González, 2008; Henestrosa, 2006; Whitlock, Eckenrode y Silverman, 2006); *autolesión* (Claes, Vandereycken y Vertomenn, 2007; Nock, 2008); y por último, *autolesión sin intencionalidad suicida ó non-suicidal self-injury* en lengua inglesa (Klonsky y Olino, 2008; Ross, Heath y Toste, 2009; Muehlenkamp, 2009), éste es el término elegido para representar el objeto de estudio del presente trabajo, y que en adelante se abreviará como “autolesión”, con el fin de facilitar la lectura.

La diversa terminología empleada para referirse a la autolesión se resume a tres denominaciones, auto-mutilación, auto-daño y autolesión. Respecto a la **automutilación**, tanto la gente que se autolesiona como los profesionales de la salud que les tratan, consideran que este término resulta peyorativo y extremo, puesto que las heridas infligidas en la autolesión involucran un daño tisular mínimo (Walsh, 2006). Si bien **auto-daño** parece ser un término más considerado, puede confundirse fácilmente con el intento suicida. La mayoría de los estudios que manejan el término **autolesión** se apegan a un criterio tácito sobre la ausencia de intencionalidad suicida en el acto lesivo, sin embargo, en los últimos años gran parte de los autores se ha decantado por hacer explícita dicha característica, hecho que facilita la labor documental de quien está interesado en el tema.

### 1.1.2 Definición formal.

Una de las definiciones más precisas es la proporcionada por Winchel y Stanley (1991), quienes señalan que la *autolesión* es:

*“...el cometer daño deliberado al propio cuerpo. El daño es hecho a uno mismo, sin la ayuda de otra persona, y es lo suficientemente severo como para provocar daño tisular (como cicatrices). Los actos que se cometen con intencionalidad suicida consciente o que están asociados a la activación sexual, se excluyen”.*

Mangnall y Yurkovich (2008), también han definido a la autolesión como una conducta directa capaz de provocar daño físico de menor a moderado, que es llevada a cabo sin intencionalidad suicida consciente, y que ocurre en ausencia de psicosis y/o impedimentos intelectuales u orgánicos. Mientras que Walsh (2006) afirma que la autolesión es un acto intencional y autoinfligido, que conlleva un daño corporal de baja letalidad, de naturaleza socialmente inaceptable, y que se efectúa con la finalidad de reducir el dolor emocional.

Estas tres definiciones sugieren un movimiento claro hacia la integración de lo que es el constructo “autolesión”, puesto que todos los casos señalan lo que es fundamental: el carácter deliberado, no letal y autoinfligido del daño tisular; la exclusión de factores como la intencionalidad de morir, la activación sexual y la presencia de psicosis o impedimentos intelectuales; el rechazo social ante esta práctica, y su habilidad para aminorar el dolor emocional.

Respecto al dolor emocional, es preciso mencionar que dentro de la literatura inglesa, el término “psychological distress” se utiliza continuamente para referirse al cúmulo de emociones negativas que disparan el episodio de autolesión, a saber, tensión, ansiedad, tristeza, enojo, autodesprecio, culpa,

frustración, así como vacío, ausencia de emociones y disociación. En el presente trabajo se ha elegido el término “dolor emocional” como un equivalente de “psychological distress” para la lengua hispana.

El análisis global de la definición de autolesión específica que ésta se ejerce de manera voluntaria; su carácter “autoinfligido” señala el hecho de que el individuo la efectúa en su propio cuerpo; y el daño tisular de baja letalidad recuerda el hecho de que la autolesión implica poco o ningún riesgo de perder la vida. También debe tenerse el cuidado de distinguirla de prácticas sexuales como el sadomasoquismo, donde el dolor físico constituye un importante activador sexual, siendo que en la autolesión el dolor físico infligido al cuerpo se utiliza como un mecanismo para apaciguar el dolor emocional. A su vez, la exclusión de estados psicóticos e impedimentos intelectuales, apoya la característica volitiva y consciente que caracteriza a la autolesión.

Por otra parte, la definición de autolesión incluye la percepción social del fenómeno. Favazza (1996), uno de los máximos exponentes en la investigación de la autolesión, ha abordado de forma extensa las modificaciones corporales que se efectúan en diversas culturas, destacando su connotación simbólica, religiosa y social. Ejemplo de esto son los ritos de paso a la adolescencia, sucesos que mantienen la integración de la comunidad a través de la observancia de las tradiciones. Por otra parte, en las modificaciones corporales contemporáneas como el piercing, las escarificaciones y los tatuajes (Walsh, 2006), la naturaleza del daño corporal suele ser premeditada, decorativa y socialmente contextualizada, puesto que inspira respeto y admiración dentro de ciertos círculos sociales.

Matsumoto y colegas (2005), refieren que desde la década de 1970 se ha reconocido en la población adolescente de instituciones correccionales japonesas, un fenómeno de carácter epidémico denominado *Konjo-yaki*, un acto que consiste en autoinfligirse quemaduras de cigarrillo para probar la hombría. Como puede

observarse, el fenómeno *Konjo-yaki* cubre la función social de integrar al individuo a su entorno social.

Independientemente de que la autolesión guarde un significado para quien la realiza, y a que entre adolescentes pueda haber reforzamiento social de la conducta (Heilbron y Prinstein, 2008), ésta no es una conducta aceptada o alentada sistemáticamente por la sociedad a la que pertenece el individuo, de lo que se concluye que, mientras el rito de paso constituye un acto de valentía y tradición, la autolesión es una acción secreta que entraña sentimientos de culpa y vergüenza.

## **1.2 Clasificación de la autolesión.**

Para comprender mejor el fenómeno de la autolesión, es importante distinguir entre auto-daño directo e indirecto. En este sentido, Pattison y Kahan (1983) proponen un interesante esquema clasificatorio, que como puede verse en la Figura 1, provee un excelente marco de referencia para comprender la conducta autodestructiva (siendo la autolesión una de sus diferentes manifestaciones) de acuerdo con varios criterios.

	DIRECTO	INDIRECTO
ALTA LETALIDAD	Suicidio <b>EPISODIO ÚNICO</b>	Tomar un riesgo situacional <b>EPISODIO ÚNICO</b>
MEDIANA LETALIDAD	Intentos de suicidio <b>EPISODIOS MÚLTIPLES</b>	Actividades de alto riesgo Anorexia en fase tardía <b>EPISODIOS MÚLTIPLES</b>
BAJA LETALIDAD	Autolesión Mayor (episodios psicóticos) <b>EPISODIO ÚNICO</b>	Ebriedad acentuada Actividad sexual de riesgo <b>EPISODIO ÚNICO</b>
	Autolesión Común <b>EPISODIOS MÚLTIPLES</b>	Abuso crónico de sustancias, Bulimia, Descontinuación de la toma de medicamentos <b>EPISODIOS MÚLTIPLES</b>

**Figura 1** Clasificación diferencial de las conductas autodestructivas. Adaptado de Kahan y Pattison (1983).

El primer criterio del esquema se refiere a la distinción entre auto-daño *directo* e *indirecto*. El **auto-daño directo** se refiere a aquella conducta que implica daño tisular inmediato y para la cual puede no haber una intencionalidad clara, esta categoría aplica para la gente que de manera deliberada y concreta se hiera a sí misma. Como se aprecia en la Figura 1, los principales tipos de auto-daño directo son la conducta suicida, la autolesión mayor y la autolesión común. En este nivel pueden darse actos de letalidad alta (suicidio), mediana (intentos suicidas recurrentes y autolesión mayor), y baja (autolesión). Como muestra el esquema, pueden darse uno o varios episodios.

Por otra parte, el **auto-daño indirecto** implica una conducta en la que el daño mas que inmediato, es acumulativo o diferido. En este tipo de daño, el intento es más ambiguo que en el auto-daño directo. Ejemplos comunes de este tipo de conducta son los patrones encontrados en el abuso de sustancias, los desórdenes de la alimentación, así como en las prácticas sexuales de alto riesgo (promiscuidad o rechazo del uso de condón), mismos que pueden alterar la salud física. Para estos cuadros, el daño físico se aprecia de mediano a largo plazo, y por lo general, las personas que incurren en estas actividades tienden a negar la intencionalidad autodestructiva, y en cambio, justifican sus acciones.

Una vez revisado el espectro de la conducta autodestructiva, se profundizará en los tipos de autolesión “común”. Simeon y Favazza (2001; citado por Walsh, 2006) establecieron una clasificación de la autolesión dividida en cuatro categorías: *estereotípica*, *mayor*, *compulsiva* e *impulsiva*. Para fines descriptivos, se explicarán brevemente todas las categorías, aunque debe precisarse que el objetivo fundamental de esta investigación, es la autolesión que los autores definen “impulsiva”.

La **autolesión estereotípica** se refiere a conductas repetitivas típicas de enfermedades neurológicas o deficiencias en el desarrollo, como las observadas en el retraso mental, el autismo, el síndrome de Lesch-Nyhan y el síndrome de La Tourette. Las conductas principales consisten en golpearse la cabeza, morderse la lengua o los labios, pellizcarse y rasguñarse. Esta conducta se distingue de otros tipos de autolesión porque la incidencia de episodios es extremadamente alta (miles de veces al día), el patrón es fijo, incontenible y suele ocurrir en presencia de otras personas. Estos actos no son planeados y tampoco involucran dolor emocional como detonador de la conducta.

La **autolesión mayor** comprende actos de auto-daño de letalidad mediana a alta, y que por lo general causan daño tisular grave. Esta categoría se asocia con frecuencia a estados psicóticos, mismos que pueden tener origen en cuadros

de esquizofrenia, o ser una consecuencia del consumo de sustancias. Ejemplos de ella son la enucleación de los ojos, la mutilación de los órganos sexuales femeninos o masculinos, así como la amputación de alguna parte del cuerpo.

La **autolesión compulsiva** se refiere a conductas como el arrancarse el cabello, pellizcarse la piel y morderse las uñas. Simeon y Favazza (2001) afirman que estos eventos tienden a aparecer como parte de un patrón compulsivo de conducta, pueden suscitarse varias veces al día, ocurrir sin una necesidad consciente, a menudo en presencia de otras personas. Esta categoría conductual parece tener una fuerte asociación con trastornos de ansiedad, como el trastorno obsesivo-compulsivo y la tricotilomanía.

Finalmente, la **autolesión impulsiva** comprende acciones como cortarse, quemarse y golpearse alguna parte del cuerpo. Simeon y Favazza (2001) relacionan estas conductas con el trastorno límite de personalidad, el trastorno antisocial de personalidad, el trastorno por estrés postraumático, así como desórdenes de la alimentación. A su vez, indican que esta categoría debe subdividirse en autolesión episódica y repetitiva. El espectro episódico se diferencia del segundo en que las conductas ocurren ocasionalmente en la vida de la persona. Sin embargo, esta última categorización resulta problemática porque los autolesionadores pueden llegar a herirse episódicamente, y no obstante, bajo un periodo de estrés considerable, pueden herirse con mucha mayor frecuencia, ejemplificando una conducta repetitiva. Además, cabe la posibilidad de que en algún punto la conducta autolesiva alcance una tasa muy elevada y casi automática, similar a la categoría compulsiva del modelo. Como sea, la autolesión impulsiva posee un rasgo singular que la distingue de las otras categorías, la extrema privacidad con que el individuo se inflige las heridas y la cautela con que oculta sus cicatrices (Nixon et al., 2008; Whitlock et al., 2006).

### **1.3 Características epidemiológicas de la autolesión.**

Una de las principales complicaciones en el estudio de la autolesión es la dificultad para determinar su prevalencia exacta; este problema se atribuye al silencio que la gente mantiene respecto a su autolesión (Nixon, Cloutier y Aggarwal, 2002; Murray, Warm y Fox, 2005), así como a la alta incidencia registrada en la población clínica y el sistema penitenciario.

#### **1.3.1 Prevalencia**

Los estudios sugieren que entre el 2% y el 4% de la población general adulta se ha autolesionado cuando menos una vez en su vida (Akyuz et al., 2005; Briere y Gil, 1998; Klonsky, Oltmanns y Turkheimer, 2003); por su parte, en la población universitaria se registra una incidencia del 17% al 37% (Brown, 2009; Gratz, 2006; Whitlock et al., 2006). No es de sorprender que las cifras tiendan a elevarse en pacientes que reciben tratamiento psiquiátrico, escenario donde se detectan valores entre el 21% y el 44% (Briere y Gil, 1998; Nijman et al., 1999). Caso especial es el sistema penitenciario, donde se ha documentado que entre un 15% y 24% de los internos tiende a autolesionarse con frecuencia (Matsumoto et al., 2005; Kirchner y Mohino, 2003).

Al igual que con las conductas suicidas, la adolescencia parece ser una etapa de riesgo en el desarrollo de la autolesión. Se estima que entre el 4% y el 65% de los adolescentes en la población general (Lloyd-Richardson et al., 2007; Nixon et al., 2008; Rodham, Hawton y Evans, 2004), y alrededor del 82% de adolescentes de la población clínica (Nock y Prinstein, 2004) se autolesionan. Por su parte, un estudio realizado en una muestra de preadolescentes mayoritariamente hispanas, indicó que el 56% se autolesionaba, destacando las autoras que desde el punto de vista del desarrollo psicológico, esta franja de tiempo es crucial en el surgimiento del dolor emocional, especialmente en las niñas (Hilt, Nolen-Hoeksema y Cha, 2008).

Existe la creencia de que la autolesión predomina en el género femenino, aunque la literatura no es concluyente. Algunos estudios indican que efectivamente, la tasa de incidencia es más elevada en las mujeres (Claes et al., 2007; Yates, Luthar y Tracy, 2008). Sin embargo, estudios recientes realizados en muestras más grandes y equitativas han encontrado tasas de autolesión similares en hombres y mujeres (Briere y Gil, 1998; Klonsky et al., 2003; Whitlock et al., 2006).

Mientras que la prevalencia mundial de la autolesión continúa siendo un dato impreciso, los países de Latinoamérica no cuentan con cifras oficiales del trastorno. En México, la investigación sobre la autolesión es dramáticamente escasa, limitándose a muestras pequeñas dentro de la población clínica (González, 2008; Henestrosa, 2006). No obstante, la organización civil mexicana, Autolesión Información y Apoyo (Alía), en una investigación informal realizada en escuelas públicas y privadas del área metropolitana, así como Centros de Integración Juvenil, reveló que entre el 8% y el 14% de jóvenes entre los 12 y los 18 años, refirieron haberse autolesionado cuando menos 5 veces en el año anterior a la realización del estudio (Santos, 2007). Por otra parte, estudios realizados en adolescentes hispanas que radican en Estados Unidos sugieren tasas de autolesión de entre 43% y 56 % (Cuellar y Curry, 2008; Hilt et al., 2008). Hallazgos como estos justifican la importancia del estudio de la autolesión dentro de la población mexicana y de Latinoamérica en general.

### **1.3.2 Características clínicas**

La mayoría de los estudios sugieren que la **edad de aparición** de la autolesión acontece en la adolescencia, aproximadamente entre los 13 y los 16 años (Nock y Mendes, 2008; Croyle y Waltz, 2007). También se sabe que gran parte de la gente que se autolesiona tiende a presentar diversos episodios en el transcurso de varios años (Murray et al., 2005), volviéndose en algunos casos una

*afección crónica* (Klonsky y Olino, 2008; Whitlock et al., 2006). Se estima que a lo largo de la vida pueden presentarse desde uno hasta 1000 episodios (Nijman et al., 1999), refiriendo la ocurrencia de éstos desde un par de veces por semana hasta varias veces al mes (Polk y Liss, 2007).

La revisión de la literatura sugiere que los **métodos** más comunes de autolesión son cortarse, rasguñarse, grabar palabras, excoriar las heridas, propinarse golpes en el cuerpo, quemarse, golpearse la cabeza y autoinfligirse tatuajes. Otros métodos menos frecuentes son mordeduras, abrasiones, arrancamiento del cabello, pincharse con agujas, pellizcarse, e inserción de objetos bajo la piel y las uñas. Este listado se presenta de acuerdo al orden de frecuencia sugerido por diversas investigaciones, aunque el orden exacto puede variar de estudio a estudio. La mayoría de los estudios coincide en que *cortarse la piel* con objetos afilados es el principal método de autolesión, con una ocurrencia del 65% al 92% (Polk y Liss, 2007; Rodham et al., 2004).

La mayoría de las personas refiere utilizar *métodos diversos* de autolesión a lo largo del tiempo (Briere y Gil, 1998; Nock y Mendes, 2008; Paivio y McCulloch, 2004). Se considera que esta tendencia obedece a dos factores, la preferencia y las circunstancias; un ejemplo del primer caso sería alguien que elige cortarse cuando siente tristeza y golpear una pared cuando está enojada, de lo que puede inferirse el significado personal que un método puede tener. En cuanto a las circunstancias, una clave importante puede ser la disponibilidad del método según el momento y lugar en que la persona se encuentre.

Las **áreas corporales** elegidas con mayor frecuencia para infligirse las heridas son los antebrazos extremidades superiores e inferiores, predominando los antebrazos, muñecas y muslos; también se eligen áreas como manos, dedos y abdomen (Nixon et al., 2002; Whitlock et al., 2006). Los autolesionadores señalan que la preferencia de brazos y piernas se debe a que son áreas accesibles donde las heridas se disimulan fácilmente bajo la ropa. En este rubro sí se ha

documentado una tendencia distinta entre géneros, puesto que a diferencia de las mujeres, los hombres evitan lesionarse los miembros inferiores del cuerpo (Claes et al., 2007).

Como nota final, existen áreas corporales cuya lesión constituye *signos alarmantes* para el psicólogo, éstas son el rostro, los ojos, los senos (en el sexo femenino), y los genitales (género indistinto). Herir el rostro es un signo contundente de perturbación psicológica y desconexión social; los ojos corren el riesgo de dañarse irreversiblemente; tanto los senos como los genitales son áreas altamente sensibles, lo que puede indicar que los mecanismos del dolor pueden haber disminuido drásticamente (Bohus et al., 2000b), además, si se considera el significado simbólico de los genitales, la persona puede estar expresando una preocupación extrema hacia la sexualidad. Ante cualquiera de estos casos, el clínico debe estar muy atento.

#### **1.4 Fenomenología del acto autolesivo**

A pesar de que las razones que precipitan el episodio de autolesión son complejas, tanto estudios cuantitativos como cualitativos (Murray et al., 2005; Rao, 2006; Rodríguez et al., 2007) sugieren que en la mayor parte de los casos el acto autolesivo es precedido por algún afecto negativo que la persona percibe como intolerable. Aunque se sabe que estados de ansiedad y depresión suelen ser comunes en la gente que se autolesiona, son factores como la ansiedad y la tensión lo que realmente predomina (Klonsky et al., 2003). En otros casos, el detonador puede ser un episodio disociativo, donde los sentimientos de irrealidad o la falta de un estado emocional resultan intolerables a la persona (Lloyd-Richardson et al., 2007).

Mientras que la autolesión puede parecer una conducta irracional a la mayoría de la gente, aquellos que se autolesionan a menudo justifican su conducta destacando la consecuencia principal e inmediata del acto autolesivo, el

alivio de la tensión y el dolor emocional; y en el caso de los que experimentan disociación, el fin de tal estado con el consecuente retorno del sentido de realidad. La dramática reducción de la tensión tras la autolesión ha sido documentada en la literatura, existiendo evidencia biológica de que los autolesionadores pueden experimentar una reducción fisiológica del estrés que puede durar hasta por 24 horas (Crowe y Bunclark, 2008). Siguiendo esta línea biológica, se ha propuesto que la mejoría subjetiva de los estados emocionales negativos posterior a la autolesión, puede ser regulada por el sistema opioide endógeno (Russ 1992), mismo que puede producir experiencias subjetivas de estados emocionales positivos, aunque de manera temporal (Kemperman et al., 1997).

Considerando el estado afectivo anterior y posterior al acto de autolesión, Muehlenkamp y colegas (2009), realizaron un innovador estudio en el que exploraron la asociación temporal entre estados emocionales positivos y negativos, previos y consecuentes a los actos de autolesión en una muestra de 131 pacientes con antecedentes de bulimia nervosa y autolesión. Los resultados mostraron que efectivamente el afecto negativo incrementaba y el afecto positivo decrecía en los momentos previos a la autolesión. Aunque también se descubrió que después del acto autolesivo, el afecto positivo se incrementaba, pero el afecto negativo no decrecía, señalando que en algunos casos, la persona puede sentir culpa, vergüenza y decepción de sí misma. En conjunto, estos hallazgos sugieren que el alivio de la tensión emocional referida por los autolesionadores, puede estar en función del incremento de emociones positivas que mitigan el malestar percibido a causa de los afectos negativos.

Por otra parte, se considera que la autolesión posee **cualidades adictivas** caracterizadas por la dificultad para resistir el impulso de autolesionarse (Nixon et al., 2002). Faye (1995, citado por Nixon et al., 2002), destaca entre los aspectos adictivos de esta conducta, la cualidad reforzante de sus propiedades para aliviar la tensión. De manera específica, algunas personas refieren que al percibir un grado creciente de tensión, consideran la autolesión como medio único para

obtener alivio. Al paso del tiempo, tanto la frecuencia como la severidad de las lesiones incrementan con la finalidad de alcanzar el mismo efecto, tal y como se ha documentado en el campo de las adicciones.

### **1.5 El dolor físico en la autolesión.**

Un hecho sorprendente del fenómeno autolesivo radica en la cantidad considerable de autolesionadores que refiere la ausencia de dolor al consumir los actos lesivos, afirmaciones que encuentran eco en los hallazgos obtenidos en diversos estudios, y en los que este fenómeno se denomina analgesia. En la literatura se ha documentado que en efecto, los individuos refieren sentir mínimo o nulo dolor al autolesionarse, esto sin importar el evidente daño que los tejidos puedan sufrir (Kemperman et al., 1997; Hilt et al., 2008).

Las diferencias en la experiencia del dolor físico también han sido estudiadas en tareas de laboratorio donde se ha medido el umbral del dolor y la tolerancia al mismo, encontrándose que algunas mujeres diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad, y que refieren analgesia durante el episodio autolesivo, tienen un umbral más elevado del dolor y una capacidad superior para tolerarlo, a comparación de pacientes con el mismo diagnóstico que sí reportan sentir dolor en el acto (Russ et al., 1992), así como controles sanos (Bohus et al., 2000b). Se considera que la analgesia no sólo tiene que ver con anomalías neurosensoriales, sino con impedimentos cognitivos en la habilidad para interpretar la experiencia del dolor (Russ et al. 1996).

Otra variable estudiada en relación a la analgesia en la autolesión es la disociación, estado mental caracterizado por la falla patológica en la integración de pensamientos, sentimientos y memorias en un sentido de consciencia coherente y unificado (Demitrack et al., 1990, citado por Brodsky, Cloitre y Dulit, 1995). Algunas investigaciones sugieren que los síntomas disociativos se encuentran al nivel máximo justo en el momento previo a la lesión, razón por la cual las personas

afirman no sentir dolor al lastimarse (Bohus et al., 2000b). La disociación se abordará con mayor profundidad en el siguiente capítulo.

## **1.6 Pronóstico**

Como se ha mencionado previamente en este capítulo, la autolesión suele tener su origen durante la adolescencia, sin embargo, ¿cuál es el curso que la autolesión sigue en la vida de una persona, una vez que se ha presentado?

Considerando las cifras globales de la autolesión, se encuentra que en el 80% de los casos ésta desaparece alrededor de cinco años después de haber iniciado, y que sólo una minoría tiende a autolesionarse de manera crónica (Whitlock et al., 2006), con el riesgo de que la conducta se incremente en frecuencia y severidad. Cabe destacar que gran parte de la gente preferiría no incurrir en dichos actos (Nixon et al., 2002).

En los casos en que la autolesión se transforma en una afección crónica, algunos autores señalan que la conducta puede prevalecer hasta 10 o 15 años después de haber aparecido (Favazza y Rosenthal, 1993). Ante este panorama, es preciso considerar que pese a sus diferencias, autolesión y suicidio pueden llegar a confluir a lo largo del ciclo vital. Algunos estudios han señalado que la gente que se autolesiona corre un riesgo significativamente mayor de cometer suicidio en algún punto de la vida (Cooper et al., 2005; Hawton et al., 2003), y que incluso entre el 28% y 41% de los autolesionadores, pueden presentar ideación suicida (Pattison y Kahan, 1983). Sin embargo, no debe olvidarse la existencia de jóvenes que se involucran únicamente en episodios de autolesión, sin incurrir jamás en conductas suicidas, mientras que otros pueden involucrarse en conductas suicidas sin desarrollar autolesión como ésta se define (Jacobson, 2008).

¿Cómo es que, en algunos casos, la conducta destinada a afrontar se convierte en otra que busca el morir? Joiner (2005, citado por Nock et al., 2006) sugiere que siendo el suicidio un evento extremo y perturbador, algunos autolesionadores carecen de la habilidad para realizar un intento de suicidio, pero que la vivencia constante de la autolesión puede habituarlos al miedo y el dolor físico asociados a las heridas, adquiriendo eventualmente la habilidad de ejecutar autolesión en un grado letal. Nock y colegas (2006) realizaron un estudio cuyos resultados apoyaron la teoría de Joiner (2005), esto es, que un historial prolongado de autolesión, la utilización de diversos métodos para infligirse heridas, así como la ausencia de dolor físico, incrementaban el riesgo de cometer suicidio. Otras variables asociadas a dicho riesgo son síntomas acentuados de depresión, desesperanza e impulsividad (Dougherty et al., 2009), así como el hecho de no contar con una red de apoyo que tenga conocimiento de la problemática de autolesión del individuo (Glenn y Klonsky, 2009).

Por su parte, el Programa Nacional del Gobierno Escocés para la Mejora de la Salud Mental y el Bienestar (Griesbach, 2008), intentó explorar los motivos por los que puede desarrollarse la comorbilidad entre autolesión y suicidio. En este estudio se realizaron entrevistas a adolescentes y adultos jóvenes, mismos que tenían un historial de autolesión e intento de suicidio. Esta investigación reveló que la mayoría de los jóvenes distinguían entre autolesión y suicidio; que los jóvenes habían intentado suicidarse en un lapso de entre cuatro y cinco años después de haber comenzado a autolesionarse; que la autolesión era una respuesta al dolor emocional suscitado por ciertas situaciones; que la mayoría había experimentado sentimientos suicidas que la autolesión disipaba, y que sin embargo, al volverse la vida una cuestión imposible de afrontar, y la autolesión incapaz de aminorar el malestar, el suicidio se convertía en una opción.

Como reflexión final, tanto el estigma tangible de las cicatrices como la vergüenza derivada del rechazo de la sociedad a la autolesión, son factores que pueden contribuir a la alienación de la persona que se autolesiona, situación que

exacerbaría el dolor emocional que ésta pretende aliviar. Asimismo, es necesario tener presente que la autolesión crónica entraña el riesgo de evolucionar a conductas de carácter suicida.

### **1.7 Diferencias entre autolesión y suicidio.**

Pese a la precisión de diversas investigaciones, la autolesión sigue siendo confundida con el intento de suicidio. Por ello, es indispensable distinguir entre uno y otro fenómeno, ya que de ello depende la comprensión de la dinámica de esta conducta, así como las alternativas de tratamiento para la autolesión.

Un punto de partida en la distinción entre autolesión y suicidio es la intencionalidad del acto. Shneidman (1985, citado por Walsh, 2006) afirma que, por lo general, el suicida pretende darle fin a la consciencia, mientras que el autolesionador sólo desea modificarla. Al respecto, se sabe que la inmensa mayoría de autolesionadores se hace daño para aliviar el dolor emocional y frenar tanto ideación como intentos suicidas (Nixon et al., 2002).

Los estudios sobre la incidencia del suicidio muestran que la gente suele utilizar un rango limitado de métodos de alta letalidad. Por ejemplo, cifras recientes del Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México, identifican la ocurrencia de la muerte por suicidio a través de ocho métodos básicos representados en la tabla 1.2. Es importante destacar que en relación al método más común de autolesión, infligirse cortes, el resultado mortal se reporta en una proporción del 1.1%, además de que el tipo de cortes con mayor probabilidad de resultar en defunción son la sección de la arteria carótida o de las venas yugulares del cuello, mas no los cortes en brazos y piernas, lugares más comunes en los que la gente se autolesiona.

**Tabla 1.1 Muertes por suicidio en México (INEGI, 2008).**

<b>Causa de muerte</b>	<b>Número de muertes</b>	<b>Porcentaje de muertes</b>
1. Envenenamiento por medicamentos, drogas y sustancias biológicas	60	1.2
2. Envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicidas	330	7
3. Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	3 554	75.9
4. Disparo de arma de fuego	587	12.3
5. Objeto cortante	44	1.1
6. Saltar de un lugar elevado	28	0.9
7. Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento	6	0.1
8. Otro (ahogamiento y sumersión, material explosivo, humo, fuego, vapor de agua y objetos calientes, colisión de vehículo de motor y otros medios no especificados)	72	1.5

Nota. Muertes totales = 4, 681

Otro punto de distinción es la frecuencia con la que autolesión y suicidio son llevados a cabo. La mayoría de la gente que se autolesiona puede llegar a hacerlo cientos de veces a lo largo de la vida, mientras que aquellos que intentan suicidarse difícilmente podrían alcanzar dicha tasa.

Ahora bien, para la mayoría de los suicidas la experiencia extrema del dolor emocional está ligada a distorsiones cognitivas y emocionales que derivan en una visión estrecha de las posibilidades. Por su parte, si bien es cierto que el dolor emocional del autolesionador es intenso, el acto mismo de autolesionarse implica una alternativa para reducir dicho malestar, llevándolo de permanente a intermitente. Y si se considera la constricción cognitiva típica del suicida, el proceso de pensamiento del autolesionador, aunque desorganizado, aun conserva

la capacidad de percibir distintas opciones, entre éstas la autolesión (Walsh, 2006, 2007).

La desesperanza y la impotencia son componentes centrales de la conducta suicida (Seligman, 1981). La primera se refiere a la sensación de que el dolor es infinito, la segunda, a la sensación de falta de control sobre cualquier situación. Estos sentimientos no caracterizan a la autolesión, puesto que ésta provee una herramienta para controlar y darle fin al dolor. Si se piensa en la consecuencia psicológica del intento suicida y la autolesión, se observa que tras el primero el dolor psicológico no disminuye, mientras que la consecuencia directa de la autolesión es el alivio inmediato y efectivo del dolor.

Como reflexión final, es importante considerar el hecho de que, bajo ciertas condiciones, una persona puede llegar a trascender de la autolesión al intento de suicidio. Ante esta evidencia, no deben olvidarse las características que distinguen a una y otra conducta, puesto que de ello dependerá la pericia del clínico para afrontar la autolesión, desde su correcta evaluación hasta el desarrollo de una intervención adecuada. Pero para alcanzar este fin, primero deben explorarse los factores que contribuyen a la génesis de la autolesión, así como las funciones que ésta realiza en la vida de la persona, objetivos a desarrollar en el siguiente capítulo.

## **CAPITULO 2.**

### **ETIOLOGÍA Y FUNCIONES DE LA AUTOLESIÓN**

#### **2.1 Etiología**

Al igual que con otros trastornos mentales, la comprensión del origen de la autolesión es una cuestión enigmática y complicada para la que no existe una respuesta única. A continuación se presenta una síntesis de los hallazgos más significativos en esta creciente línea de investigación.

##### **2.1.1 Factores biológicos**

###### *Hallazgos fisiológicos*

La explicación más común de la autolesión sugiere que algunas personas experimentan activación emocional extrema e intolerable en respuesta a eventos estresantes, y que éstas se infligen heridas porque esto conduce al decremento de tal activación. Siguiendo esta línea, algunos estudios han evaluado el nivel de activación fisiológica, valiéndose de diversos recursos. Por ejemplo, Sachsse y colegas (2002), midieron por varias noches consecutivas el nivel de cortisol en la orina de una mujer que había sido diagnosticada con trastorno límite de la personalidad. Dado que la secreción de cortisol aumenta bajo condiciones de estrés, los investigadores compararon los niveles de cortisol de días en que se autolesionaba y en los que no, encontrando que estos eran significativamente inferiores en los días posteriores al acto autolesivo.

En un estudio sin precedentes, Nock y Mendes (2008) midieron el nivel de conductancia de la piel de una muestra de adolescentes durante la realización de una tarea de tolerancia al estrés. El grupo de autolesionadores mostró cambios significativos en la activación fisiológica a comparación del grupo control,

diferencia que se volvió particularmente acentuada cuando los investigadores les informaron que su desempeño estaba siendo malo, hecho del que se concluye que el autolesionador genera alta activación fisiológica al enfrentar situaciones estresantes. De manera general, estos hallazgos respaldan la creencia de que la autolesión tiene un efecto reductor en variables fisiológicas, y por ende, en la tensión emocional (Novak, 2003).

### *Hallazgos neurobiológicos*

Es un hecho bien conocido que en el trastorno límite de personalidad se observa alta incidencia de conducta autolesiva, de acuerdo con Linehan (2003), la desregulación emocional que caracteriza a dicho desorden posee un innegable sustrato biológico. Desde esta perspectiva, diversos estudios han sugerido la participación del sistema serotoninérgico en la autolesión, destacando que los niveles de este neurotransmisor son significativamente más bajos en adultos impulsivos, agresivos y autolesionadores (Markowitz, 1995, citado por Walsh, 2006). Por otra parte, en un interesante estudio de Crowell y colegas (2008) se corroboró la existencia de niveles inferiores de serotonina periférica en adolescentes que se autolesionan. La reducción de la depresión, impulsividad y autolesión a través de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS), sustentan esta hipótesis.

Una línea alterna de investigación ha implicado al sistema opioide endógeno tanto en la etiología como en el mantenimiento de la conducta autolesiva, partiendo de dos hipótesis (Grossman y Siever, 2001, citado por Yates, 2004). La hipótesis adictiva plantea que la hiperestimulación de opioides endógenos a través de actos recurrentes de autolesión, produce una elevación del estado de ánimo que se torna reforzante; al paso del tiempo, el individuo desarrolla tolerancia a dichas sustancias, por lo que la autolesión se torna más severa y frecuente para alcanzar el resultado deseado. Por su parte, la hipótesis del dolor sugiere que el autolesionador posee un sistema alterado de opioides

endógenos (de manera congénita o por alteraciones neuroquímicas sufridas en el desarrollo temprano), que disminuye su sensibilidad al dolor.

### *Hallazgos etológicos*

La autolesión no es un fenómeno exclusivo de la especie humana, hallazgos provenientes de otras disciplinas biológicas señalan que la autolesión es una conducta observada frecuentemente en simios que han sido utilizados en la experimentación, que han sido criados en condiciones anormales, y a los que se ha mantenido en aislamiento (Dellinger-Ness y Handler, 2006). Jones y Daniels (1996), elaboraron un modelo explicativo que señala que la vivencia de experiencias como el aislamiento durante las fases tempranas del desarrollo, constituía un importante antecedente de la autolesión en humanos y otras especies.

En general, las semejanzas entre la autolesión humana y animal consisten en la edad de inicio de dicha conducta en la adolescencia (Lloyd-Richardson et al., 2007; Kraemer et al., 1997, citado por Yates, 2004); el decremento de la activación fisiológica (Nock y Mendes, 2008; Novak, 2003); la tasa de incidencia es mayor en poblaciones sometidas a algún tipo de aislamiento, como hospitales, cárceles y laboratorios (Claes et al., 2007; Jones y Daniels, 1996; Matsumoto et al., 2005). Por otra parte, las diferencias giran en torno a la naturaleza de la experiencia traumática sufrida en los primeros años de vida, a saber, el abuso sexual en el humano, y las condiciones extremas de aislamiento a que los simios son sometidos; finalmente, los hallazgos relativos a una y otra especie indican que mientras en el humano no hay una distinción clara entre género, la autolesión en el simio es predominante en el macho (Yates, 2004; Dellinger-Ness y Handler, 2006).

## 2.1.2 Factores ambientales

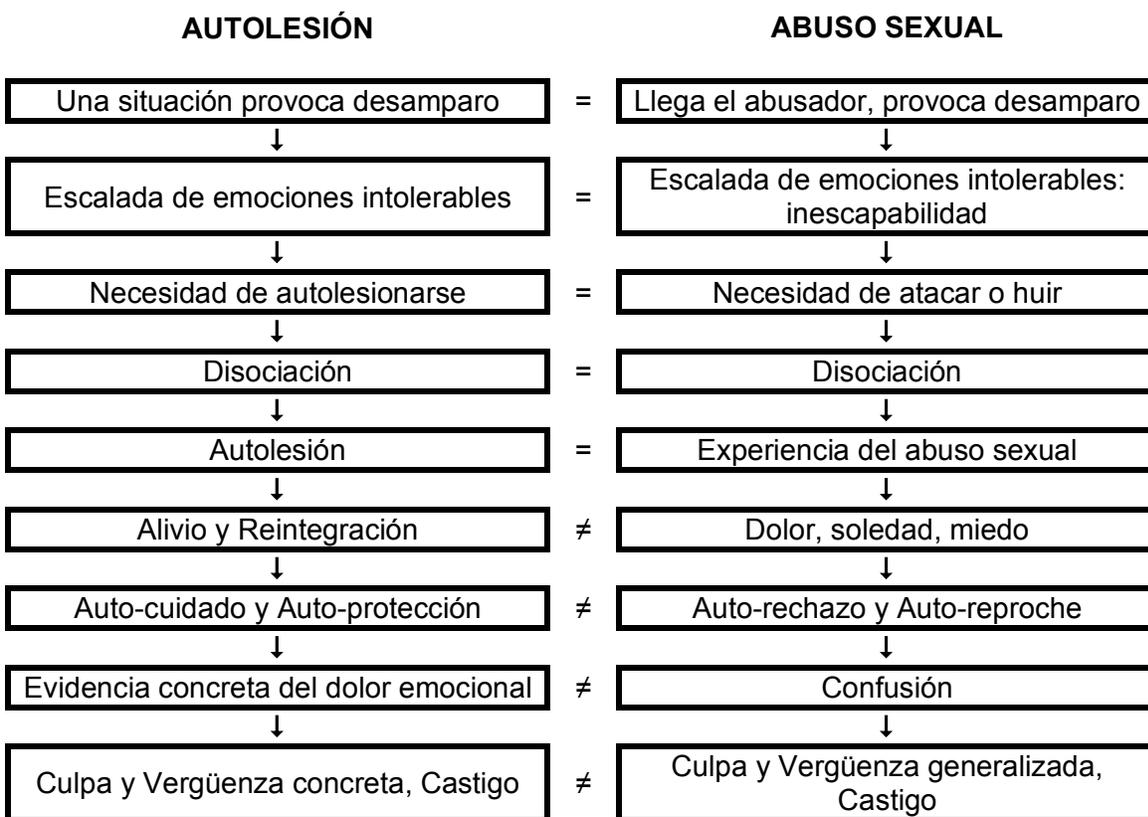
### *Abuso infantil*

La literatura señala de manera consistente el vínculo entre experiencias infantiles de abuso o negligencia, y el desarrollo de autolesión en etapas posteriores de la vida (Akyuz et al., 2005; Evren y Evren, 2005; Paivio y McCulloch, 2004; Whitlock et al., 2006), sin embargo, algunos tipos de abuso han recibido mayor atención y respaldo empírico que otros, como es el caso del abuso sexual (Brodsky et al., 1995; Weierich y Nock, 2007) y el abuso emocional (Croyle y Waltz, 2008; Glassman et al., 2007).

El **abuso sexual** en la infancia es uno de los factores etiológicos referidos con mayor frecuencia por los autolesionadores, y cuya relación con la autolesión ha sido constatada por diversas investigaciones (Paivio y McCulloch, 2004; Nijman et al., 1999). En un estudio realizado por Weierich y Nock (2008) se evaluó la sintomatología del Síndrome de Estrés Postraumático en una muestra de 41 adolescentes autolesionadores y no autolesionadores, los resultados indicaron que síntomas como la *rememoración del trauma*, *la evitación* y *el entumecimiento*, fungían como mediadores en la relación entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la frecuencia de actos autolesivos.

Por otra parte, la relación entre experiencias disociativas y autolesión también ha sido referida en la literatura (Nijman et al., 1999; Polk y Liss, 2007). Desde esta perspectiva, la disociación funge como un mecanismo de manejo de experiencias altamente traumáticas, donde la autolesión constituye una reacción conductual a los estados disociativos (Brodsky et al., 1995). Al respecto, Santos (2007) retoma el modelo de Walsh (2006) sobre el paralelismo entre autolesión y abuso sexual, sugiriendo que el acto autolesivo funciona como una reconstrucción de dicha vivencia traumática (Figura 2):

**Figura 2** *Paralelismo entre Autolesión y Abuso Sexual (Santos, 2007).*



Como puede verse, tanto el acto autolesivo como el abuso sexual son situaciones que provocan desamparo y desatan una escalada emocional de la que la persona no puede escapar; el autolesionador piensa en herirse, la víctima de abuso no sabe si atacar o huir; en ambos casos el individuo se disocia, en uno para herirse y en el otro para sufrir el abuso. A partir de este punto se siguen dos vías distintas, tras el acto, el autolesionador siente alivio, mientras que la víctima siente dolor emocional intenso; el autolesionador cuida sus heridas, en tanto que la víctima se hace reproches; la herida aclara el dolor emocional, la víctima siente confusión. Tiempo después, la autolesión genera vergüenza por el acto de infligirse heridas, mientras que la víctima de abuso sufrirá este sentimiento en diversas áreas de la vida.

Como se ha mencionado, el **abuso emocional** también ha sido señalado como factor etiológico en la autolesión. Glassman y colegas (2007) realizaron un

estudio que confirmó la relación entre la experiencia infantil de abuso emocional y la autolesión, misma que se explicaba por la presencia de un estilo cognitivo autocrítico. Los autores sugieren que el individuo abusado emocionalmente es criticado de forma tan severa, que eventualmente desarrolla la tendencia a la autocrítica excesiva, utilizando la autolesión como medio directo de “auto-abuso”.

Considerando el importante papel que las emociones juegan en la autolesión, Gratz (2006) exploró el grado de *inexpresividad emocional* en una muestra de universitarias, encontrando que ésta se relaciona con la frecuencia de autolesión en esta muestra, sin embargo, la autora señala que no es esta variable por sí sola la que genera proclividad a la autolesión, sino la conjunción de ésta con la afectividad negativa y el abuso emocional.

Partiendo del concepto de *inexpresividad emocional*, algunos investigadores han señalado la relación entre alexitimia y autolesión (Lambert y de Man, 2007). La alexitimia es un término utilizado para describir la incapacidad de identificar y expresar experiencias emocionales de manera adecuada (Bagby et al., 1994, citado por Polk y Liss, 2007). Por ejemplo, Paivio y McCulloch (2004) encontraron que la alexitimia modera la relación entre experiencias de negligencia o abuso emocional y físico, y autolesión. En este sentido, una manera adecuada de manejar la afectividad negativa sería el identificar y verbalizar lo que la persona siente, en consecuencia, la alexitimia acentúa la propensión de algunos individuos a involucrarse en la autolesión, misma que representa un medio de expresión y control del dolor emocional, en ausencia de palabras.

Cabe destacar que si bien la relación entre abuso infantil y autolesión es indiscutible, existen personas que en ausencia de tales experiencias, se involucran en esta conducta. Ejemplo de ello es el trabajo de Whitlock y colegas (2006), donde se encontró que el 46% de una muestra de 462 autolesionadores no documentaba antecedentes de abuso. Ante esta realidad, la ciencia debe

considerar otras variables para explicar cómo surge la conducta en tales casos, y una alternativa es la exploración del entorno familiar.

### *Entorno familiar disfuncional*

Linehan (2003) ha señalado la existencia de patrones familiares que tienen un alto impacto en el posterior desarrollo de la autolesión, y a los que denomina “**ambientes invalidantes**”. En este tipo de interacción familiar, las experiencias emocionales del niño son continuamente ignoradas, negadas, ridiculizadas o sancionadas. Puesto que el niño sólo es considerado cuando exhibe conductas verbales o físicas más extremas, este patrón conduce a la extinción de conductas adaptativas, reforzando aquellas que no lo son. Cuando este ciclo se repite por años, la consecuencia es la desregulación emocional. El papel específico de esta condición se discutirá más adelante en este capítulo.

Actualmente, la evidencia científica ha profundizado en el papel de las familias disfuncionales en el surgimiento de la autolesión (Gratz, 2006; Sourander et al., 2006). Por ejemplo, en un estudio realizado por Crowell y colegas (2008), se encontró que las familias de adolescentes autolesionadores exhibían menos emociones positivas, más emociones negativas, y pobre cohesión entre los miembros, a comparación de las familias del grupo control. Las deficiencias en la comunicación entre el adolescente y sus padres también pueden propiciar la autolesión, particularmente si se carece de un confidente dentro de la familia (Tulloch, Blizzard y Pinkus, 1997).

Por otra parte, existe evidencia sólida de que un estilo parental crítico puede contribuir al desarrollo de representaciones negativas de los otros, minando la motivación de los jóvenes a aproximarse a los demás en tiempos de dificultad, lo que puede fomentar el surgimiento de la autolesión como una estrategia de afrontamiento del dolor focalizada en el cuerpo (Yates, Luthar y Tracy, 2008).

Por otra parte, en un estudio longitudinal realizado en una muestra de 1125 niños finlandeses y sus familias, se encontró que la separación de los padres y la presencia de problemas psicológicos en alguno de los progenitores durante la preadolescencia, predecía de manera independiente el surgimiento de la autolesión en la adolescencia (Sourander et al., 2006). Por su parte, Matsumoto y colegas (2004) indican que la separación de los progenitores en fases tempranas del desarrollo también constituye un factor de riesgo para la autolesión.

Como se ha observado, las investigaciones sugieren que el desarrollo de la autolesión implica la interacción de factores biológicos y ambientales. En este sentido, Crowell y colegas (2008) acotan que si bien los niveles elevados de serotonina protegen de la autolesión, dicho efecto está en función de la calidad de las relaciones entre el adolescente y su entorno familiar, así como en el despliegue de emociones positivas que en éste acontezcan.

### **2.1.3 El punto de vista psicoanalítico**

En la década de 1920, Freud realizó el planteamiento de que eventos traumáticos caracterizados por la experiencia de indefensión, precipitaban un estado de ansiedad intensa que movilizaba al ego para evitar encuentros posteriores con estímulos potencialmente traumáticos. Este modelo presentó una explicación teórica del concepto previo de Freud de la *compulsión a la repetición*, misma que se refiere a la motivación humana para evitar la retraumatización a cualquier costo, incluso si esto implica infligir agresión sobre el self. Freud sugirió que la experiencia traumática puede tornar al individuo hipersensible a los signos potenciales de trauma, lo que evoca un estado de ansiedad que le orilla a actuar inmediatamente. Desde esta perspectiva, la autolesión puede conceptualizarse como una defensa evocada ante un estado de ansiedad extrema, cuyo fin es evitar la retraumatización (Yates, 2004).

Klein (1976) expande el concepto de *compulsión a la repetición* señalando que la repetición de la experiencia traumática promueve el propio sentido de control, lo que facilita la integración de la experiencia al aminorar las cualidades nocivas del trauma original. En este caso, la autolesión puede implicar la reversión de la victimización traumática a fin de obtener tanto la sensación de dominio sobre la experiencia original, como la capacidad de integrarla.

La teoría psicoanalítica también se ha enfocado en los niveles de consciencia en el procesamiento de las experiencias vitales. Janet (1889, citado por Yates, 2004) propuso que la estimulación afectiva intensa puede evitar que un evento se torne traumático por efecto de maniobras defensivas como la disociación, puesto que ésta impide que la vivencia originalmente traumática pueda asociarse e integrarse a experiencias que sí se encuentran en la consciencia.

En general, la perspectiva psicoanalítica sugiere que un trauma temprano puede derivar en una predisposición hacia la ansiedad intensa y el uso de maniobras defensivas para controlarla (como la disociación). Considerando la autolesión, dicha predisposición puede llevar al individuo a representar somáticamente las experiencias nocivas, particularmente a través de las heridas autoinfligidas. Por su parte, las teorías neoanalíticas, enfatizan el papel del cuidador primario como regulador de las emociones y conductas del niño, señalando que las perturbaciones en esta díada contribuyen al surgimiento eventual de la psicopatología al minar el desarrollo de habilidades adaptativas en el niño.

En la teoría de las relaciones objetales, la autolesión es considerada una estrategia maladaptativa de auto-preservación, misma que surge de las demandas de la crianza temprana. En el contexto de un ambiente parental inadecuado, el niño no puede desarrollar un sentido genuino del self (Winnicott, 1965, citado por Yates). Desde esta perspectiva, la experiencia traumática (el fracaso del cuidador

para brindar protección y cuidados al niño) conduce a la maduración precoz de un “falso” self cuya función es proteger al self “verdadero”. Así, desde este punto de vista, la autolesión puede actuar como una estrategia conductual movilizada por el “falso” self, aquel que surge precozmente a razón de la experiencia traumática, en un esfuerzo desesperado por proteger al self “verdadero” del daño que dicha vivencia pueda entrañar.

Finalmente, desde el punto de vista de la teoría del apego, los patrones tempranos de interacción y regulación en la díada infante-cuidador subyacen a la capacidad del niño para modular su activación emocional, de modo que estos antecedentes impactarán considerablemente la competencia del niño para lograr múltiples niveles de adaptación a lo largo de la vida (Sroufe, 2000).

En el contexto de la relación de apego, el niño internaliza un sentido del cuidado como confiable o dudoso, así como una percepción del self como digno o indigno de recibir cuidados, apoyo y protección. Estas representaciones internalizadas forman concepciones del self y de los demás, mismas que orientarán las experiencias subsecuentes en el ámbito interpersonal (Bowlby, en López, 2004). El niño que establece un apego seguro desarrollará expectativas positivas de sí mismo y los demás, mientras que aquel que desarrolla un apego inseguro, sentirá que sus esfuerzos por elicitador cuidados serán ignorados, que su necesidad de comodidad no podrá ser gratificada, o que acercarse a su cuidador será atemorizante.

En conclusión, el apego inseguro puede predisponer al niño a eventuales actos de autolesión, puesto que la adopción de expectativas negativas del self y de los otros, pueden provocar su aislamiento del entorno social, particularmente en el contexto inmediato de sucesos traumáticos o estresantes.

## 2.2 Características psicológicas del autolesionador

A **nivel afectivo**, los autolesionadores suelen tener altos niveles de *reactividad emocional* (Gratz, 2006; Nock et al., 2008), así como *dolor emocional* acentuado y persistente (Linehan, 1993; Sacks et al., 2008), particularmente *ansiedad, enojo y depresión* (Claes et al., 2007; Klonsky et al., 2003; Glenn y Klonsky, 2009), condiciones que suelen agravarse por su pobre tolerancia a la activación emocional (Nock y Mendes, 2008). Cabe destacar que en muchos de ellos se aprecian niveles importantes de *alexitimia* (Polk y Liss, 2007), *impulsividad* (Croyle y Waltz, 2007; Sacks et al., 2008), así como *actitudes desfavorables hacia el cuerpo* (Ross, Heath y Toste, 2009).

En el **plano cognitivo**, Nock y Mendes (2008) señalan que los autolesionadores presentan dificultades en la resolución de problemas sociales, lo que no depende de la cantidad o calidad de soluciones que puedan generar, sino de la elección de opciones maladaptativas asociadas a su bajo sentido de autoeficacia. Por su parte, Kirchner y Mohino (2003) evaluaron los *estilos de afrontamiento* de una muestra de 26 reclusos autolesionadores, encontrando que éstos mantenían un *estilo evitativo*, caracterizado por estrategias de aceptación-resignación y descarga emocional

Algunos estudios señalan que el autolesionador presenta (Najmi, Wegner y Nock, 2007) dificultad general en la *supresión de pensamientos* no deseados, particularmente en relación a eventos traumáticos, a lo que puede agregarse su alta tendencia a rumiar, culparse y menospreciarse (Hilt et al., 2008; Klonsky, et al., 2003). Por otra parte, Glassman y colegas (2007) detectaron la propensión del autolesionador a realizar *atribuciones autocríticas* de manera frecuente, aunque otros autores señalan que la autocrítica no es una actitud general, sino que surge en función de las circunstancias a las que la persona se enfrenta (Nock y Mendes, 2008).

A nivel de **interacción social**, Castille y colegas (2007) encontraron una importante correlación entre autolesión y la percepción de aislamiento social, señalando que a menudo los autolesionadores sienten que nadie puede brindarles apoyo emocional ni comprensión o afecto. Por su parte, Ross y colegas (2009) indican que los adolescentes autolesionadores tienen mayores dificultades sociales, mismas que se manifiestan por la percepción de las relaciones sociales como tensas y decepcionantes, así como por la desconfianza y la renuencia a establecer lazos afectivos con los demás.

En cuanto a la **personalidad** del autolesionador, en un estudio pionero realizado por Brown (2009) se evaluaron cinco factores de la personalidad en una muestra de 238 universitarios, encontrándose niveles superiores de *neuroticismo* y *apertura a la experiencia*, niveles más bajos de *conformidad* y *escrupulosidad*, y en un hallazgo sorprendente, niveles de *extraversión* semejantes a los de adultos no autolesionadores, lo que sugiere que los adultos autolesionadores tienen capacidades similares para relacionarse interpersonalmente, para disfrutar estas relaciones y ser personas activas, hecho que se contrapone a la vivencia de la interacción social del autolesionador adolescente (Ross et al., 2009).

Pese a la evidencia de características psicológicas nocivas en los autolesionadores, algunos estudios han documentado la presencia de **factores positivos** en estos individuos. Al respecto, Brown y colegas (2007), estudiaron las estrategias de afrontamiento en una muestra de 227 estudiantes de psicología, encontrando que quienes se autolesionaban mostraban *estrategias adaptativas* como aceptación, planeación, humor y búsqueda de apoyo emocional e instrumental. También se ha documentado que muchos autolesionadores en edad escolar, muestran un *alto desempeño académico*, siendo considerados algunos de ellos "*adolescentes y adultos talento*" (Cross, 2007; Levenkron, 1998; Walsh, 2006), puede pensarse que la autolesión en este contexto se atribuye a la presión que el entorno social y ellos mismos se imponen para controlar sus emociones, a fin de alcanzar niveles superiores de funcionamiento.

### 2.3 Funciones de la autolesión

Independientemente de los esfuerzos científicos por comprender por qué la gente se autolesiona, un punto de partida indispensable es la función que el individuo atribuye a la autolesión. Diversos estudios han explorado las razones por las que la gente refiere autolesionarse (Briere y Gil, 1998; Klonsky, 2009; Rodham et al., 2004), encontrando respuestas como *aliviar la tensión, descargar el enojo contra uno mismo, sentir algo aunque sea dolor, calmarse, establecer límites entre uno mismo y los demás, comunicar a otros el dolor que uno siente, manipular el entorno interpersonal, liberarse de sentimientos como el enojo, la angustia y la tristeza y autocastigarse.*

Las diversas funciones atribuidas a la autolesión han sido clasificadas por diversos autores en cinco grandes rubros, a saber, **regulación emocional, antidisociación, autocastigo, influencia interpersonal, antisuicidio y establecimiento de límites interpersonales.** De acuerdo con los estudios, entre el 73% y 85% de los autolesionadores refieren como principal función la regulación emocional, a la que suceden la disociación y el autocastigo, ambos con valores de entre el 15% y el 50% (Klonsky, 2009; Nock y Prinstein, 2004; Rodham et al., 2004).

### 2.4 Modelos explicativos de las funciones de la autolesión

Si bien algunas funciones son referidas con mayor frecuencia por los autolesionadores, éstas pueden diferir de un episodio a otro. Por ello, algunos investigadores han dedicado largo tiempo al estudio de las funciones de la autolesión, desarrollando tanto modelos teóricos, como investigaciones empíricas que respaldan dichos planteamientos.

### **2.4.1 Modelo de Regulación Emocional**

De acuerdo con Gratz (2007), la regulación emocional implica la consciencia, comprensión y aceptación de las emociones; la habilidad de involucrarse en conductas orientadas a objetivos y de inhibir conductas impulsivas al vivir emociones negativas; el uso de estrategias apropiadas para modular la intensidad y duración de las respuestas emocionales, en lugar de eliminarlas por completo; y la disposición a experimentar las emociones negativas en la vida cotidiana. Los déficits en cualquiera de estas áreas se consideran indicadores de desregulación emocional, que como se ha argumentado, es un importante factor en la etiología y mantenimiento de la autolesión (Linehan, 2003).

El modelo de regulación emocional señala que la autolesión constituye un mecanismo capaz de reducir los estados emocionales negativos de alta activación fisiológica, como el enojo, la frustración y la ansiedad (Nock et al., 2008). La mayoría de los estudios coincide en que ésta es la principal función de la autolesión, y este hecho ha sido comprobado en prácticamente todas las poblaciones. (Claes et al., 2007; Klonsky, 2009; Muehlenkamp, 2009; Nixon, 2002).

Probablemente uno de los hallazgos más contundentes de la función de regulación emocional en la autolesión, proviene de la literatura animal. Un estudio realizado por Novak (2003) señala que una muestra de monos rhesus sujetos a eventos estresantes de experimentación, exhibieron el retorno a niveles basales del ritmo cardíaco justo inmediatamente después del acto autolesivo.

### **2.4.2 Modelo Conductual/Ambiental**

En el año 2004, Nock y Prinstein desarrollaron un interesante modelo, que partiendo de la teoría del aprendizaje social de Bandura y el paradigma del condicionamiento operante de Skinner (Martin y Pear, 1999), señala la importancia

del reforzamiento automático y social en el desarrollo y mantenimiento de la autolesión. Este modelo ha sido denominado *de las Cuatro Funciones*, puesto que distingue entre contingencias automáticas frente a sociales, así como reforzamiento positivo frente a reforzamiento negativo, como muestra la Figura 3.

**Figura 3** Modelo de las Cuatro Funciones. (Nock y Prinstein, 2004).

	Reforzamiento Positivo (RP)	Reforzamiento Negativo (RN)
Automático (A)	<b>Reforzamiento Automático Positivo</b>	<b>Reforzamiento Automático Negativo</b>
Social (S)	<b>Reforzamiento Social Positivo</b>	<b>Reforzamiento Social Negativo</b>

Es importante destacar que las diversas funciones que cubre autolesión pueden explicarse a la luz de este modelo, con la ventaja de que éste esclarece el papel del reforzamiento en el mantenimiento de la conducta autolesiva. El **reforzamiento automático negativo** se refiere al uso de la autolesión como medio para *reducir* la tensión o el dolor emocional, lo que corresponde a las funciones de regulación emocional y de autocastigo; el **reforzamiento automático positivo** se refiere al hecho de infligirse daño para *generar* algún estado emocional deseable, como sucede en la función de antidisociación; el **reforzamiento social negativo** se refiere a la autolesión como medio para *deslindarse de tareas interpersonales*, mientras que el **reforzamiento social positivo de la autolesión** involucra la *obtención de atención o favores* de otras personas, cuestiones que atañen a la función interpersonal de esta conducta.

El modelo de Cuatro Factores es el único planteamiento teórico cuya validez y confiabilidad ha sido constatada en diversos estudios empíricos (Hilt et

al., 2008; Lloyd-Richardson et al., 2007; Najmi et al., 2007; Nock y Prinstein, 2004, 2005).

### **2.4.3 Modelo Interpersonal**

Este modelo estipula que la autolesión es utilizada como un medio de comunicación, influencia o manipulación de la gente en el entorno del autolesionador. En este sentido, la autolesión es conceptualizada como un grito de ayuda, la comunicación del dolor que la persona siente, un medio para evitar el abandono, o un intento por ser tomado en cuenta. En estos casos, el autolesionador puede o no percatarse del reforzamiento que otros individuos realizan en la presencia de la autolesión.

Diversas líneas de investigación sugieren que en la mayoría de los casos la autolesión no realiza una función social. De hecho, la mayoría de los actos autolesivos son realizados de manera privada (Whitlock et al., 2006), ni se suele solicitar atención médica (Nixon et al., 2002). No obstante, es importante considerar el hecho de que de manera proporcional, la mayoría de los estudios señala la existencia de personas que se autolesionan con el fin de expresar algo indecible o influir en la conducta de otros (Gratz, 2006; Lloyd-Richardson et al., 2007), por lo que esta función, aunque mínima en la literatura, debe considerarse.

Como se explicó previamente, el Modelo de Cuatro Factores esclarece la dinámica del reforzamiento social en el modelo interpersonal. Sin embargo, en el año 2008, Nock profundizó en las funciones sociales desempeñadas por la autolesión, integrando dos conceptos que enriquecen la propuesta de los Cuatro Factores, señales de dolor y señales de fuerza.

En el caso de la autolesión, la *señal de dolor* se refiere al uso del acto autolesivo como medio para expresar el dolor emocional, hecho que despierta la empatía o los cuidados de la gente que rodea al autolesionador. La *señal de*

*fuerza* implica la transmisión de un mensaje que dicta que el autolesionador es una persona fuerte, capaz de sobrellevar las heridas consecuentes a su conducta; en este caso, el autolesionador exhibe sus heridas como “cicatrices de guerra”, mismas que expresan su “fuerza”, y ahuyentan a quienes intentan causarles algún daño, como puede suceder con víctimas de bullying (Heilbron y Prinstein, 2008; Hilt et al., 2008).

#### **2.4.4 Modelo de Antidisociación**

Este modelo caracteriza a la autolesión como una respuesta a estados disociativos o de despersonalización, que pueden surgir como resultado de emociones intensas que los autolesionadores pueden experimentar ante ciertos eventos. El infligir daño físico a uno mismo puede causar un shock en el sistema, ya sea por la visión de la sangre (Simpson, 1975, citado por Klonsky, 2009), o por la sensación física de dolor, factores que restauran el sentido de la realidad al interrumpir el episodio disociativo. Además de la sensación de irrealidad, los individuos que se disocian pueden no sentir afecto alguno, en este sentido, la autolesión puede generar sensaciones físicas y emocionales que permitan a la persona sentir otra vez.

Pese a que se han realizado algunos estudios para constatar este modelo, los resultados han sido confusos (Kemperman et al., 1997). En aquellos estudios donde se ha logrado establecer un vínculo entre disociación y autolesión, no se ha determinado si la disociación ocurre en el momento de la autolesión, o si funciona como un medio para aliviar estados disociativos generados por eventos traumáticos previos (Polk y Liss, 2007). Sin embargo, Nixon y colegas (2002) constatan que el 41% de su muestra de adolescentes refiere que la autolesión aminora la sensación de entumecimiento o de estar fuera de contacto con la realidad, lo que da apoyo a este modelo.

#### **2.4.5 Modelo de Autocastigo**

Este modelo plantea que la autolesión constituye una expresión de ira o desprecio hacia uno mismo cuando el individuo considera que ha cometido alguna falta en contra de los demás o de sí mismo, y que el infligirse daño puede reducir la activación emocional a través de un proceso denominado autoverificación (Swann et al., 1990, citado por Chapman, Gratz y Brown, 2006). La teoría de la autoverificación plantea que la gente se comporta de manera consistente con sus creencias básicas sobre sí misma, de manera que al actuar en oposición a éstas, algunas personas pueden experimentar un estado aversivo de tensión, así como la sensación de estar fuera de control. Cuando algunos autolesionadores consideran que han sido malos o que han cometido alguna falta severa, el infligirse daño puede reducir el malestar psicológico aminorando el conflicto intra o interpersonal consecuente a su transgresión (Chapman et al., 2006).

En apoyo a esta teoría, Rodham y colegas (2009) encontraron que de un grupo de 220 adolescentes autolesionadores, el 45% refería como razón principal de la autolesión el autocastigo, hallazgo consistente con otros estudios realizados en la población adulta (Briere y Gil, 1998; Klonsky 2009). Por su parte, Linehan (2003) ha hipotetizado que los autolesionadores han aprendido de sus entornos a castigarse o invalidarse, hecho que ha recibido apoyo empírico de algunas investigaciones (Glassman et al., 2007; Klonsky, 2003).

#### **2.4.6 Modelo Antisuicidio**

Este modelo visualiza la autolesión como un mecanismo de afrontamiento para resistir los pensamientos e impulsos suicidas. Desde esta perspectiva, la autolesión representa un medio de expresión de pensamientos suicidas sin entrañar el riesgo de morir, por lo que funge como reemplazo del deseo de cometer suicidio (Suyemoto, 1998). Este modelo no ha recibido gran apoyo empírico, aunque un estudio realizado por Nixon y colegas (2002), reveló que más

del 40% de una muestra de 42 adolescentes refería autolesionarse con la finalidad de controlar la ideación o los intentos suicidas.

#### **2.4.7 Modelo de Límites Interpersonales**

Este modelo surge de la teoría de las relaciones objetales, y sostiene que la autolesión es una manera de afirmar los límites del self (Suyemoto, 1998). En este sentido, se considera que el autolesionador tiene fallos en el sentido de sí mismo debido al apego inseguro establecido con la madre durante los primeros años de vida, lo que deriva en la incapacidad para individuarse de la madre (Friedman et al., citado por Suyemoto, 1998). Marcar la piel separa al individuo de su entorno o de otros seres humanos, y al mismo tiempo afirma la distinción entre sí mismo y los demás, la propia identidad y la autonomía.

Uno de los escasos hallazgos empíricos de este modelo proviene del estudio de Briere y Gil (1998), mismo que sugiere que el 26% de una muestra de pacientes psiquiátricos refiere la función de “propiedad del cuerpo”. Dado que la evidencia empírica referente a este modelo es casi inexistente, en la actualidad se le sigue considerando un modelo de carácter teórico.

Como puede constatarse en la literatura, las funciones de la autolesión no son mutuamente excluyentes, por el contrario, varias de ellas pueden estar implicadas en un mismo episodio. De ahí la importancia de explorar tales funciones en un individuo, así como las circunstancias que motivan la elección de una u otra a través del tiempo, puesto que de ello depende el establecimiento de objetivos terapéuticos adecuados para cada caso. No obstante, el establecer un diagnóstico preciso de la naturaleza y severidad de la autolesión, a fin de detectar la presencia de otros trastornos, es una labor prioritaria, como se explicará en el siguiente capítulo.

## **CAPÍTULO 3**

### **AUTOLESIÓN, ¿SÍNTOMA O SÍNDROME?**

#### **3.1 Autolesión y comorbilidad**

La consideración de la autolesión dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales se limita al Trastorno Límite de la Personalidad, constituyendo uno de sus criterios definatorios (2002). Sin embargo, la revisión de la literatura indica que la conducta autolesiva no es exclusiva de este diagnóstico, sino que puede presentarse en diversos trastornos mentales en el contexto de poblaciones psiquiátricas (Claes et al., 2007; Nijman et al., 1999), e incluso en individuos de la población general (Andover et al., 2005). Considerando estos últimos, si bien el diagnóstico no siempre se ha precisado de manera formal, sí se han observado niveles elevados de sintomatología relativa a distintas entidades clínicas.

De manera general, la autolesión ha sido observada en diagnósticos del Eje I como el trastorno depresivo mayor (Briere y Gil, 1998; Haw et al., 2001), los trastornos de ansiedad (Klonsky et al., 2003), trastorno por estrés postraumático (Sacks et al., 2008; Zlotnick, Mattia y Zimmerman, 1999), trastorno del control de los impulsos (Taiminen et al., 1998), trastornos de la conducta alimentaria (Svirko y Hawton, 2007), trastornos relacionados con sustancias (Evren y Evren, 2005; Oyefeso et al., 2008), así como trastornos disociativos (Briere y Gil, 1998; Ebrinc et al., 2008). También se ha observado alta comorbilidad con trastornos de la personalidad del Eje II (Favaro et al., 2008; Herpertz et al., 1997), específicamente el trastorno límite (Zlotnick et al., 1999), y el trastorno antisocial de la personalidad (Taiminen et al., 1998).

Considerando los grupos de edad, Nock y colegas (2006) encontraron que en una muestra de 89 adolescentes autolesionadores hospitalizados, el 52% presentaba algún trastorno de dinámica interna (trastorno depresivo mayor,

trastorno por estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada), el 63% tenía trastorno oposicionista desafiante u otros trastornos de conducta, el 60% mostraba algún trastorno relacionado con sustancias, mientras que el 67% refería sintomatología de algún trastorno de la personalidad, mayoritariamente trastorno límite. Por su parte, Jacobson y colegas (2008) realizaron un estudio retrospectivo de 227 adolescentes mayoritariamente hispanos que habían sido atendidos en una clínica de consulta externa, concluyendo que únicamente la sintomatología del trastorno límite estaba asociada de forma específica con la autolesión.

Dentro de la población adulta, Dulit y colegas (1994) refieren que en una muestra de 124 pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, aquellos que se autolesionaban de manera frecuente presentaban mayor comorbilidad con el trastorno depresivo mayor y la bulimia nervosa, que aquellos pacientes que no sufrían de autolesión. A su vez, Castille y colegas (2007) señalan que la composición diagnóstica de la muestra de 105 autolesionadores incluida en su estudio, contenía trastornos del estado de ánimo (56%), trastornos de ansiedad (30%), trastorno por estrés postraumático (4%), así como desórdenes de la alimentación (4%).

### *Trastornos del estado del ánimo*

Los desórdenes comprendidos en esta categoría tienen como síntoma primario alguna perturbación de naturaleza anímica, misma que se caracteriza por un rango limitado, inapropiado o exagerado de los sentimientos. Algunos estudios han evidenciado la comorbilidad entre la autolesión y el **trastorno depresivo mayor**, por ejemplo, Garrison y colegas (1993) encontraron que en una muestra de 3283 adolescentes, aquellos diagnosticados con trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, o alguna fobia específica, eran más proclives a la autolesión, aunque únicamente el trastorno depresivo mayor guardaba una relación estadísticamente significativa con la conducta autolesiva, hallazgo

consistente con otros estudios (Cyr et al., 2005; Andover et al., 2005; Glenn y Klonsky, 2009; Nixon et al., 2008).

En el caso del **trastorno bipolar**, Rodríguez y Guerrero (2005) llevaron a cabo un estudio en una muestra de 362 mujeres colombianas con trastornos de la conducta alimentaria, detectando comorbilidad entre el trastorno bipolar de episodios mixtos y la autolesión. No obstante, la literatura señala que la autolesión observada en este tipo de trastorno afectivo suele ser de tipo “mayor”, obedeciendo por lo general a estados psicóticos relativos a los episodios maníacos (Green, Knysz y Tsuang, 2000).

### *Trastornos de ansiedad*

Los trastornos de ansiedad tienen como característica primaria la presencia de ansiedad anormal o inapropiada, y engloban patologías como el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático, objetivos principales del estudio de la comorbilidad con la autolesión. Considerando la ansiedad de manera global, Andover y colegas (2005) encontraron que en una muestra de 88 universitarios, además de niveles más elevados de depresión y ansiedad en los autolesionadores, aquellos que se cortaban la piel mostraban un mayor grado de ansiedad que quienes utilizaban cualquier otro método. Otro hecho fundamental es la evidencia empírica de la fuerte asociación entre autolesión y activación fisiológica, síntoma característico de los trastornos de ansiedad en general (Nock y Mendes, 2008).

### **Trastorno obsesivo-compulsivo**

La comorbilidad entre el trastorno obsesivo-compulsivo y la autolesión no ha recibido gran sustento empírico, aunque sí ha sido señalada por algunos autores (Winchel y Stanley, 1991; Yaryura-Tobias, Neziroglu y Caplan, 1995), por ejemplo, McKay y colegas (2000) indican que en una muestra de 32 pacientes con

trastorno límite de la personalidad, aquellos que se autolesionaban mostraban mayor sintomatología del trastorno obsesivo-compulsivo. Por su parte, Favazza (1998, citado por Walsh, 2006) describió la forma en que los autolesionadores frecuentes podían rumiar la idea de hacerse daño por horas o días, involucrándose en una secuencia ritual de conductas para realizar el acto autolesivo, visión consistente con la conducta compulsiva.

Cabe destacar que algunos estudios han contemplado dentro del fenómeno autolesivo a la tricotilomanía (Croyle y Waltz, 2007; Whitlock et al., 2006), trastorno caracterizado por el arrancamiento obsesivo del cabello o el vello corporal. Sin embargo, este desorden se encuentra clasificado en el DSM-IV como un trastorno del control de los impulsos, mientras que el trastorno obsesivo compulsivo se considera un trastorno de ansiedad. A excepción de que la autolesión forme parte de un ritual obsesivo creado para rechazar alguna consecuencia nociva que de otro modo no sucedería, ésta no debe ser considerada un síntoma del trastorno obsesivo compulsivo.

### **Trastorno por estrés postraumático**

La información sobre la incidencia de autolesión en poblaciones con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático es muy escasa. Sin embargo, se han documentado estudios de caso en los que la autolesión parece suscitarse en el contexto del trastorno de estrés postraumático, específicamente en veteranos de guerra (Pitman, 1990). Estudios empíricos también han comenzado a realizarse, por ejemplo, Sacks y colegas (2008) evaluaron la incidencia de autolesión en una muestra de 508 veteranos de guerra con diagnóstico de estrés postraumático, encontrando que alrededor del 55% había incurrido en actos de autolesión en las dos semanas previas al estudio, y que la relación entre ambos trastornos era estadísticamente significativa.

Por otra parte, considerando los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático, se ha observado que tanto los síntomas de reexperimentación (imágenes y pensamientos intrusivos del trauma, reactividad fisiológica secundaria a la reexperiencia), como los síntomas de evitación y embotamiento (esfuerzos por evitar recordatorios del trauma, dificultad para sentir emociones positivas), se asocian de manera independiente con la autolesión en el contexto del abuso sexual (Weierich y Nock, 2008).

### *Trastornos disociativos*

La autolesión es un fenómeno altamente prevalente en los trastornos disociativos, particularmente en el **trastorno de identidad disociativa**, desorden altamente complejo que en el pasado se conocía como *trastorno de personalidad múltiple*. La disociación es la característica principal del trastorno de identidad disociativa, elemento que puede manifestarse como una estrategia adaptativa ante el estrés.

En el 2002, Saxe y colegas realizaron un estudio en pacientes diagnosticados con trastorno de identidad disociativa, señalando que un 86% de su muestra presentaba autolesión como trastorno comórbido, que estos pacientes se lesionaban con mayor frecuencia, que utilizaban más métodos de autolesión y que esta conducta había comenzado de manera temprana en relación a los pacientes que no se disociaban.

Por su parte, Ebrinc y colegas (2008) estudiaron la conducta autolesiva en una muestra de 100 pacientes adultos con diagnóstico de algún trastorno disociativo o de depresión mayor; de manera consistente con los hallazgos de Saxe y colegas (2002), el 82% de los pacientes con trastornos disociativos refería autolesionarse, y que aquellos que sufrían de trastorno de identidad disociativa lo hacían con mayor frecuencia. Otro descubrimiento interesante de este estudio fueron los altos niveles de *capacidad hipnótica* (habilidad para experimentar

disociación en un escenario controlado), disociación y experiencias traumáticas en quienes se autolesionaban, resultados que coinciden con los de otros estudios (Evren et al., 2008; Matsumoto et al., 2005; Nijman et al., 1999; Polk y Liss, 2007).

### *Trastornos relacionados con sustancias*

Los hallazgos realizados en torno a la asociación entre autolesión y abuso de sustancias no han sido claros. Algunos estudios han demostrado una relación estadísticamente significativa entre ambos trastornos (Evren y Evren, 2005; Cuellar y Curry, 2007; Zlotnick et al., 1999), mientras que otros no han conseguido este objetivo (Dulit et al., 1994).

Considerando los estudios que han encontrado una relación entre autolesión y abuso o dependencia de sustancias, se tiene conocimiento de que la prevalencia de la conducta autolesiva es mayor en pacientes con **dependencia a las drogas** que en los pacientes alcohólicos, a saber, las tasas de incidencia en la drogadicción oscilan entre el 49% y el 55%, mientras que en el **alcoholismo** sólo el 12% al 29% de los pacientes refiere autolesionarse (Evren y Evren, 2005; Evren, Kural y Cakmak, 2006; Evren et al., 2008; Oyefeso et al., 2008).

De acuerdo con la investigación empírica, factores como el ser joven, el tener antecedentes de abuso físico, un historial de intentos suicidas, así como el padecer un trastorno de la personalidad, son variables determinantes de la autolesión en individuos con dependencia a alguna sustancia (Evren y Evren; Evren et al., 2006). Por último, el hallazgo de que cerca del 90% de una muestra de 176 pacientes alcohólicos se encontraban intoxicados antes del acto autolesivo, sugiere que la asociación entre autolesión y abuso del alcohol, puede estar en función de la desinhibición que acompaña a esta u otras sustancias (Evren et al., 2008).

## *Trastornos de la conducta alimentaria*

Los desórdenes comprendidos en esta categoría se caracterizan por alteraciones graves de la conducta de ingesta, acompañadas o causadas por una distorsión de la percepción de la propia imagen corporal. En este rubro se incluye la anorexia nervosa y la bulimia nervosa (López-Ibor y Valdés, 2002), importantes objetos de investigación en el terreno de la autolesión teórica y empírica en los últimos años (Svirko y Hawton, 2007).

De acuerdo con las investigaciones, la comorbilidad entre trastornos de la alimentación y autolesión es de las más elevadas, observándose tasas de autolesión de entre el 11% y 35%, con mayor prevalencia en pacientes con bulimia nervosa, seguida por la anorexia nervosa de subtipo purga, a comparación de la anorexia de subtipo restrictivo (Paul et al., 2002; Solano et al., 2005; Stein et al., 2004). Algunos autores incluso han argumentado que la autolesión debería considerarse un síntoma asociado de los trastornos de la conducta alimentaria (Favazza, DeRossear y Conterio, 1989).

Dentro de la población general, Ross y colegas (2009) encontraron que en una muestra de 440 adolescentes, aquellos que se autolesionaban eran más propensos a manifestar atracones de comida, y que aquellos que indicaban haber dejado de autolesionarse, continuaban presentando tasas de trastornos alimentarios semejantes a las observadas en los que continuaban autolesionándose. Este hallazgo sugiere que independientemente de la supresión de la conducta autolesiva, las conductas alimentarias nocivas prevalecen, argumento que evidencia las diferencias en el curso de ambos trastornos.

En un artículo teórico, Cross (1993) examinó las múltiples similitudes entre autolesión y trastornos de la alimentación, concluyendo que ambos trastornos deberían conceptualizarse como estrategias de afrontamiento equivalentes. También destacó que ambas conductas tenían orígenes similares, como

experiencias infantiles traumáticas e insatisfacción corporal, y que las dos constituían intentos de poseer el cuerpo, de percibirlo como el yo conocido e impenetrable, lo que remite a la sensación de tomar el control. De acuerdo con esta autora, la delgadez es la autosuficiencia, el sangrado la catarsis emocional, la indulgencia es el apaciguamiento de la soledad, y la purga es la purificación moral del yo.

A pesar de las diferencias en la sintomatología de la autolesión y los trastornos de la alimentación, se ha observado que ambas patologías tienen su inicio en la adolescencia (Ross et al, 2009; Prinstein, 2008), y que en muchos de los casos existen antecedentes de abuso sexual (Rodríguez y Guerrero, 2005; Rodríguez et al., 2007; Weierich y Nock, 2008). En general, a la asociación entre ambos trastornos subyacen factores como impulsividad, características obsesivo-compulsivas, desregulación emocional, disociación, estilo cognitivo autocrítico y necesidad de control (Svirko y Hawton, 2007).

En conclusión, los hallazgos provenientes del estudio de la autolesión en el contexto de los trastornos de la alimentación, sugieren que ambas conductas pueden constituir un grupo de desórdenes enfocados en el cuerpo, en los que la patología alimentaria y los actos autolesivos facilitan la transmisión de sentimientos difusos de enojo en el self (Ross et al., 2009). Por último, la evidencia biológica existente parece indicar que a la autolesión, y específicamente a la bulimia, subyacen deficiencias en los niveles de serotonina (Crowell et al., 2008; Steiger et al., 2001), descubrimiento que puede emparentar de manera objetiva a estas patologías.

### *Trastornos de la personalidad*

Si bien algunos estudios han señalado la incidencia de autolesión en prácticamente todos los desórdenes de la personalidad (Klonsky et al., 2003; Nock et al., 2006; Taiminen, 1998), a excepción del trastorno obsesivo-compulsivo de la

personalidad, la autolesión ha sido vinculada de manera tradicional al **trastorno límite de la personalidad**, constituyendo la población bajo este diagnóstico uno de los principales objetos de investigación (Brodsky et al. 95; Brown, Comtois y Linehan, 2002; Dulit et al., 1994; Russ et al., 1996).

De acuerdo con el DSM-IV (López-Ibor y Valdés, 2002), algunos síntomas del trastorno límite de personalidad incluyen la dificultad para manejar el enojo, sentimientos crónicos de vacío, impulsividad, relaciones interpersonales inestables, inestabilidad afectiva, y esfuerzos por evitar el abandono. Si se consideran las características emocionales de la patología límite, la ocurrencia desproporcionada de la autolesión en este trastorno resulta un hecho justificable, ya que como se ha discutido en capítulos previos, la conducta autolesiva tiene como sustrato fundamental la desregulación emocional (Gratz, 2006; Linehan, 2003).

Dentro de la literatura puede constatar que, efectivamente, gran parte de los autolesionadores ha recibido el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, y en el caso de los menores de 18 años, la sintomatología límite también ha mostrado ser particularmente alta (Dulit et al. 1994; Jacobson, et al., 2008; Nock et al., 2006). No obstante, la literatura ha revelado evidencias en contra del predominio del trastorno límite de la personalidad en la autolesión.

Stanley y colegas (2001) estudiaron a un grupo de 53 pacientes diagnosticadas con trastorno límite de personalidad, encontrando que el grupo de autolesionadoras mostraba mayores niveles de depresión y desesperanza que el grupo que no presentaba autolesión, lo que sugiere la existencia de una distinción empírica entre autolesión y sintomatología límite. Por su parte, Herpertz y colegas (1997) encontraron que si la autolesión se controlaba estadísticamente, de aquellos individuos que se autolesionaban, únicamente el 28% cubría los criterios diagnósticos del trastorno límite de personalidad, a lo que Favazza y Rosenthal

(1990) agregaron que una vez que la autolesión se ha detenido, gran parte de los individuos diagnosticados como “límite” dejan de cubrir los criterios definitorios.

En resumen, la literatura actual revela un alejamiento progresivo de la creencia generalizada de que la autolesión es un componente exclusivo del trastorno límite de la personalidad. Y si bien la alta comorbilidad de la autolesión podría parecer un impedimento para su consolidación como diagnóstico independiente, este hecho no aporta evidencia suficiente para negar la existencia de un síndrome separado, puesto que muchos trastornos muestran alta comorbilidad. La creciente evidencia empírica de que la autolesión posee características únicas que la distinguen de otros desórdenes (Klonsky y Muehlenkamp, 2007; Prinstein, 2008), el hallazgo de que la autolesión puede desaparecer mientras que otros trastornos mentales persisten (Ross et al., 2009), constituyen pruebas de que la autolesión debe ser reconocida como síndrome.

### **3.2 La autolesión como entidad clínica independiente**

Como se ha discutido, durante mucho tiempo la autolesión fue considerada de manera exclusiva como síntoma asociado al trastorno límite de personalidad. Sin embargo, un número creciente de estudios ha constatado la presencia de autolesión entre individuos que no padecen éste ni otros trastornos mentales (Briere y Gil, 1998; Klonsky et al., 2003), lo que sugiere que esta problemática puede constituir una perturbación conductual única.

Cabe destacar que los esfuerzos por considerar a la autolesión como entidad clínica independiente datan de los inicios del abordaje científico de esta problemática (Graff y Mallin, 1967; Pao, 1972; Rosenthal et al., 1972), sin embargo, la escasez de investigaciones formales, el tamaño limitado de las muestras, así como la ambigüedad en la definición de la conducta autolesiva, hicieron estos esfuerzos infructuosos.

Con la disponibilidad de datos epidemiológicos, la defensa de la autolesión como síndrome tuvo un repunte, particularmente en el trabajo de Pattison y Kahan (1983). Tras una revisión de la literatura, estos autores argumentaron que existían datos clínicos suficientes para la identificación de una entidad diagnóstica a la que nombraron “síndrome de auto-daño deliberado”. De acuerdo con sus observaciones, este síndrome cubría tres características de los *desórdenes del control de los impulsos no especificados de otra manera* contemplados por el DSM-III, a saber, la falla para resistir un impulso, tensión creciente antes de cometer el acto, y la sensación de placer, gratificación o liberación al momento de cometer el acto. En conclusión, los autores señalaron que el síndrome de auto-daño deliberado debía incluirse en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales como un diagnóstico del Eje I, específicamente como un trastorno del control de los impulsos (Favazza y Rosenthal, 1993).

En la actualidad, algunos autores continúan pugnando por la caracterización de la autolesión como diagnóstico independiente. Por ejemplo, un interesante análisis realizado por Muehlenkamp (2005), señala que la detección de un patrón sintomático y la presencia de características específicas reportadas de manera creciente y consistente en el campo investigativo de la autolesión, bien podrían justificar su inclusión como entidad independiente dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (ver Tabla 3.1).

**Tabla 3.1** *Propuesta de criterios diagnósticos del Síndrome de Autolesión Deliberada*

1. Existe una preocupación por herirse físicamente uno mismo que está desprovista de intencionalidad o ideación suicida consciente.
2. Uno tiene la inhabilidad de resistir el impulso de herirse uno mismo.
3. Precediendo el acto de autolesión, existe una experiencia psicológica creciente de tensión, enojo, ansiedad, disforia, o angustia general, de la que la persona siente que no puede escapar o controlar.
4. Existe una sensación de alivio, gratificación, y/o liberación de la despersonalización inmediatamente después del acto de autolesión.
5. Existe un patrón repetitivo de autolesión en el cual han ocurrido cinco o más actos de autolesión (el método de autolesión puede variar a través de los episodios de autolesión).
6. La autolesión no se explica mejor como una respuesta a psicosis, transexualismo, retraso mental, desórdenes del desarrollo, o una condición médica general.
7. La autolesión provoca malestar clínicamente significativo o impedimentos en el ámbito social, ocupacional u otras áreas relevantes de funcionamiento.

*Nota.* Estos criterios están basados en la revisión literaria realizada por Muehlenkamp, así como por la adaptación de los criterios propuestos por Pattison y Kahan (1983).

Probablemente uno de los argumentos en contra del síndrome de autolesión se refiere a que en la actualidad existen autores que continúan considerando a la autolesión como un continuo de la conducta suicida, y a que gran parte de los estudios han utilizado muestras pequeñas, o bien, muestras limitadas a grupos clínicos específicos. Como sea, estas debilidades pueden ser interpretadas como una señal de la necesidad de considerar a la autolesión como síndrome único, puesto que una definición clara de la autolesión propiciaría que tanto clínicos como investigadores recolectaran datos precisos que sustentaran la existencia de dicho síndrome.

Pese a la existencia de alta comorbilidad entre autolesión y trastorno límite de personalidad (Andover et al., 2005) o trastornos de la alimentación (Svirko y Hawton, 2007), la población de autolesionadores suele ser heterogénea y no cubre todos los criterios definitorios de dichas patologías. Considerando el hecho de que una parte considerable de autolesionadores no parece tener trastornos del Eje I o del Eje II, ni coincide con otras categorías diagnósticas, la adopción de un diagnóstico único de autolesión parece justificable. Actualmente, y sin considerar el muchas veces errado diagnóstico de trastorno límite de personalidad, el trastorno del control de los impulsos no especificado suele ser el diagnóstico más cercano a la autolesión (Favazza, 1996).

En conclusión, la evidencia empírica creciente de que la autolesión sin intencionalidad suicida debe ser considerada e incluida como un síndrome independiente dentro de la clasificación oficial de trastornos mentales, es un hecho ineludible. No obstante, se precisan hallazgos adicionales que puedan brindar un sustento objetivo al establecimiento de un diagnóstico específico para la autolesión. El reconocimiento de la autolesión como síndrome podría asegurar que este trastorno se considere fuera del contexto del trastorno límite de personalidad, lo que implicaría un beneficio adicional en la reducción de la cifra de autolesionadores que son estigmatizados con dicho diagnóstico. Por último, es importante considerar que si la autolesión alcanza el estatus de trastorno clínico verdadero, es posible que los investigadores y clínicos dediquen mayor atención a su estudio, lo que derivará en beneficios a su comprensión y tratamiento.

## **CAPÍTULO 4**

### **EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA AUTOLESIÓN**

Los hallazgos empíricos revelan que las personas que se autolesionan solicitan ayuda médica o psicológica con escasa frecuencia (Nixon et al., 2008; Whitlock et al., 2006), hecho que puede atribuirse a factores como las actitudes de vergüenza y privacidad que acompañan a la autolesión, a la escasa disponibilidad y accesibilidad de los servicios (Nixon et al., 2008), y a la actitud negativa que tanto el personal médico como los especialistas en salud mental albergan hacia esta problemática (Friedman et al, 2006; Levenkron, 1998; Walsh, 2006).

Al considerar el incremento en la tasa de autolesión en la población, resulta inevitable encontrar estos casos en la práctica médica, clínica, e incluso en el entorno escolar (Cross, 2007; Shapiro, 2008), lo que resalta la importancia de conocer aspectos sobre la evaluación y el tratamiento de este problema, además del desarrollo de estrategias efectivas para detectar casos potenciales, considerando el riesgo que esta población tiene de desarrollar conductas suicidas a largo plazo y en ausencia de tratamiento (Cooper et al., 2005; Griesbach, 2008; Whitlock et al., 2006).

#### **4.1 Evaluación**

Cuando la persona que se autolesiona decide buscar ayuda profesional, por lo general establece el primer contacto con algún elemento del personal médico (generalmente una enfermera), escolar (maestro, consejero o enfermera escolar) o algún profesional de la salud mental, y como regla general se sugiere que la enfermera, maestro o consejero escolar que tiene noticia de este hecho debe recomendar tratamiento psicológico sin importar la gravedad del problema, siendo el clínico quien determine cuál es el curso de tratamiento óptimo (Klonsky y Olino, 2008).

#### **4.1.1 Respuesta informal del clínico**

Resulta un hecho innegable que la autolesión puede provocar reacciones negativas en los profesionales de la salud mental, entre éstas, shock, asco, juicios peyorativos, rechazo, miedo, enojo y confusión, actitudes que resultan terapéuticamente nocivas (Muehlenkamp, 2006; Yip, 2006). Por ello, los profesionales deben procurar responder con una actitud neutral, ni reforzante ni punitiva, considerando el hecho de que los clientes sufren de gran dolor emocional, y que les ha sido difícil tomar la decisión de solicitar ayuda (Walsh, 2006). El clínico debe conservar este tono neutral durante el transcurso de la evaluación en su totalidad.

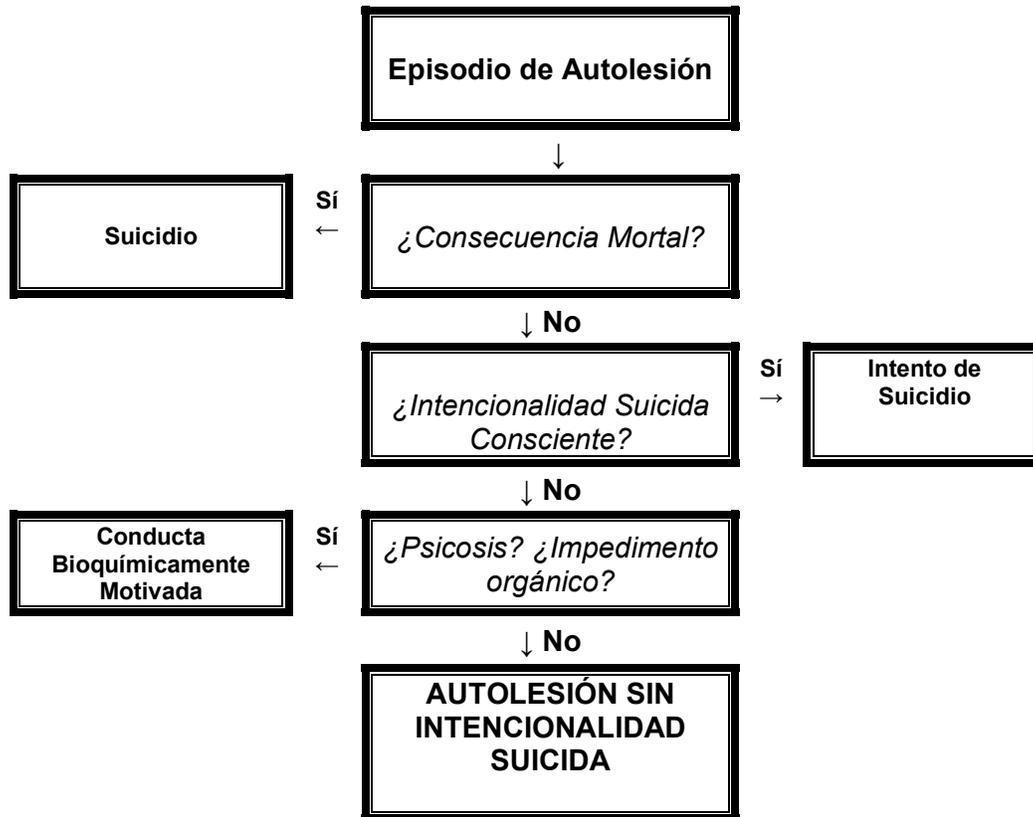
Por desgracia, una reacción común en el primer contacto es pedir explícitamente al cliente que abandone la conducta de autolesión, hecho que resulta poco realista e invalidante, dado que esta es la estrategia más efectiva con la que el cliente afronta su dolor (Walsh, 2007). De manera que el clínico deberá suplir esta petición por la propuesta de desarrollar habilidades alternativas para afrontar el dolor, aspecto propio del tratamiento.

#### **4.1.2 Evaluación formal de la autolesión**

##### *Distinción de la autolesión de otras problemáticas*

Antes de iniciar la evaluación, es prioritario que el clínico se cerciore de que el cliente efectivamente presenta un problema de autolesión sin intencionalidad suicida, puesto que también debe considerarse la posibilidad de que se trate de un intento fallido de suicidio, de que la persona presente algún problema orgánico, del desarrollo o psicosis, problemáticas que quedan fuera de los parámetros de la autolesión como se ha descrito en esta investigación. Para facilitar este primer abordaje, la Figura 4 muestra un diagrama que resume los aspectos que el clínico

debe explorar para determinar si se trata de un caso típico de autolesión sin intencionalidad suicida.



**Figura 4** Cuadro diferencial de la autolesión. Adaptado de Mangnall y Yurkovich (2008).

### *Historia de la autolesión*

Esta fase de la evaluación explora cuestiones *remotas* como la edad de inicio, duración del problema, tipo o tipos de autolesión, frecuencia de la conducta, número de heridas por episodio, nivel de daño físico y la imagen corporal general (Walsh, 2006). También debe indagarse sobre formas de auto-daño concomitantes, como puede ser el antecedente de intento de suicidio, que si bien una parte considerable no ha incurrido en estos actos, de existir, la existencia de conducta suicida comórbida siempre deberá ser atendida primero (Walsh, 2007).

Por otra parte, también debe explorarse la conducta autolesiva reciente (últimos dos meses). En este punto es muy importante sondear las funciones atribuidas a la conducta, que como ya se ha discutido, la mayoría de los autolesionadores refiere su papel de regulación emocional, y un porcentaje menor, un mecanismo de regulación interpersonal (Klonsky, 2007, 2009; Messer y Fremouw, 2008); el clínico debe entender cuáles funciones cubre la conducta en el cliente, pues de ello dependerá la elección de un tratamiento adecuado (Lloyd-Richardson et al., 2007; Rodham et al., 2004).

Otros detalles importantes de la historia reciente son el número de heridas infligidas por episodio, la extensión del daño físico, el área corporal herida, la duración del episodio y el tiempo que transcurre entre uno y otro, y si se utiliza alguna herramienta, la información referente a estos rubros ayuda a esclarecer la gravedad del problema en cada cliente (Walsh 2006, 2007).

#### *Antecedentes y consecuencias de la autolesión*

Una vez explorados los detalles de la autolesión, el objetivo es determinar los precursores ambientales y psicológicos del acto autolesivo. Los antecedentes ambientales pueden incluir dificultades en las relaciones interpersonales, o bien, experiencias vitales que detonan recuerdos traumáticos. Por su parte, los antecedentes psicológicos pueden corresponder a la cognición (creencias y pensamientos automáticos), o a estados emocionales intensos (Walsh, 2007).

La exploración de las consecuencias del acto autolesivo corresponden también a la esfera ambiental, que en este caso busca esclarecer si la autolesión es un acto privado o si alguien tiene conocimiento de ello, y de ser así, se sondea la posibilidad de que la conducta sea reforzada de alguna manera. Por su parte, es importante estudiar las consecuencias biológicas de la autolesión, a saber, la sensación física posterior al acto, la experiencia de dolor, o si la persona realiza

asepsia en sus heridas. También debe evaluarse el estado mental y emocional consecuente al acto (Walsh, 2007). En general, el estudio de antecedentes y consecuencias señala pautas a considerarse en el eventual tratamiento de la autolesión (Walsh, 2006).

### *Instrumentos formales de evaluación de la autolesión*

En los últimos años algunos investigadores han desarrollado instrumentos para la evaluación de la autolesión, a saber, **Evaluación Funcional de la Auto-Mutilación** (FASM; Lloyd, Kelly y Hope, 1997, citado por Walsh, 2007); **Entrevista de Intento Suicida y Autolesión** (SASII; Linehan et al., 2006); **Entrevista de Pensamientos y Conductas Autolesivas** (SITBI; Nock et al., 2007); **Inventario de Auto-Daño Deliberado** (DSHI; Gratz, 2001).

Todos estos instrumentos contienen reactivos que exploran la edad de inicio, duración, frecuencia, utilización de herramientas o implementos, funciones psicológicas, antecedentes y consecuencias conductuales del acto autolesivo, nivel de daño físico, requerimiento de intervención médica, relación con la conducta suicida, así como impacto en la calidad de vida.

De los instrumentos mencionados, el **SASII** y el **SITBI** poseen mayor apoyo empírico referente a la validez y confiabilidad, además de ser los más completos. Cabe destacar que una limitación importante de todos los instrumentos, es que fueron desarrollados con propósitos de investigación, aunque indudablemente contienen los rubros pertinentes para la evaluación clínica de la autolesión. Otra desventaja de su uso en el ámbito clínico, es que los clientes, particularmente adolescentes, a menudo consideran que las entrevistas estructuradas restan motivación y provocan incomodidad (Walsh, 2007), aunque la pericia del clínico puede aminorar este efecto.

## **4.2 Tratamiento**

Se considera que la autolesión es una conducta altamente resistente al tratamiento (Zila y Kiselica, 2001), particularmente cuando se asocia a funciones de reforzamiento automático (Nock y Prinstein, 2004), y que presenta retos importantes al terapeuta por la posibilidad de que las lesiones aumenten en severidad, la muerte accidental, y el hecho de que algunos autolesionadores presentan un riesgo mayor de conducta suicida (Cooper et al., 2005; Glenn y Klonsky, 2009).

En el ámbito psiquiátrico, el tratamiento principal de la autolesión incluye la hospitalización y la medicación. Si bien es cierto que fármacos como la naltrexona han demostrado su eficacia en la disminución de la conducta autolesiva (Roth, Ostroff y Hoffman, 1996), ésta no tiene la capacidad de disminuir el estrés ambiental o los conflictos interpersonales que afrontan los autolesionadores (Yip, 2006). Por su parte, la hospitalización es una opción costosa, a menudo ineficaz para esta población (Huband y Tantam, 99; Spender, 2005). Estas deficiencias señalan la importancia de la intervención psicológica en esta problemática, aunque es una realidad que los clínicos enfrentan la responsabilidad de atender a estos pacientes en ausencia de lineamientos sobre el tratamiento adecuado (Muehlenkamp, 2006).

### **4.2.1 Consideraciones generales**

#### **Establecimiento de una alianza terapéutica positiva**

Si bien una relación terapéutica positiva no es la solución a la autolesión, ésta provee el espacio en el que el cambio conductual puede acontecer, por ello, y sea cual sea el enfoque terapéutico a utilizar, debe existir un reconocimiento cabal de que la autolesión es una manera de afrontar el dolor emocional (Nafisi y Stanley, 2007). Partiendo de esta premisa, Nafisi y Stanley (2007) indican que la

edificación de una buena alianza terapéutica está en función de los siguientes factores:

- *Validación*: el terapeuta comprende la experiencia de su paciente, pero es éste último quien debe validar sus sentimientos y elecciones, pues de ello deriva la receptividad al cambio.
- *Monitoreo*: el terapeuta debe solicitar al cliente retroalimentación sobre la situación terapéutica, así como prestar atención a la conducta no verbal, porque a través de estas acciones se fortalece la comunicación.
- *Integración de metas comunes*: involucrar al cliente en el proceso de establecer las metas, estimula una mayor colaboración; el terapeuta debe equilibrar los deseos del cliente con los límites de la terapia.
- *Apoyo*: ante la frustración que puede generar el trabajo con clientes autolesionadores, todo progreso realizado debe reconocerse y alentarse.
- *Reparación de daños en la alianza*: los momentos de tensión manejados correctamente, fortalecen la relación, además de que la reparación de la alianza brinda una oportunidad de aprender modos alternativos de manejar el dolor, en el contexto del conflicto interpersonal.

Ahora bien, al igual que existen factores que contribuyen a la alianza terapéutica, también hay barreras que el terapeuta debe evitar, entre éstas, el reforzar la conducta no adaptativa, la actitud crítica e intolerante hacia los pacientes, los juicios negativos sobre la función de la conducta autolesiva (considerarla un acto de manipulación), así como las expectativas poco realistas (Walsh, 2006). Respecto a este último punto, el terapeuta debe esperar que el progreso de sus clientes sea lento, que se sufran recaídas, ser testigo del dolor emocional de su cliente, y que sus sugerencias sobre formas alternativas de afrontar el dolor sean recibidas con indiferencia u hostilidad, sin embargo, debe confiar en que el trabajo arduo derivará en progresos eventualmente (Nafisi y Stanley, 2007).

## **La importancia del análisis conductual**

En el trabajo psicoterapéutico, uno de los primeros pasos para la reducción de la autolesión es realizar un análisis conductual extenso de cada episodio. En este sentido es crucial que el cliente identifique los pensamientos, emociones y conductas que precipitan y mantienen la autolesión (Linehan, 1993; Walsh, 2006), a fin de que el terapeuta detecte los objetivos del tratamiento, y elija las estrategias de intervención más convenientes (Muehlenkamp, 2006). En este sentido, Walsh (2006) diseñó un formato de registro que el paciente puede y debe llenar semanalmente, lo que facilita la realización de dicho análisis conductual.

## **Objetivos principales en el tratamiento de la autolesión**

El objetivo principal de cualquier enfoque psicoterapéutico es el abordaje de la autolesión, y únicamente después de que ésta ha sido controlada, la terapia se concentrará en los aspectos patológicos que subyacen y rodean a esta conducta (Boyce et al., 2001, citado por Muehlenkamp, 2006). Otro punto a considerar es que en el tratamiento de otros trastornos, el cliente debe generar su propio insight para que el cambio acontezca, sin embargo, en el caso de la autolesión se sugiere que el terapeuta tome un papel más activo, abordando de manera directa esta problemática (Nafisi y Stanley, 2007).

La revisión de la literatura señala que el tratamiento psicoterapéutico de la autolesión debe enfocarse en habilidades de regulación emocional (Klonsky y Olino, 2008; Ross et al., 2009), habilidades de tolerancia al estrés (Muehlenkamp et al., 2009; Nock y Mendes, 2008), estrategias de resolución de problemas (Nock y Mendes, 2008) y de control de los impulsos (Brown, 2009), habilidades generales de afrontamiento positivo (Lloyd-Richardson et al., 2007; Rodham et al., 2004), habilidades para tolerar el dolor emocional debido a la reexperiencia de vivencias traumáticas (Weierich y Nock, 2008), características disfuncionales de

personalidad (Brown, 2009), así como en la comprensión de la dinámica familiar, haciéndola partícipe del proceso (Crowell et al., 2008; Yates et al., 2008).

#### **4.2.2 Enfoques psicoterapéuticos**

Como se ha señalado a lo largo de esta investigación, la autolesión es un campo de estudio relativamente nuevo, la tasa de incidencia real es un dato desconocido, las motivaciones y mecanismos que rigen la conducta se siguen explorando, y los enfoques de tratamiento son uno de los diversos aspectos cuya exploración recién inicia. No obstante, la literatura revela información preliminar sobre la eficacia de algunos tratamientos para el manejo de la autolesión, siendo uno de los enfoques terapéuticos más sobresalientes, la terapia dialéctico conductual (Linehan, 2003), a continuación un esbozo de estos enfoques.

#### **Terapia dialéctico conductual**

Este enfoque terapéutico fue desarrollado por Linehan (2003), quien originalmente lo concibió como un tratamiento integral (con una duración de un año) para el trastorno límite de la personalidad, particularmente para el manejo de síntomas como la conducta suicida, la autolesión repetitiva, y la desregulación emocional, síntomas típicos de esta población. En la actualidad, destacados investigadores del campo de la autolesión reconocen que éste es uno de los enfoques más prometedores y eficaces en el manejo de la autolesión (Jacobson et al., 2008; Klonsky y Muehlenkamp, 2007; Nock et al., 2007).

La terapia dialéctico conductual conjunta elementos de la terapia cognitivo conductual, del Budismo Zen, de la terapia de solución de problemas y del entrenamiento en habilidades (Linehan, 1993). En cuanto a la dialéctica, se considera que esta filosofía concibe a la realidad como un sistema interrelacionado de fuerzas internas opuestas, sujetas a un estado de cambio perpetuo. Considerando al cliente autolesionador, el principio dialéctico básico

involucra la aceptación del mismo tal cual es en el momento presente, mientras que se promueve su avance hacia conductas más adaptativas para manejar el dolor emocional (Miller y Smith, 2008).

Los objetivos generales de este enfoque psicoterapéutico son la reducción de conductas que amenazan la vida del cliente (conducta suicida o autolesión), conductas que interfieren con la terapia, conductas que interfieren con la calidad de vida, el reemplazo de conductas no adaptativas por conductas positivas de afrontamiento, así como el trabajo en otras metas individuales del cliente (Linehan, 1993; Dimeff y Koerner, 2007). El logro de estas tareas se obtiene siguiendo un sistema jerárquico de estadios (Linehan, 1993; Muehlenkamp, 2006), a saber:

- Pre-tratamiento: se obtiene el compromiso del cliente hacia la terapia.
- Estadio 1: el enfoque es la reducción de la autolesión (u otras conductas nocivas, como los intentos suicidas), y el mantenimiento de la colaboración terapeuta-paciente.
- Estadio 2: se evalúan maneras de lidiar con las experiencias traumáticas y los ambientes invalidantes (discutidos en el capítulo dos).
- Estadio 3: se enfatiza el desarrollo y mantenimiento del autorrespeto mientras se sintetizan las habilidades aprendidas.

Siendo la autolesión el objeto de interés en esta investigación, el logro de los objetivos del primer estadio se consiguen mediante la validación de la experiencia del cliente, técnicas de resolución de problemas, enseñanza de habilidades adaptativas de afrontamiento, entrenamiento en habilidades conductuales de concentración, de eficacia interpersonal, y de tolerancia al dolor emocional, así como estrategias de manejo de contingencias (Dimeff y Koerner, 2007; Linehan, 2003).

Cabe destacar que los efectos más importantes del tratamiento sobre la autolesión tienen lugar en el transcurso de los cuatro primeros meses de

tratamiento, mientras que los siguientes ocho meses son considerados un periodo de consolidación de las habilidades aprendidas en los otros estadios (Linehan et al., 1991).

La terapia dialéctico conductual estándar involucra la participación del cliente en sesiones semanales (entre dos y dos horas y media de duración) en un grupo de entrenamiento en habilidades, psicoterapia individual con un terapeuta principal y acceso telefónico las 24 horas del día para recibir *coaching* en vivo (Linehan, 2003; Dimeff y Koerner, 2007). Por otra parte, los terapeutas que imparten este tratamiento deben participar en sesiones semanales de supervisión y consulta, considerando que este enfoque psicoterapéutico conlleva altos niveles de estrés y agotamiento para estos profesionales (Perseus et al., 2007).

En general, la eficacia de la terapia dialéctico conductual en la disminución de la autolesión ha recibido apoyo empírico de manera consistente. Por ejemplo, Verheul y colegas (2007), realizaron una comparación de la eficacia de la implementación de la terapia dialéctico conductual en grupo de 27 mujeres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, frente a un grupo de 31 que recibieron tratamiento usual, encontrándose reducciones significativas de la autolesión, particularmente en las pacientes con un historial severo de dicha conducta, a favor de la primera modalidad terapéutica. Estos hallazgos son similares a los de otras investigaciones empíricas y estudios de caso (Bohus et al., 2000a; Brodsky y Stanley, 2002; Chen et al., 2008; Linehan et al., 1991).

Cabe destacar que la terapia dialéctico conductual ha sido adaptada para su utilización en la población adolescente, con la importante modificación de la participación de la familia en el proceso terapéutico (Miller y Smith, 2008), y probándose empíricamente su eficacia en el decremento de la autolesión y la conducta suicida en este grupo de edad (Katz et al., 2002, citado por Nock et al., 2007). También es importante señalar la eficacia de esta terapia en el tratamiento de adolescentes y adultos en situación de cárcel, en las familias, en trastornos

relacionados con el abuso de sustancias, en desórdenes de la alimentación, en la depresión, entre otras problemáticas (Dimeff y Koerner, 2007).

Pese a la eficacia de este enfoque terapéutico en el control de la autolesión, debe considerarse el hecho de que este tratamiento implica la labor intensiva de todo un equipo de clínicos, además de ser muy costoso para los sistemas de salud. Considerando esta realidad, Stanley y colegas (2007) desarrollaron un modelo abreviado de esta terapia (seis meses de duración), respetando los procedimientos del tratamiento estándar. Posteriormente lo implementaron en un grupo de 20 pacientes con trastorno límite, encontrándose al término del tratamiento, reducciones significativas en las necesidades y conductas de autolesión, lo que sugiere que un formato breve de esta modalidad de tratamiento, es recomendable y eficaz.

Independientemente de los hallazgos crecientes sobre los beneficios de esta modalidad de tratamiento, se precisa la realización de más investigaciones que avalen la superioridad de ésta frente a otros enfoques psicoterapéuticos en el decremento de la autolesión (Nock et al., 2007), así como estudios que determinen qué factores específicos del tratamiento son los que tienen mayores efectos sobre esta conducta (Muehlenkamp, 2006).

### **Terapia de solución de problemas**

Conocida también como entrenamiento en resolución de problemas, la premisa principal de este enfoque sugiere que las conductas disfuncionales de afrontamiento derivan de un quiebre cognitivo o conductual en el proceso de resolución de problemas (D'Zurilla y Nezu, 2001). El objetivo de la terapia es ayudar al cliente a identificar y resolver los problemas de la vida diaria, así como enseñar habilidades generales de afrontamiento y resolución de problemas que pueden utilizarse en futuras situaciones de conflicto. Este objetivo se logra al enseñar diversos pasos como la identificación de problemas y el establecimiento

de metas, la lluvia de ideas, la evaluación de soluciones potenciales, la selección e implementación de alguna solución, así como la evaluación del de la solución elegida.

El tratamiento de la autolesión a través de la terapia de solución de problemas debe ser tomado en cuenta considerando la evidencia de que los autolesionadores a menudo muestran habilidades limitadas de resolución de problemas, particularmente en el ámbito social (Nock y Mendes, 2008).

La investigación sobre la implementación de este tratamiento para la reducción de conductas autolesivas es limitada, por lo que la eficacia del tratamiento es una cuestión no concluyente. No obstante, algunas investigaciones han señalado los beneficios de este tratamiento (Crowe y Bunclark, 2000). Por ejemplo, Tyrer y colegas (2003) realizaron un estudio en el que compararon la eficacia de un programa manualizado de intervención breve que incluía elementos de entrenamiento en resolución de problemas y técnicas cognitivo-conductuales, frente al tratamiento usual en una muestra de 480 clientes; los resultados indicaron que los clientes que habían recibido la primera condición de tratamiento reportaban un número significativamente inferior de episodios de autolesión en puntos de evaluación a los seis y doce meses posteriores de haber recibido el tratamiento.

Pese a que se precisan más resultados que avalen los beneficios terapéuticos del entrenamiento en resolución de problemas sobre la autolesión, este enfoque de tratamiento parece prometedor, especialmente en combinación con otras habilidades de la terapia cognitivo-conductual (Muehlenkamp, 2006).

### **Terapia grupal de regulación emocional basada en la aceptación**

Desarrollado por Gratz y Gunderson (2006), este enfoque de tratamiento tiene como puntos de partida la terapia dialéctico conductual y la terapia

conductual basada en la aceptación (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999, citado por Gratz, 2007). Este grupo terapéutico fue diseñado para el tratamiento de la autolesión estableciendo como objetivo principal la función de regulación emocional atribuida mayoritariamente a esta conducta (Klonsky, 2007), a través de la enseñanza de caminos más adaptativos para responder a las emociones. De forma específica, este tratamiento aborda sistemáticamente los aspectos de la regulación emocional efectiva (Gratz, 2007), a lo largo de 14 semanas de trabajo:

- **Semana 1:** se brinda ayuda a los clientes para identificar las funciones que la autolesión realiza en sus vidas.
- **Semana 2:** enfocada en la función de las emociones, se enseña a los clientes que éstas son adaptativas y que brindan información relevante del entorno que puede utilizarse para guiar su conducta de manera benéfica.
- **Semanas 3 – 6:** concentradas en el desarrollo de la consciencia y la comprensión emocional, se ayuda a los clientes a mejorar su habilidad para identificar, etiquetar y diferenciar los estados emocionales, lográndose la distinción entre emociones primarias (respuestas emocionales iniciales) y secundarias (reacciones emocionales a las respuestas emocionales iniciales), así como la identificación de las creencias negativas que rodean a ambas.
- **Semanas 9 -10:** se enfatiza el cambio conductual por vez primera, siendo el objetivo de la Semana 9 la enseñanza de estrategias no evitativas para modular la intensidad y duración de las emociones, y el de la Semana 10, la instrucción sobre estrategias conductuales básicas para el control de los impulsos.
- **Semanas 11-14:** enfocadas en la identificación y clarificación de *direcciones valuadas* (cosas significativas en la vida del cliente que implican enfocarse en el aquí y el ahora, a diferencias de las metas, que se orientan al futuro), así como la realización de acciones consistentes con tales direcciones; el compromiso con las direcciones valuadas implica voluntad

emocional, es decir, la apertura a experimentar emociones negativas que surgen en la búsqueda de éstas.

Los módulos grupales son de naturaleza didáctica y combinan ejercicios grupales y actividades para realizar en casa. La importancia de la generalización de las habilidades adquiridas en la vida cotidiana es esencial en este tratamiento. De manera similar a la terapia dialéctico conductual, a los clientes se les solicita llenar tarjetas de monitoreo referentes a la conducta de autolesión, añadiendo información sobre las emociones primarias y secundarias que acompañan a la conducta.

El apoyo empírico para este enfoque terapéutico proviene del estudio realizado por Gratz y Gunderson (2006), quienes implementaron esta modalidad de tratamiento a un grupo de pacientes con trastorno límite de la personalidad que presentaba autolesión. En este estudio todas las pacientes continuaron recibiendo su tratamiento habitual, aunque en la condición experimental un grupo de ellas fue integrado al grupo terapéutico de regulación emocional. Posterior a las 14 semanas de tratamiento recibidas por ambos grupos, se midieron y compararon los resultados en medidas como la desregulación emocional, la frecuencia de la autolesión, la severidad de síntomas límite, entre otras, encontrándose diferencias significativas en todas las medidas entre los grupos, a favor del grupo terapéutico de regulación emocional. Si bien sólo existe una investigación que señala los beneficios de este enfoque, la evidencia destaca los beneficios potenciales de este tratamiento.

### **Terapia basada en las fortalezas**

Esta perspectiva sugiere un enfoque ecológico donde la persona es considerada un ser integral, y donde la experiencia del cliente es focalizada en su evaluación y tratamiento (Saleebey, 1997). Los beneficios de esta perspectiva radican en la decodificación, exploración y desarrollo de las fortalezas del cliente,

en la generación de recursos para la resolución de problemas, actualización de metas, satisfacción de necesidades, y que su implementación puede realizarse por otros profesionales en contacto directo con la población vulnerable, como los trabajadores sociales y maestros (Yip, 2006). Saleebey (1997) establece los siguientes principios básicos de esta perspectiva:

- Cada individuo, grupo, familia y comunidad tiene sus propias fortalezas.
- El trauma, abuso, enfermedad y conflicto provocan daños, pero también son la fuente de retos y oportunidades.
- Debe asumirse el desconocimiento del límite de la capacidad de crecimiento y cambio de los clientes.
- Se sirve mejor a los clientes cuando se colabora con ellos.
- Todo entorno está lleno de recursos.

Desde esta perspectiva, el autolesionador es considerado una persona normal con potencialidades y recursos para sanar, aspectos en los que el especialista debe enfocarse por encima del síntoma. Los objetivos de este tratamiento frente a la conducta autolesiva consisten en la comprensión de los conflictos no resueltos que subyacen a ella, la facilitación de la comunicación interpersonal (particularmente en la familia), la habilidad para expresar las emociones de manera sana en el contexto de los conflictos intra e interpersonales, así como la edificación de un entorno social armónico que contribuya a la prevención de la autolesión (Yip, 2006).

Si bien la investigación sobre este enfoque psicoterapéutico es casi nula, la evidencia proveniente de diversos estudios de caso ha señalado sus efectos benéficos en el manejo de la autolesión (Selekman, 2007; Yip 2006).

## **Perspectiva psicoanalítica**

Es imposible hablar de un solo tratamiento psicodinámico para la autolesión, puesto que el psicoanálisis engloba una diversidad de ideas y aplicaciones técnicas propias de cada escuela de pensamiento. Si bien distintos tratamientos psicodinámicos podrían resultar benéficos en el manejo de la autolesión (Waska, 1998), algunas investigaciones sugieren la efectividad de la psicoterapia focalizada en la transferencia, el enfoque psicológico interpersonal y del self, y la terapia basada en la mentalización. No obstante, es importante considerar que el enfoque psicodinámico conceptualiza a la autolesión como parte de la personalidad disfuncional, por lo que los tratamientos se han desarrollado específicamente para el trastorno límite de la personalidad (Levy, Yeomans y Diamond, 2007).

### *Psicoterapia focalizada en la transferencia*

Basado en la teoría de las relaciones objetales, esta enfoque terapéutico tiene como punto central las representaciones mentales derivadas de la internalización de relaciones de apego con los cuidadores. Las metas principales de esta terapia son la reducción de la conducta suicida y la conducta autolesiva, la facilitación del control conductual, la mejoría de la regulación emocional, el establecimiento de relaciones interpersonales gratificantes, y la habilidad de realizar las metas. Este tratamiento se imparte dos veces por semana y posee un encuadre altamente estructurado, en el que se enfatiza el contrato terapéutico, la relación terapeuta-paciente, así como una lista de prioridades en las que debe enfocarse la terapia, como el manejo de la autolesión u otras conductas que interfieren con el tratamiento (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 1999; López, 2004).

De manera general, la psicoterapia focalizada en la transferencia propicia el cambio a través de la ruptura de ciclos nocivos en los que el paciente despierta reacciones extremas en su entorno a razón de la expresión conductual de su

desregulación emocional. En vez de atacar estas conductas mediante medios educativos, al cliente se le lleva a enfocarse en las representaciones mentales internas, a fin de entenderlas, modificarlas e integrarlas, siendo fundamental para el proceso de cambio el desarrollo de la introspección. Esta terapia difiere de otros enfoques psicodinámicos por su enfoque persistente en el aquí y el ahora, la interpretación inmediata de la transferencia negativa, y la interpretación de la idealización, agresión y hostilidad (Clarkin et al., 1999).

Existe evidencia empírica de la efectividad de la psicoterapia focalizada en la transferencia, como sugiere el estudio de Clarkin y colegas (2001), en el que un grupo de mujeres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad recibió este tratamiento, encontrándose reducciones significativas en la severidad de la conducta suicida y autolesiva, la frecuencia de hospitalizaciones, así como un incremento significativo en el funcionamiento global. Estos resultados han sido constatados en otras investigaciones empíricas y en estudios de caso (Clarkin et al., 2007; Levy et al., 2007)

#### *Enfoque psicológico interpersonal y del self*

Este enfoque parte del modelo conversacional de Hobson (1985, citado por Levy et al., 2007), y tiene como premisa la *introspección*, misma que surge a través de una forma particular de conversación que refleja un tipo específico de relación. La evidencia empírica para este enfoque proviene del estudio realizado por Stevenson y Meares (1992), quienes evaluaron los efectos de este tratamiento en un grupo de pacientes con trastorno límite de personalidad, encontrando que al término del tratamiento los pacientes mostraron un decremento en el número de episodios de autolesión, visitas médicas, y frecuencia y duración de hospitalizaciones.

### *Terapia basada en la mentalización*

Desarrollado por Bateman y Fonagy (1999), este enfoque propone que el mecanismo de cambio en el tratamiento del trastorno límite involucra la *mentalización*, que se refiere a la capacidad de pensar acerca de los estados mentales en uno mismo y los demás en términos de deseos e intenciones. Se considera que la mentalización implica procesos mentales inconscientes que se activan junto con el sistema de apego en el contexto de situaciones interpersonales investidas de afecto, así como representaciones integradas de estados mentales del self y los otros.

El apoyo empírico para este enfoque proviene del estudio de Bateman y Fonagy (1999), quienes aplicaron esta terapia a un grupo de pacientes en un programa hospitalario de día por espacio de 18 meses. Al comparar los resultados con un grupo de pacientes que recibieron tratamiento psiquiátrico común, estos investigadores detectaron decrementos significativos en conductas suicidas, autolesión y síntomas depresivos, así como mejoras en el desempeño social e interpersonal, del grupo que recibió esta innovadora modalidad de tratamiento.

Como consideración final, resulta de suma importancia que el clínico sea precavido al seleccionar el tratamiento más conveniente para el autolesionador. La regla de oro consiste en comprender las características y gravedad de cada caso. Como ejemplo, la presencia de lesiones severas acompañadas de ideación suicida en un cliente, sugieren la intervención psiquiátrica y hospitalaria, mientras que para un caso caracterizado por lesiones superficiales, esporádicas y carentes de conducta suicida, puede elegirse alguno de los diversos enfoques psicoterapéuticos que se imparten en consulta externa (Klonsky y Olin, 2008).

## CAPITULO 5

### EL IMPACTO DE LA AUTOLESION EN LA SOCIEDAD MODERNA

Hasta hace algunos años, la autolesión era un tópico desconocido para gran parte de la sociedad. Los investigadores especulan que su difusión en la cultura popular tuvo gran impulso en la década de 1990, cuando diversas figuras públicas comenzaron a compartir sus experiencias como autolesionadores en los medios de comunicación, década en la que incluso se promulga la Declaración de Derechos de quienes se autolesionan (ver Anexo I). Desde entonces, la discusión sobre este fenómeno en producciones cinematográficas, programas televisivos, artículos de revistas y en la música, ha contribuido al reconocimiento de esta conducta como una realidad de la sociedad moderna.

Como muchas caras de la autolesión, la percepción que la sociedad misma tiene de esta conducta, no ha sido investigada de manera empírica. Sin embargo, cualquier individuo que tenga contacto real con un autolesionador, innegablemente vivirá esta experiencia desde la esfera emocional (Rayner, Allen y Johnson, 2005). Como se ha apreciado a lo largo de esta investigación, la autolesión suele despertar reacciones negativas en el contexto interpersonal (Linehan, 1993), en este sentido, el estudio realizado por Klonsky y colegas (2003) indica que el grupo de pares suele considerar a aquellos que se autolesionan como poseedores de emociones extrañas e intensas, y que son altamente sensibles al rechazo social.

Ante el incremento de la incidencia de la autolesión en adolescentes y adultos jóvenes, particularmente en colegios y universidades (Cross, 2008; Selekman, 2006; Whitlock et al., 2007), algunos investigadores han pensado en la posibilidad de un fenómeno de **contagio** de esta conducta. De acuerdo con Kandel (1978), las similitudes entre los adolescentes y sus pares pueden explicarse por los *efectos de selección*, que se refieren a la tendencia a asociarse con aquellos individuos que se asemejen más a él mismo, y por otra parte, los

*efectos de socialización*, donde la presencia de actitudes y conductas específicas en los pares, puede incrementar la ocurrencia de conductas similares en los otros. De manera general, la influencia de los pares interviene en el proceso de “contagio” de conductas, donde la presencia de éstas en un individuo se asocian al incremento de las mismas en otros miembros (Heilbron y Prinstein, 2008).

En el caso de la autolesión, se ha sugerido que los pares pueden detonar esta conducta en otros por los sentimientos de cohesión que ésta produce, porque posee poderosos aspectos de comunicación, porque el lesionarse puede ser visto como un acto extraño y polémico, y por el reforzamiento inadvertido que los adultos pueden dar a estas acciones (Walsh, 2006). Como sea, algunas investigaciones proveen evidencia empírica sobre el contagio de la autolesión en unidades psiquiátricas, instituciones educativas y centros penitenciarios juveniles (Matsumoto et al., 2004; Taiminen et al., 1998; Walsh, 2006)

Hasta el presente se ignora si los adolescentes eligen afiliarse a otros según tendencias similares a la autolesión, o si estos se ajustan a la conducta autolesiva de su grupo de pares. Sin embargo, estudiar el contexto en que ocurre la influencia de los pares, puede ayudar a identificar adolescentes en riesgo, así como comprender las características del entorno social donde la conducta de autolesión es aprendida (Heilbron y Prinstein, 2008).

Desde el año 2002, diversas organizaciones civiles con sede en Internet decretaron el 1° de marzo como Día Nacional de la Consciencia de la Autolesión, entre éstas American Self-Harm Information Clearinghouse y Life Signs en el Reino Unido. Asimismo, en México se realizó una propuesta de campaña informativa sobre la autolesión dirigida a hombres y mujeres de entre 12 y 20 años, bajo el slogan “Sentir sin herir” (Sánchez, 2008). Acciones como éstas, en conjunción con la difusión mediática de este fenómeno, sugieren que lo que para algunos constituye un acto privado, se ha convertido en un secreto a voces de la sociedad. No obstante, ¿los diversos escenarios sociales están preparados para

afrontar este fenómeno creciente? ¿Qué sucede en los hospitales, las instituciones educativas, o en la misma familia del autolesionador? El presente capítulo pretende resolver estas cuestiones.

### **5.1 Actitud del profesional médico ante la autolesión**

Pese a que en México se desconoce esta información, Crowe y Bunclark (2000) señalan que una de cada 600 visitas al servicio de Urgencias en clínicas y hospitales en el Reino Unido, se relaciona con episodios de autolesión. Como se discutió en el capítulo anterior, el despliegue de actitudes negativas hacia los autolesionadores por parte del personal médico y de la salud mental que los atiende, es una realidad innegable (Bosman y van Meijel, 2008). De manera específica, el papel del psicoterapeuta en el manejo de la autolesión ha sido explorado previamente, por lo que ahora se revisarán cuestiones generales sobre las actitudes y preparación del personal médico para hacer frente a este desafiante problema de salud.

Un relevante punto de partida en la consideración de las actitudes del staff médico ante la autolesión, lo constituye la percepción que el autolesionador mismo tiene sobre la forma en que es tratado por enfermeras y médicos. De manera general, los autolesionadores señalan aspectos negativos como la falta de empatía, el intento de controlar su conducta cuando ellos mismos pugnan por recuperar sus “cuerpos”, la renuencia a escucharles, el uso de medicamentos para “silenciarlos”, así como el ser considerados “fracasos” (Fish y Duperouzel, 2008; Reece, 2005; Smith, 2002). No obstante, los autolesionadores también refieren actitudes positivas del staff médico, mismas que consideran benéficas para su tratamiento, a saber, la interacción uno a uno, la consciencia del estado de ánimo del paciente, la disponibilidad para hablar, el ser tratado como un individuo digno de respeto y cariño, y la capacidad de enfocarse hacia un futuro positivo (Fish y Duperouzel, 2008).

La revisión de la literatura indica que los profesionales de la salud efectivamente reconocen el predominio de actitudes negativas hacia los autolesionadores, a quienes se tiende a considerar “buscadores de atención” (Huband y Tantam, 2000; Reece, 2005), y esta visión desfavorable obedece al miedo, frustración y preocupación que provoca el tratar a estos pacientes, al desconocimiento de lineamientos adecuados para su atención, así como la culpa e impotencia que el profesional mismo experimenta al no saber cómo ayudarlos (Friedman et al., 2003; Smith, 2002).

De acuerdo con los hallazgos empíricos, la carencia de entrenamiento en el manejo de la autolesión, así como la mayor antigüedad trabajando en el servicio de Urgencias, se relaciona con niveles elevados de ira hacia los pacientes autolesionadores, por parte del staff que labora en esta área (Friedman et al., 2006). Por otra parte, el poseer una formación como consejero o psicoterapeuta, se relaciona de manera significativa con la comprensión de esta conducta, lo que puede estar en función de la habilidad para contener la ansiedad y manejar la contratransferencia, aspectos que se desarrollan en el entrenamiento psicoterapéutico (Huband y Tantam, 2000).

Considerando las diversas profesiones de quienes atienden a los autolesionadores, se ha encontrado que el staff con calificación médica (psiquiatras y enfermeras) tiende a juzgar al paciente como difícil, a diferencia del staff de atención externa (consejeros y trabajadores sociales), que muestra mayor tolerancia y empatía (Huband y Tantam, 2000). En cuanto a los conocimientos sobre autolesión, son los médicos quienes poseen información más adecuada, aunque los psiquiatras refieren mayor preocupación al tratar a los pacientes, presumiblemente por el nivel de responsabilidad que tienen estos profesionales (Crawford et al., 2003)

Es importante señalar las contribuciones de la investigación cualitativa en el esclarecimiento de las actitudes del staff médico en torno a la autolesión. Por

ejemplo, Reece (2005) llevó a cabo un estudio en una muestra de 17 enfermeros, a quienes se realizaron entrevistas abiertas sobre su experiencia en el tratamiento de mujeres autolesionadoras, detectando la fuerte necesidad de los profesionales de controlar esta conducta, así como la presencia de emociones negativas que el staff procuraba no manifestar abiertamente. Otro inquietante hallazgo fue el énfasis de los profesionales de sexo masculino en las implicaciones futuras de un cuerpo dañado, por encima de la exploración de los sentimientos de las pacientes hacia su autolesión, hecho que la autora interpreta como una transgresión a la concepción masculina de la perfección femenina.

Considerando las deficiencias del staff médico, McAllister y colegas (2008), señalaron los beneficios de un modelo denominado *Enfermería Focalizada en la Solución*, mismo que consiste en orientar al personal de enfermería hacia una perspectiva proactiva centrada en las fortalezas, con el objetivo de fomentar la esperanza del paciente para motivarlo a dar los pasos necesarios para el cambio y la recuperación. Estos investigadores evaluaron la eficacia de este modelo en la adquisición de conocimientos, habilidades percibidas, así como identidad profesional de un grupo de 36 enfermeros; si bien no se encontraron diferencias significativas en la medida global del autoconcepto profesional de las enfermeras en relación al grupo control, sí se detectaron mejorías significativas en la percepción de que la enfermería debe enfocarse en las fortalezas, así como en la satisfacción con las propias habilidades.

En resumen, la falta de conocimientos claros sobre la autolesión, así como las actitudes negativas que el personal médico manifiesta hacia quienes padecen este trastorno, son factores que pueden afectar tanto la capacidad del profesional para brindar cuidados clínicos adecuados, como la recuperación del paciente mismo (McAllister et al., 2008). De ahí la importancia de recibir un entrenamiento sistemático para la atención del paciente autolesionador, que de acuerdo con los profesionales mismos, incrementaría los sentimientos de efectividad y las

actitudes positivas hacia esta población (Crawford et al., 2003; Huband y Tantam, 2000)

## **5.2 Autolesión en el ámbito escolar**

Considerando el incremento de la autolesión en adolescentes y adultos jóvenes pertenecientes a la población escolar (Lloyd-Richardson et al., 2007; Whitlock et al., 2006), el personal de las instituciones educativas ha tenido que enfrentarse a esta problemática en ausencia de conocimientos adecuados sobre el tema, así como de directrices específicas para la detección temprana y el tratamiento de los estudiantes autolesionadores (Shapiro, 2008).

Existe evidencia limitada sobre el grado de conocimiento y actitudes del personal educativo en torno al fenómeno de la autolesión, aunque un estudio cualitativo realizado por Best (2005) ofrece una valiosa aproximación. En esta investigación se entrevistó a 33 elementos del staff educativo, incluyendo maestros, consejeros escolares, psicólogos clínicos, enfermeras escolares, entre otros profesionales. Los hallazgos de este estudio señalaron que la escuela es un escenario donde la naturaleza, incidencia y estrategias de manejo de la autolesión se desconocen. Por otra parte, se detectó el miedo, rechazo y preocupación que puede generar el encuentro con un estudiante que presenta esta conducta, lo que provoca en el staff el deseo de huir más que de ayudar.

Ahora bien, dentro del escenario escolar, son las enfermeras quienes suelen tener el primer contacto con el estudiante autolesionador, por lo que su papel en el manejo de la autolesión es crítico. En general, una vez que el autolesionador ha sido identificado, la intervención de la enfermera tiene como objetivos el brindar cuidados médicos (en los casos que así lo requieran), y posteriormente, la canalización a los servicios de consejería escolar (Shapiro, 2008). El inicio temprano del tratamiento de la autolesión es vital porque, como se ha discutido, esta conducta maladaptativa puede tornarse repetitiva (Muehlenkamp, 2006; Nock et al., 2007, Walsh, 2007).

De acuerdo con Best (2005), uno de los principios tradicionales de la educación inglesa radica en la obligación profesional y legal de los maestros de responder a los alumnos que presentan problemas emocionales y sociales. No obstante, mientras que los consejeros y enfermeras escolares pueden haber recibido entrenamiento para el manejo de la autolesión, esto no suele suceder con el resto del staff escolar, en particular los maestros.

Un estudio reciente sobre las necesidades de los consejeros escolares en relación a la autolesión, concluyó que más allá de recibir información sobre esta conducta, era fundamental el contar con procedimientos específicos para el trabajo con autolesionadores (Roberts-Dobie y Donatelle, 2007, citado por Shapiro, 2008). Considerando estas vicisitudes, algunos investigadores han sugerido lineamientos de intervención que pueden facilitar el manejo de la autolesión dentro de las escuelas, y cuya implementación en colegios de Estados Unidos ha mostrado cierta eficacia (Shapiro, 2008; Walsh, 2006). A continuación, una síntesis de estos *protocolos*:

- La educación profunda respecto al fenómeno de la autolesión es la base de una intervención efectiva.
- El staff escolar debe contactar al “coordinador designado” (consejero, psicólogo o enfermera) *inmediatamente* al existir la sospecha o evidencia de actos de autolesión en algún estudiante.
- Una vez informado, el coordinador contactará de manera confidencial a quien esté implicado. Si el incidente se considera “menor”, se alentará al estudiante a solicitar ayuda al coordinador si vuelve a sentirse perturbado; si el incidente requiere intervención adicional, se contactará al padre o tutor del alumno para asegurar que éste reciba apoyo y para discutir opciones de tratamiento externo (psicoterapia, consejería dentro de la escuela, tratamiento farmacológico); si el incidente implica una crisis de riesgo inminente para el bienestar del alumno, el coordinador contactará al servicio

de Emergencias de alguna institución psiquiátrica (esta opción se refiere a conductas suicidas).

- En los casos donde el coordinador ha sugerido psicoterapia, volverá a contactar a los padres en un lapso de una semana, para verificar que se hayan tomado acciones. Cuando los padres no colaboran, se considerará realizar un reporte de negligencia ante las autoridades competentes.

Por otra parte, el fenómeno de contagio de la autolesión ha sido discutido dentro de este capítulo, y siendo la escuela un espacio de interacción para los adolescentes, los episodios de contagio constituyen otro problema a enfrentar en este escenario. En este sentido, el staff educativo debe considerar tres tipos de intervención que pueden minimizar el riesgo de contagio, a saber, regular las conversaciones que los miembros del grupo de pares mantienen en torno a la autolesión, vigilar que las cicatrices o heridas no sean exhibidas a los pares, así como el tratamiento de la conducta mediante consejería individual. Si bien la terapia de grupo podría considerarse una alternativa, se sabe que en este caso puede tener consecuencias negativas, por ejemplo, estimular el deseo de hacerse daño. Por ello se sugiere que la terapia grupal se enfoque exclusivamente en la enseñanza de habilidades de afrontamiento, resolución de problemas, expresión emocional y de control de impulsos, mas no en el manejo de la conducta autolesiva (Crowe y Willoughby, 2001, citado por Shapiro, 2008; Walsh, 2006).

A modo de conclusión, el reconocimiento de que la autolesión es un modo de afrontar el dolor emocional, contribuye a que el staff escolar evite la estigmatización de los alumnos que padecen este trastorno. Y si a esta visión comprensiva se añade el entrenamiento en habilidades de consejería, o al menos de escucha activa, la capacidad de los maestros, consejeros, enfermeras o directivos, para reaccionar empática y profesionalmente a la autolesión se verá fortalecida, con el beneficio consecuente para la recuperación de los alumnos (Best, 2005; Shapiro, 2008; Walsh, 2006).

### **5.3 Autolesión en el contexto familiar**

La revisión de la literatura revela que la concepción parental sobre la autolesión constituye un tema remotamente explorado. No obstante, y al igual que en otros escenarios sociales, la respuesta de los padres puede afectar la manera en que una persona afronta las consecuencias de su autolesión, a saber, una reacción parental de apoyo puede contribuir al manejo sano de la frustración y los conflictos, reduciendo la posibilidad de futuros episodios, mientras que las reacciones de ira, rechazo o culpa, pueden incrementar esta conducta (Yip, 2005).

En un interesante estudio cualitativo realizado en Finlandia, Rissanen y colegas (2008) exploraron el punto de vista de cuatro padres de familia en torno a la experiencia de autolesión de sus hijas. El análisis de contenido de las entrevistas reveló que la autolesión era considerada un fenómeno confuso capaz de evocar emociones negativas, mismo que requería una intervención profesional; de acuerdo con los padres, la autolesión tiene como secuelas en sus hijas sentimientos de vergüenza y cicatrices, aunque para ellos mismos, estos incidentes constituyen una oportunidad de acercamiento y aprendizaje familiar. Una cuestión interesante es la percepción sobre la atención recibida por el staff médico, señalando como actitudes benéficas el considerar la autolesión como un problema serio, mientras que el culpar al adolescente era visto como una actitud no profesional.

En general, los padres tienen conocimientos limitados sobre lo que es la autolesión, lo que podría explicar las emociones negativas que la conducta evoca en ellos. El mejor camino para facilitar la intervención temprana en casos de autolesión, es que los profesionales de la salud comiencen a discutir esta problemática con los padres, mismos que requieren atención profesional para manejar adecuadamente esta inquietante experiencia (Rissanen et al., 2008; Yip, 2005, 2006; Crowell et al., 2008).

### *Lineamientos para padres en el manejo de episodios de autolesión*

De acuerdo con Selekman (2006), la inmensa mayoría de los padres desconoce la manera ideal para responder a la autolesión de sus hijos. Dado que esta es una conducta intimidante, algunos reaccionan con sobreprotección, culpa, miedo o incluso con castigos. La vasta experiencia de este psicoterapeuta en el abordaje sistémico de la autolesión, ha derivado en la creación de los siguientes lineamientos en el manejo de la autolesión:

- Los padres deben evitar la reactividad emocional extrema.
- Tras un episodio autolesivo, es necesario apaciguar y brindar apoyo emocional al adolescente.
- Los padres deben tratar de entender los detonantes y el significado que la autolesión tiene para su hijo.
- Es conveniente que los padres se acerquen a sus hijos y exploren si algo en su conducta está contribuyendo a la autolesión.
- El castigo y la amenaza debe evitarse a toda costa.
- Tras un episodio de autolesión, los padres deben conversar con su hijo sobre lo que aprendió de su recaída, y que puede utilizar a su favor en futuras situaciones. Además, se debe alentar al adolescente a que utilice las estrategias de afrontamiento aprendidas en la psicoterapia.
- Los padres deben estar conscientes de que las recaídas son normales en el territorio del cambio. Con amor y apoyo, deben hacer lo que puedan por orientarlo hacia una vida libre de autolesión.
- Los éxitos a corto y largo plazo deben ser celebrados. A su vez, los padres deben explorar cuáles de sus actitudes o conductas han contribuido a este triunfo.

Es importante considerar que pese a los esfuerzos de los padres para manejar la autolesión de sus hijos, eventualmente pueden sentirse frustrados, o la situación puede empeorar. Como recomendación general, los padres deben

considerar la búsqueda de ayuda profesional, herramienta que puede ayudarles a entender la experiencia y necesidades de los adolescentes que viven con esta problemática (Selekman, 2006).

#### **5.4 Autolesión e Internet**

El Internet ha hecho posible la búsqueda inmediata de información, al igual que formas de interacción social previamente desconocidas por la humanidad. Las personas pueden acceder a Internet desde cualquier lugar y hora, con el beneficio adicional de la privacidad. Gracias a este recurso, la gente puede localizar comunidades virtuales de individuos con intereses y conductas comunes, y en el caso de la autolesión, la presencia creciente de esta conducta en la web ha contribuido a la consciencia que se tiene de la misma en la sociedad, aunque también ha tenido efectos nocivos que se revisarán más adelante (Whitlock, Lader y Conterio, 2007).

En el año 2005 se documentaron más de 400 tableros de mensajes activos sobre autolesión (Whitlock, Powers y Eckenrode, 2006). Una revisión sencilla a través del motor de búsqueda "Google", utilizando términos como *Autolesión* y *Automutilación* tuvo entre 25, 300 y 99, 700 resultados, mientras que términos como *Self-Injury* y *Self-Mutilation* tuvieron más de 17 millones de coincidencias, aunque debe tenerse en cuenta la imposibilidad de verificar si todo resultado se relaciona de manera específica con la definición formal de autolesión.

En general, los estudios señalan que una vez en línea, las personas realizan intercambios similares a la vida cotidiana, como apoyo, historias personales y opiniones (Whitlock et al., 2006). Las redes sociales en línea, foros y blogs interactivos son otros recursos que los autolesionadores pueden utilizar para buscar información e interactuar con otros individuos que padecen el trastorno. Sitios como YouTube.com, donde es posible integrar videos con música y textos, también favorecen la interacción, y actualmente pueden encontrarse

alrededor de 14, 000 videos alusivos a la autolesión, con la posibilidad de comentarlos y calificarlos, o en un giro nocivo, invitar a la realización de estos actos.

En un estudio de tableros de mensajes sobre autolesión, los tipos de intercambio más comunes fueron el apoyo informal y la discusión sobre eventos detonantes de episodios, seguidos por información personal sobre las cualidades adictivas de esta práctica, el miedo a revelar su conducta a otros, experiencias psicoterapéuticas, métodos de infligirse daño, entre otros (Whitlock et al., 2006). Considerando la variedad de contenidos de diversos sitios, una cuestión relevante es el nivel de moderación que el webmaster tiene sobre tales contenidos, mismo que consiste en el grado en que la información agregada por los usuarios es supervisada para evitar material dañino, en el caso de sitios sobre autolesión (Whitlock et al., 2007), se consideran los siguientes criterios:

- *Alta moderación*: el contenido de lenguaje o imágenes que pueden provocar la autolesión se prohíben de forma activa.
- *Moderación regular*: se etiqueta el contenido como “provocador”, de modo que los usuarios pueden decidir si revisan el material o no.
- *Baja moderación*: estos sitios carecen de supervisión y toleran una gran variedad de información narrativa y gráfica, por lo que los usuarios deben decidir cuál información es benéfica y cuál no.

Ahora bien, el Internet es un espacio particularmente idóneo para los autolesionadores, pues el anonimato resulta reconfortante para los sentimientos de vergüenza, dolor y aislamiento que caracterizan a esta población (Whitlock et al., 2006). Un estudio realizado por Murray y Fox (2006, citado por Whitlock, 2007), reveló que el 37% de los individuos referían efectos positivos sobre su conducta autolesiva, gracias al apoyo recibido en sus esfuerzos por detener las lesiones, y por el alentamiento de la auto-aceptación proveniente de otros usuarios de los grupos de discusión.

En cuanto a las implicaciones terapéuticas del uso de Internet frente a la autolesión, deben considerarse dos aspectos. En primer lugar, los individuos que participan en comunidades de autolesión pueden recibir “reforzamiento narrativo”, mismo que consiste en compartir historias de vida similares que de forma inconsciente pueden justificar el uso de la autolesión (Whitlock et al., 2007), este reforzamiento puede derivar en el reconocimiento de la nocividad de esta conducta, pero también a evitar que la persona atienda las causas que subyacen a ella. Por otra parte, Whitlock y colegas (2007) sugieren que los psicoterapeutas evalúen el uso de Internet que los clientes hacen en relación a su propia conducta autolesiva, puesto que este recurso virtual puede apoyar el logro de objetivos terapéuticos, o por el contrario, puede substituir la intimidad de la vida real o reforzar la autolesión, lo que puede afectar el tratamiento.

#### *5.4.1 La batalla “online” contra la autolesión*

Además de una fuente de información, interacción y apoyo para los autolesionadores, el Internet ha fungido como un importante aliado en la lucha contra la autolesión, constituyendo una vía magnífica de comunicación para profesionales de la salud mental y otras personas que de manera activa han tomado acciones frente a la alta incidencia de esta conducta.

De acuerdo con Walsh (2006), los sitios web que se enfocan en la autolesión pueden dividirse en dos categorías, a saber, sitios diseñados por profesionales con el objetivo de ayudar a los autolesionadores, y sitios creados por los autolesionadores mismos con la intención de proveer apoyo a otros individuos en circunstancias similares. Si bien existen incontables sitios de una y otra clase, para la presente investigación se han elegido tres de los sitios más activos y representativos en la actualidad. A continuación, una breve descripción de los objetivos y servicios que estos ofrecen.

### *S.A.F.E. Alternatives*

El sitio web S.A.F.E., cuyas siglas en español significan “El auto-abuso finalmente termina”, fue desarrollado por Karen Conterio y Wendy Lader, figuras de gran trayectoria en la investigación norteamericana sobre autolesión. Este sitio ofrece material conciso sobre autolesión, bibliografía, un tablero de noticias, un “blog”, e incluso una tienda virtual donde pueden adquirirse distintas publicaciones y material audiovisual referente a este tópico.

El sitio tiene información detallada sobre cuatro distintos programas de tratamiento para la autolesión, mismos que van desde grupos de apoyo hasta el programa intensivo impartido en una unidad localizada en Illinois, este último es el único programa de internamiento en Estados Unidos, dedicado exclusivamente al manejo de la autolesión, y cuya estancia máxima es de 30 días.

Conterio y Lader también dirigen la línea nacional de información sobre autolesión (800-DONT-CUT), misma que ha fungido como un recurso incomparable para muchos autolesionadores estadounidenses a lo largo de varios años. De acuerdo con Walsh (2006), esta línea recibe alrededor de 16,000 llamadas anualmente, y su dirección de correo electrónico otras 5,000 contactos. El hecho de que Conterio responda personalmente las llamadas, y Lader los correos electrónicos, refleja el heroico compromiso que estas autoras tienen frente a la autolesión.

### *LifeSIGNS: Self-Injury Guidance and Network Support*

Este sitio web tiene su origen en Inglaterra, y es dirigido por un staff compuesto por autolesionadores, personas que han superado la autolesión, y otros individuos que no poseen una experiencia directa, aunque sí un gran compromiso con esta causa. Este sitio ofrece información extensa sobre el fenómeno de la autolesión, así como sugerencias para evitar la conducta.

También posee recursos como una sala de chat, la cual posee reglas explícitas respecto a evitar el contenido “provocador”.

Los autores de este sitio han escrito numerosos panfletos sobre autolesión, y entre los que destacan una póliza de manejo escolar de la autolesión, y un completo manual de concientización sobre el trastorno dirigido al personal escolar, a los profesionales de la salud, así como a la familia y amigos de los autolesionadores.

El sitio ofrece otros recursos como una carta electrónica enviada de manera mensual a los usuarios registrados, un blog, un tablero de mensajes, así como numerosos links a sitios positivos referentes al tema. En general, este sitio parece ser el mejor en su género, considerando que fue diseñado por personas que vivieron de manera directa los estragos de la autolesión, mismos que ofrecen un espacio con contenido positivo, de apoyo, libre de material provocador, y enfocado a soluciones.

#### *Autolesión: Información y Apoyo A.C. (Alía)*

Este sitio es una adaptación de la página “*Secret Shame*” bajo permiso de su creadora Deb Martinson, realizada por la Doctora Dora Santos, una dedicada investigadora de la autolesión en México. Este sitio es el único en su género, pues está dirigido a la población hispanohablante, que como se ha mencionado en esta investigación, presenta un gran rezago en cifras, información y procedimientos de manejo de la autolesión. En este sitio se advierte a los usuarios sobre contenidos potencialmente detonadores de autolesión, aunque el material narrativo y visual extremo está prohibido.

El objetivo principal de este sitio es brindar información clara y precisa sobre la autolesión a profesionales y autolesionadores, y en el caso de estos últimos, sus familiares y amigos, apoyo emocional a través de comunicaciones por

correo electrónico, a los que un equipo capacitado de psicólogos da respuesta, entre ellos la Doctora Santos. Entre otros recursos, el sitio cuenta con un foro de discusión, una sección de noticias, información de autoayuda, artículos sobre primeros auxilios, así como vínculos a otros sitios y foros de interés.

Más allá de los confines del Internet, esta organización se dedica a impartir cursos de capacitación para el manejo de la autolesión en escuelas, clínicas y Centros de Integración Juvenil, dirigidos a diversos profesionales de la educación y la salud. A su vez, la organización imparte distintos talleres, como el de *Principios básicos para la atención de pacientes que se autolesionan*, dirigido a psicoterapeutas.

Esta organización representa una primera aproximación en la lucha contra la autolesión en países de Latinoamérica, y el hecho de que a través de este sitio se ha brindado apoyo a más de 300 personas constituye un aliciente más para considerar este creciente problema de salud dentro del panorama de la investigación científica en México y otras naciones hermanas.

A modo de reflexión, el manejo que los diversos medios de comunicación ha dado al tema de la autolesión representa una realidad que debe tomarse con cautela, por una parte, esta difusión ha llevado a la concientización sobre este tema cuando la información distribuida es adecuada, no obstante, debe considerarse que la exposición indiscriminada de esta conducta a individuos con una hipotética “predisposición” al trastorno, podría conducir (si es que no está ocurriendo ya) al incremento en la incidencia de este delicado problema de salud mental (Whitlock, Purington y Gershkovich, en prensa, citado por Whitlock et al., 2007).

## CONCLUSIONES

La autolesión se refiere a la destrucción voluntaria del tejido corporal con la finalidad de aliviar el dolor emocional, conducta que está desprovista de intencionalidad suicida, que no es causada por alguna patología orgánica, que no es alentada por el entorno social al que el autolesionador pertenece y que no se relaciona con la activación sexual. Estas sencillas líneas son el producto de décadas de investigación en países del primer mundo, travesía que no ha sido fácil considerando la diversidad de términos que el trastorno ha recibido, la renuencia de algunos investigadores a reconocerla como un fenómeno distinto del intento suicida, así como la complejidad de la conducta misma. El historial de autolesión varía de un individuo a otro, no obstante, el trasfondo de estas historias obedece a un principio supremo, el infligir una herida al propio cuerpo de manera voluntaria y consciente, con la finalidad de aminorar el dolor emocional para continuar viviendo, una innegable y peculiar vía de afrontamiento.

En el primer capítulo se exploraron las características epidemiológicas de la autolesión (Klonsky y Muehlenkamp, 2007), destacando que la adolescencia temprana suele ser la edad de inicio de esta conducta, que el método más común es el practicarse cortes principalmente en las extremidades superiores e inferiores, reportándose la ausencia de dolor físico durante y después de infligirse heridas. Los episodios de autolesión suelen ser precedidos por un estado emocional disfórico, y sucedidos por una sensación inmensa de alivio y calma. La mayoría de los autolesionadores mantienen y realizan esta conducta en privado, y sólo una minoría se autolesiona de manera crónica, escenario caracterizado por necesidades frecuentes de herirse, y un aumento progresivo en la cantidad y extensión de las heridas infligidas con el fin de aliviar la tensión emocional, motivo por el que se atribuyen cualidades adictivas a la autolesión.

Como se ha discutido, la prevalencia de la autolesión en el mundo continúa siendo un dato impreciso (Nixon et al., 2008), aunque se estima que un 4% de los adultos de la población estadounidense refieren una historia de autolesión. En años recientes se ha observado una alta incidencia en adolescentes y adultos jóvenes de la población general, con tasas de hasta 65%, lo que resalta la proclividad de estos grupos de edad a la autolesión. No es de sorprender que en poblaciones psiquiátricas de adultos y adolescentes se detecten tasas de incidencia más elevadas, a saber, entre 44% y 80%, respectivamente.

Es importante considerar que las características epidemiológicas expuestas en el presente trabajo provienen de países como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, naciones donde la autolesión constituye un relevante problema de salud que ha sido respaldado por considerable investigación empírica. La realidad de las naciones latinoamericanas es que la investigación formal es abrumadoramente limitada, por ello, la realización de estudios epidemiológicos dentro de la población mexicana es apremiante, dado que esto facilitará el conocimiento de las dimensiones que esta problemática tiene en el país, y por ende, la detección de necesidades de los mexicanos a nivel preventivo y de tratamiento.

Otro aspecto abordado en el primer capítulo se refiere a la distinción entre conducta suicida y autolesión, cuestión que se ha planteado desde el título mismo de este trabajo de investigación (Walsh, 2006). La comprensión de las diferencias entre estas conductas es fundamental por dos razones, porque de ello depende la elección del tratamiento adecuado para cada caso, y por el reconocimiento de que la autolesión constituye una entidad clínica independiente, y no un continuo de la conducta suicida, debate que surge desde el inicio de la investigación sobre la autolesión, y que en la actualidad no ha logrado resolverse del todo. Por ello, es crucial apearse a los datos empíricos, mismos que señalan que ambas conductas poseen distinta fenomenología, características e intención. De manera concreta, el suicida persigue la muerte como única opción para la supresión total de una consciencia que se reconoce colmada de dolor, mientras que el

autolesionador se inflige heridas superficiales para afrontar su dolor emocional y continuar viviendo, una manifestación contundente del deseo de conservar la consciencia y preservar su vida en el aquí y el ahora.

En el segundo capítulo se profundizó tanto en la etiología (Fliege et al., 2009) como en las funciones específicas que la autolesión cubre en quienes las presentan (Klonsky, 2009). La etiología de la autolesión es una línea de investigación naciente, misma que ha reconocido la influencia de factores ambientales como la vivencia de experiencias traumáticas infantiles, particularmente abuso sexual, abuso emocional, aislamiento (punto que se retomará en las próximas líneas) así como la crianza en *ambientes invalidantes*, es decir, entornos familiares donde las experiencias emocionales del niño son ignoradas, ridiculizadas o sancionadas. Por otra parte, se han detectado factores biológicos como la desregulación emocional, niveles de serotonina significativamente inferiores, y decremento de la activación fisiológica tras el acto autolesivo.

Considerando que la experiencia temprana de eventos traumáticos constituye un factor distal en el surgimiento de la autolesión, resulta evidente que la perspectiva psicoanalítica enriquece la comprensión de la etiología de este trastorno. En este sentido, la vivencia de algún trauma en el contexto de un apego inadecuado entre infante y cuidador puede derivar en afectividad negativa (ansiedad), dificultades en el manejo de las emociones, ira autodirigida, así como el pobre desarrollo de habilidades adaptativas, características psicológicas de gran parte de los autolesionadores. En consecuencia, la sensibilidad extrema a señales referentes al trauma original, pueden llevar al individuo a infligirse daño como un mecanismo defensivo para controlar la ansiedad, o bien, a la representación somática de la experiencia dolorosa a través de las heridas (Yates, 2004).

Resulta conveniente acotar que el aislamiento es una cuestión recurrente en diversas investigaciones teóricas y empíricas. El aislamiento se ha considerado un factor distal de la autolesión, puesto que es una conducta observada en primates no humanos criados en esta condición. Sin embargo, la alta incidencia de autolesión en instituciones penitenciarias, remite a la idea de que el aislamiento también puede considerarse un factor proximal de esta conducta. Si bien no existe evidencia empírica que sustente esta hipótesis, podría pensarse que el autolesionador común vive con la sensación incesante de encontrarse aislado de su entorno (en ocasiones de sí mismo), misma que obedece a una exclusión real, o a una percepción alterada de su realidad cuyo origen puede radicar en el desarrollo de un apego inadecuado con los primeros objetos de amor. En este sentido, resulta fácil comprender por qué en la recuperación del autolesionador es crucial contar con una red de apoyo sólida.

Ahora bien, la función que la autolesión cubre en el individuo ha sido, por fortuna, el objeto de estudio de gran parte de la investigación realizada en los últimos años (Klonsky, 2007). La regulación emocional, es decir, la búsqueda del afrontamiento y alivio de emociones cuya experiencia resulta abrumadora, ha sido reconocida como la principal función de la autolesión. Especial consideración merece la función de antidisociación, donde la persona busca escapar de estados disociativos o de despersonalización, en tanto que las heridas y el avistamiento de la sangre restauran el sentido del self. Aunque en proporción considerablemente menor, la función ambiental obedece al deseo de influir en la conducta de otros para obtener o evitar alguna consecuencia. De particular utilidad ha resultado el modelo de las cuatro funciones propuesto por Nock y Prinstein (2004), puesto que tiene la capacidad de explicar la cualidad reforzante de la conducta autolesiva considerando la diversidad de funciones atribuidas a ésta.

En general, si bien la autolesión puede tener distintas funciones para un mismo individuo, puede observarse que la diversidad de motivaciones confluye en una dirección, la necesidad de reestablecer un estado de equilibrio y de retomar el

control ante un estado emocional displacentero. Por ello, identificar las funciones de la autolesión en un paciente es un factor decisivo en el planteamiento de objetivos de tratamiento adecuados para cada caso.

El capítulo tercero se concentró en la comorbilidad de la autolesión en diversos diagnósticos psiquiátricos, y a su vez, se planteó la necesidad de reconocer a la autolesión sin intencionalidad suicida como una entidad clínica independiente. De manera general, se ha observado comorbilidad considerable con trastornos de ansiedad (particularmente el trastorno por estrés postraumático), trastornos de la conducta alimentaria (particularmente bulimia), y de manera sobresaliente, con el trastorno límite de la personalidad, diagnóstico que en la práctica clínica se brinda indiscriminadamente a los autolesionadores (Claes et al., 2007).

En el caso del trastorno límite de personalidad, la asociación que tiene con la autolesión es previsible considerando que a ambos trastornos les subyace la desregulación emocional y la afectividad negativa. En torno a los trastornos de ansiedad, se ha descubierto que la ansiedad se relaciona en un grado significativamente mayor con la autolesión, que la depresión; puede pensarse que la ansiedad se encuentra más próxima a la activación emocional que detona los episodios autolesivos. En cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria, conductas como los atracones y las purgas pueden ser incentivadas por las emociones negativas que tienden a disparar la autolesión, y a nivel de consecuencia, brindan a quien las ejecuta una sensación de alivio y purificación similar.

Ahora bien, la idea de que la autolesión debe ser considerada un síndrome, y no sólo un síntoma presente en algunas patologías (Muehlenkamp, 2005), es un objetivo que se ha perseguido formalmente desde la década de 1980, y que parece ser, está próxima a concretarse en la Quinta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V; Alderman, 2009). El

por qué debe darse este paso se justifica fundamentalmente porque a pesar de la comorbilidad detectada por la investigación empírica, no puede evadirse el hecho de que no todos los autolesionadores cubren los criterios de un trastorno mental. Si la autolesión sin intencionalidad suicida es reconocida como un trastorno autónomo, se obtendrán beneficios como el incremento en la investigación formal en torno al fenómeno a nivel mundial, el esclarecimiento de lo que la autolesión es y no es, así como cursos de acción definidos y adecuados para el tratamiento de esta problemática.

El capítulo cuatro se centra en directrices para la evaluación de la autolesión, así como en las alternativas de tratamiento disponibles en la actualidad. De manera general, los autolesionadores suelen mantener la conducta en secreto por mucho tiempo, y buscan ayuda profesional cuando el problema ha cobrado dimensiones intolerables, o bien, cuando alguna persona cercana a ellos se percata de que esto está sucediendo. Sin embargo, se sabe que desafortunadamente existe una actitud negativa generalizada hacia la autolesión en el personal médico y de la salud mental (Friedman, 2006), además de que la gran mayoría de los especialistas tiene conocimientos pobres sobre esta patología, y no cuenta con lineamientos específicos en torno a la intervención adecuada para estos casos.

Es importante recordar que este escenario corresponde a países que cuentan con otros recursos y políticas, por lo que considerar la situación de México remite a un panorama incluso más desolador, un panorama donde el desconocimiento del trastorno mismo por los profesionales de la salud, lleva al autolesionador a recibir tratamiento inadecuado, si es que lo recibe, minando su capacidad de recuperación. Independientemente de que el profesional de la salud sepa cómo debe tratarse a un paciente autolesionador, es fundamental que el primer contacto que la persona establezca con el médico, psiquiatra o psicólogo, se de en el contexto de una relación neutral de respeto y escucha activa, y no de

sanción o desprecio pues, esto sólo provocaría el repliegue del autolesionador en sí mismo, y la renuencia a buscar ayuda para combatir su trastorno.

Si bien se han desarrollado instrumentos formales para evaluar la autolesión (Walsh, 2007), estos han sido diseñados específicamente para proyectos de investigación, por lo que es necesario que se desarrollen instrumentos cuyo objetivo sea la población general. De modo global, el profesional encargado de evaluar inicialmente al autolesionador debe contemplar siempre el abordaje profundo del historial de la conducta autolesiva, como un rubro más de la historia clínica. De particular importancia es el esclarecimiento de la o las funciones que la autolesión ocupa en la vida del paciente, el inquietante por qué y para qué, puesto que de ello depende la elección del tratamiento adecuado para cada caso.

En la esfera del tratamiento (Muehlenkamp, 2007), el paciente autolesionador suele ser hospitalizado y medicado, muchas veces por la confusión entre esta conducta y un intento fallido de suicidio. Fármacos como la naltrexona han demostrado su efectividad en la reducción de esta conducta, aunque no debe perderse de vista el hecho de que los eventos del entorno inmediato que desencadenan un episodio, no pueden ser combatidos por los fármacos. En este sentido, la psicoterapia es una herramienta necesaria en todos los casos de autolesión; las heridas autoinfligidas son la manifestación concreta de conflictos subyacentes, por lo que el decremento de la conducta es tan sólo el inicio de la experiencia psicoterapéutica.

A diferencia de otros trastornos, el tratamiento psicoterapéutico de la autolesión implica una participación más activa del terapeuta, dado que es prioritario que esta conducta sea enfrentada desde el primer momento. A grandes rasgos, la terapia dialéctico conductual y la terapia de solución de problemas (enfoques cognitivo conductuales), la terapia grupal de regulación emocional basada en la aceptación, la terapia basada en las fortalezas, así como la

psicoterapia focalizada en la transferencia, han demostrado empíricamente su eficacia en el manejo de este trastorno.

La terapia dialéctico conductual presenta ventajas importantes en el tratamiento de la autolesión, entre éstas, que esta modalidad se enfoca en la principal función atribuida a la autolesión, que es la regulación emocional, también a que en primera instancia, la autolesión es reconocida como un mecanismo de afrontamiento del dolor emocional que eventualmente se encaminará a estrategias más adaptativas. El encuadre terapéutico de este enfoque es muy completo, puesto que incluye sesiones de terapia individual, de terapia grupal, coaching las 24 horas del día, así como sesiones de supervisión para los terapeutas que participan en el programa. Sin embargo, este enfoque no está exento de dificultades, como la demanda todo un equipo de psicoterapeutas, que implicaría un alto costo para el sistema de salud, o bien, para aquellas familias que pudieran interesarse en este tratamiento.

La terapia grupal de regulación emocional basada en la aceptación se asemeja a la dialéctico conductual por su abordaje profundo de la esfera emocional. Sus ventajas son el tiempo en que puede impartirse (14 semanas), el trabajo en módulos específicos, y principalmente, la disposición a experimentar emociones negativas, punto clave en la remisión de la conducta autolesiva. No obstante, también se sabe que la terapia grupal entraña un peligro en la autolesión, esto es, el reforzamiento que los miembros del grupo pueden dar a la conducta. Por su parte, la terapia basada en las fortalezas tiene ventajas como la posibilidad de ser implementada por personas que no tienen formación clínica (maestros, enfermeras), que involucra a la familia del autolesionador en el proceso, y que actuando como un primer enlace positivo favorece en el autolesionador la búsqueda de un tratamiento más específico.

Conviene acotar que los enfoques psicoterapéuticos mencionados no fueron desarrollados de manera específica para el manejo de la autolesión, de

hecho, muchos de ellos se enfocan al tratamiento del trastorno límite de la personalidad, donde esta conducta es reconocida como criterio diagnóstico. Si bien la efectividad de los enfoques revisados en esta investigación sigue ganando apoyo empírico, todavía no se ha definido qué aspectos específicos de cada enfoque contribuyen al tratamiento exitoso de la autolesión. La recomendación en este sentido es que el gremio clínico desarrolle estrategias novedosas de intervención a nivel secundario y terciario cuyo objetivo directo sea la autolesión.

En el capítulo cinco se abordó la presencia de la autolesión en la sociedad contemporánea, así como el papel que la Internet ha desempeñado en torno a este fenómeno creciente. Cabe destacar que la investigación empírica de estas cuestiones es extremadamente limitada, por lo que gran parte de esta información proviene de estudios de tipo cualitativo que, no obstante, permiten una primera aproximación a esta realidad.

Indudablemente, los medios de comunicación han contribuido a la aparición de la autolesión en el radar de la opinión pública. No obstante, la información difundida a través de este medio no siempre es acertada, ejemplo de ello es la afirmación de los medios nacionales de que la autolesión es exclusiva del fenómeno *Emo*. La conducta autolesiva presente en los miembros de esta tribu urbana, constituye un requisito para ser aceptado por el grupo. Si se remite a la definición formal de autolesión sin intencionalidad suicida, se recordará que los actos autolesivos aceptados y alentados por el grupo social al que se pertenece, quedan fuera de esta definición.

Se ha señalado que el autolesionador tiende a mantener su conducta en secreto, sin embargo, la difusión mediática ha despertado la sensibilidad de diversos sectores de la sociedad ante la existencia de la autolesión como realidad exponencial. En este sentido, las instituciones educativas, los hospitales y los mismos hogares se han convertido en el escenario en el que autolesionador y sociedad se encuentran cara a cara (Walsh, 2006). Por encima de todo, el

autolesionador quiere ser escuchado y respetado, no silenciado, juzgado o sancionado. La realidad es desoladora, en todos los sectores de la sociedad se detecta un profundo desconocimiento en torno a la autolesión, así como actitudes negativas caracterizadas por la creencia de que la autolesión es una simple búsqueda de atención.

En el sector hospitalario y escolar, la capacitación del personal respecto a la autolesión como trastorno, así como el establecimiento de un protocolo qué seguir cuando se detecta un caso, es urgente. Las enfermeras, médicos, y el personal docente de las instituciones educativas suelen ser el primer enlace con el autolesionador, por lo que es fundamental que estos profesionales estén preparados para actuar oportuna y adecuadamente.

Las instituciones educativas son el sector idóneo para iniciar la atención primaria y secundaria, en primer lugar porque los adolescentes y adultos jóvenes son grupos de riesgo, y porque es en ese contexto donde pueden detectarse nuevos casos. El papel del orientador o el consejero escolar, es la detección y la canalización del alumno hacia una intervención terapéutica más especializada.

Por otra parte, la difusión mediática también se ha dado a través del Internet (Whitlock et al., 2007), aunque su participación ha generado polémica. Uno de los aspectos positivos del Internet se encuentra el anonimato, mismo que permite al autolesionador salir de las sombras para compartir sus experiencias, para buscar apoyo o para abrirse camino hacia la ayuda profesional. Otro, que es un escenario donde se puede difundir y encontrar conocimiento, que puede constituir una red de apoyo provisional, y que funge como un espacio catártico.

Un punto muy importante es que el Internet es la sede de organizaciones y movimientos en la lucha contra la autolesión, teniendo a su favor la relativamente fácil accesibilidad y los alcances hacia una gran audiencia, y en manos expertas, también constituyen un excelente primer contacto. Por otra parte, el Internet

también entraña ciertos peligros, como el reforzamiento de la conducta, la exposición indiscriminada de la autolesión como una conducta polémica e interesante, lo que podría influir en la conducta de individuos proclives a este trastorno. Finalmente, por más útil que este recurso sea para algunas personas, difícilmente podría suplir a una experiencia psicoterapéutica formal.

Es de vital importancia considerar que México cuenta con una organización civil dedicada a la orientación de diversos profesionales educativos y de la salud, así como a la información y al acompañamiento psicológico vía online a autolesionadores de habla hispana y sus respectivas familias. Probablemente una de las desventajas de esta organización es que el proceso de canalización no es muy claro. Sin embargo, esta organización ha hecho aportaciones importantes como el desarrollo de material didáctico, la impartición de talleres, así como investigaciones informales sobre la prevalencia de la autolesión en el país.

El incremento en la prevalencia de la autolesión a nivel mundial, la intensa actividad online realizada por autolesionadores hispanohablantes, así como la existencia de una organización civil mexicana dedicada a la lucha contra la autolesión, son algunas de las razones que justifican la obligación de la comunidad científica mexicana de despertar su conciencia a esta realidad emergente, de abrir esta línea de investigación, y de desarrollar estrategias de intervención adecuadas a las demandas de nuestra población.

El desconocimiento generalizado de la sociedad frente a esta problemática aprisiona al autolesionador en un círculo vicioso de aislamiento, donde los intentos infructuosos de encontrar ayuda le conducen a la desesperanza y a la creencia de que no existe otra alternativa que continuar haciéndose daño. El surgimiento de un perfil distinto de autolesionador, aquel que puede ser considerado un modelo de éxito personal y académico, exige a los profesionales de la salud mental el abandono de la antigua creencia de que la autolesión implica forzosamente perturbaciones psiquiátricas extremas.

Uno de los aspectos más alentadores del estudio y tratamiento de la autolesión, es que se trata de una problemática que puede ser abordada por casi todas las áreas de la psicología. De este modo, el área clínica puede hacer grandes aportaciones en el terreno de la evaluación y el tratamiento psicoterapéutico; en el área educativa pueden desarrollarse protocolos específicos para la atención de casos en el ámbito escolar, programas preventivos, así como estrategias de intervención a nivel de consejería; el área social puede profundizar en aspectos como la representación social de la conducta autolesiva, así como esclarecer el impacto mediático en esta conducta; el área experimental puede ofrecer perspectivas en el manejo y tratamiento de la autolesión; el área de psicofisiología puede generar avances en la comprensión de la etiología y el mantenimiento de esta conducta a través del tiempo. Independientemente del área en la que el psicólogo se haya formado, es crucial atender la recomendación de O'Hanlon (en Selekman, 2006):

*“Para trabajar de manera efectiva con este severo problema, tienes que creer que, en efecto, existe una joya debajo de la basura. Que bajo esta perturbadora conducta y los sentimientos que la acompañan, yace un ser humano saludable, que vive y respira”*

De intento débil de suicidio a extraño mecanismo de afrontamiento, de pacientes con profunda perturbación psiquiátrica a seres humanos altamente funcionales, pese a que la autolesión es una realidad que miles de personas continúan manteniendo en secreto, es innegable que la concepción que la ciencia y la sociedad han desarrollado en torno a ésta, se ha transformado con cada intento por descifrarla. Suele considerarse que la investigación cuantitativa tiene la última palabra, no obstante, los estudios cualitativos han sido de particular ayuda en la comprensión de este fenómeno, en tanto que posibilitan una segunda mirada a lo que se creía incomprensible.

El estudio de la autolesión es un campo difícil por la naturaleza misma del problema. Se trata de una conducta altamente estigmatizada que conduce a la prisión del silencio, una suerte de fracaso personal que el individuo guardará para sí hasta que el tiempo alivie, o las cosas trasciendan a un punto irreversible. Quizá el reto más grande del psicólogo radica en la pericia del mismo para detectar señales de alerta, y en el contexto específico de la evaluación y el tratamiento, evitar que las reacciones emocionales frente esta conducta, limiten la objetividad de las observaciones, o bien, de la atención que se le brinda a un paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akyuz, G., Sar, V., Kugu, N. y Dogan, O. (2005). Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population. *European Psychiatry*, 20, 268–273.

Andover, M., Pepper, C., Ryabchenko, K., Orrico, E. y Gibb, B. (2005). Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35 (5), 581-591.

Bateman, A. W. y Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.

Best, R. (2005). An educational response to deliberate self-harm: training, support and school-agency links. *Journal of Social Work Practice*, 19 (3), 275-287.

Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Phol, U., Boehme, R. y Linehan, M. (2000a). Evaluation of inpatient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 878-887.

Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., Glocker, F., Schwarz, B., Wernz, M. y Lieb, K. (2000b). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Research*, 95, 251-260.

Bosman, M. y van Meijel, B. (2008). Perspectives of mental health professionals and patients on self-injury in psychiatry: a literature review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22 (4), 180-189.

Briere, J. y Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.

Brodsky, B., Cloitre, M. y Dulit, R. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152 (12), 1788-1792.

Brodsky, B. y Stanley, B. (2002). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 32 (6), 347-356.

Brown, M., Comtois, K.A. y Linehan, M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 11 (1), 198-202.

Brown, S., Collins, A. y Williams, K. (2007). Past and recent deliberate self-harm: emotion and coping strategy differences. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 791-803.

Brown, S. (2009). Personality and non-suicidal deliberate self-harm: trait differences among a non-clinical population. *Psychiatry Research*, 169, 28-32.

Castille, K., Prout, M., Marczyk, G., Shmidheiser, M., Yoder, S. y Howlett, B. (2007). The early maladaptive schemas of self-mutilators: implications for therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21 (1), 58-71.

Chapman, A., Gratz, K. y Brown, M. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394.

Chen, E., Matthews, L., Allen, C., Kuo, J. y Linehan, M. (2008). Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41(6), 505-512.

Claes, L., Vandereycken, W. y Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: a comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42, 611-621.

Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. y Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley.

Clarkin, J.F., Foelsch, P., Levy, K. N., Hull, J., Delaney, J. C. y Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorders: a preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15, 487-495.

Clarkin, J.F., Levy, K. N., Lenzenweger, M.F. y Kernberg, O. F. (2007). A multiwave RCT evaluating three treatments for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1-8.

Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K. y Appleby, L. (2005). Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 297-303.

Crawford, T., Geraghty, S., Street, K. y Simonoff, E. (2003). Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents. *Journal of Adolescence*, 26, 619-629.

Cross, L. (1993). Body and self in feminine development: implications for eating disorders and delicate self-mutilation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57 (1), 41-68.

Cross, T. (2007). Self-mutilation and gifted children. *Gifted Child Today*, 30 (3), 49-50, 65.

Crowe, M. y Bunclark, J. (2000). Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry*, 12, 48-54.

Crowell, S., Beauchaine, T., McCauley, E., Smith, C., Vasilev, C. y Stevens, A. (2008). Parent-child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (1), 15-21.

Croyle, K. y Waltz, J. (2007). Subclinical self-harm: range of behaviors, extent, and associated characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (2), 332-342.

Cuellar, J. y Curry, T. (2007). The prevalence and comorbidity between delinquency, drug abuse, suicide attempts, physical and sexual abuse, and self-mutilation among delinquent hispanic females. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 29 (1), 68-82.

Cyr, M., McDuff, P., Wright, J., Thériault, C. y Cinq-Mars, C. (2005). Clinical correlates and repetition of self-harming behaviors among female adolescent victims of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14 (2), 49-68.

D'Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (2001). Problem solving therapies. En K. Dobson (Ed.) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies (2a Edición)* (pp 211-245). New York: Guilford Press.

Dellinger-Ness, L. y Handler, L. (2006). Self-injurious behavior in human and non-human primates. *Clinical Psychology Review, 26*, 503–514.

Dimeff, L. A. y Koerner, K. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: applications across disorders and settings*. New York: Guilford.

Dulit, R., Fyer, M., Leon, A., Brodsky, B. y Frances, A. (1994). Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 151* (9), 1305-1311.

Dougherty, D., Mathias, C., Marsh-Richard, D., Prevet, K., Dawes, M., Hatzis, E., Palmes, G. y Nouvion, S. (2009). Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Research, 169*, 22-27.

Ebrinc, S., Semiz, U., Basoglu, C., Cetin, M., Agargun, M. Algul, A. y Ates, A. (2008). Self-mutilating behavior in patients with dissociative disorders : the role of innate hypnotic capacity. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 45* (1), 39-48.

Evren, C. y Evren, B. (2005). Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament, and character dimensions of personality. *Drug and Alcohol Dependence, 80*, 15–22.

Evren, C., Kural, S. y Cakmak, D. (2006). Clinical correlates of self-mutilation in turkish male substance-dependent inpatients. *Psychopathology, 39*, 248-254.

Evren, C., Sar, V. y Dalbudak, E. (2008). Self-mutilation among male patients with alcohol dependency: the role of dissociation. *Comprehensive Psychiatry, 49*, 489-495.

Favaro, A., Santonastaso, P., Monteleone, P., Bellodi, L., Mauri, M., Rotondo, A., Erzegovesi, S. y Maj, M. (2008). Self-injurious behavior and attempted suicide in purging bulimia nervosa: associations with psychiatric comorbidity. *Journal of Affective Disorders, 105*, 285-289.

Favazza, A. R. (1996). *Bodies Under Siege: Self-Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. 2da Edición. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Favazza, A. R., DeRosear, L. y Conterio, K. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life Threatening Behavior, 19* (4), 352-362.

Favazza, A. R. y Rosenthal, R. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry, 44*, 134-140.

Fish, R. y Duperouzel, H. (2008). 'Just another day dealing with wounds': self-injury and staff-client relationships. *Learning disability practice, 11* (4), 12-15.

Fliege, H., Lee, J., Grimm, A. y Klapp, B. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 66*, 477–493.

Freud, S. (1970). *Inhibición, síntoma y angustia*. México: Grijalbo.

Friedman, T., Newton, C., Coggan, C., Hooley, S., Patel, R., Pickard, M. y Mitchell, A. (2006). Predictors of A & E staff attitudes to self-harm patients who use

self-laceration: influence of previous training and experience. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 273-277.

Garrison, C., Addy, C., McKeown, R., Cuffe, S., Jackson, K. y Waller, J. (1993). Nonsuicidal physically self-damaging acts in adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 2, 339-352.

Glassman, L., Weierich, M., Hooley, J., Deliberto, T. y Nock, M. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2483-2490.

Glenn, C. y Klonsky, D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*, 46, 25-29.

González, R. (2008). Descripción y evaluación de las conductas autolesivas en relación a actitudes compulsivas e impulsivas en adolescentes hospitalizados. Tesis de especialidad. Facultad de Medicina UNAM.

Graff, H. y Malin, R. (1967). The syndrome of the wrist cutter. *American Journal of Psychiatry* 124 (1), 36-42.

Gratz, K. (2001). Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253-263.

Gratz, K. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (2), 238-250.

Gratz, K. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of clinical psychology: In Session*, 63 (11), 1091-1103.

Gratz, K y Gunderson, J. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy* 37, 25-35.

Green, C., Knysz, W. y Tsuang, M. (2000). A homeless person with bipolar disorder and a history of serious self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 157 (9), 1392-1397.

Griesbach, D. (2008). Links between self-harm and attempted suicide in young people. *Mental Health Today, July/August issue*, 23-25.

Hawton, K., Zahl, D. y Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182, 537-542.

Heilbron, N. y Prinstein, M. (2008). Peer influence and adolescent nonsuicidal self-injury: A theoretical review of mechanisms and moderators. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 169-177.

Henestrosa, K. (2006). *El alivio del dolor emocional a través de las conducta autolesivas*. Tesis de especialidad. Facultad de Medicina UNAM.

Herpertz,

Hilt, L., Cha, C. y Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (1), 63-71.

Huband, N. y Tantam, D. (2000). Attitudes to self-injury within a group of mental health staff. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 495-504.

Jacobson, C., Muehlenkamp, J., Miller, A. y Turner, J.B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (2), 363-375.

Jones, I.H. y Daniels, B.A. (1996). An ethological approach to self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 169 (3), 263-267.

Kandel, D. (1978). Homophily, selection, and socialization in adolescent friendships. *American Journal of Sociology*, 84, 427-436.

Kemperman, I., Russ, M., Clark, W., Kakuma, T., Zanine, E. y Harrison, K. (1997). Pain assessment in self-injurious patients with borderline personality disorder using signal detection theory. *Psychiatry Research*, 70, 175-183.

Kirchner, T. y S. Mohino. (2003). Estrategias de coping y conductas autolesivas en jóvenes reclusos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30(2), 77-85.

Klein, G. S. (1976). *Psychoanalytic theory: An exploration of essentials*. New York: International Universities Press.

Klonsky, D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239.

Klonsky, D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166, 260–268.

Klonsky, D. y Muehlenkamp, J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology: In Session*, 63 (11), 1045-1056.

Klonsky, D. y Olino, T. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (1), 22-27.

Klonsky, D., Oltmanns, T. y Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160 (8), 1501-1508.

Lambert, A. y de Man, A. (2007). Alexithymia, depression, and self-mutilation in Adolescent Girls. *North American Journal of Psychology*, 9 (3), 555-566.

Levenkron, S. (1998). *Cutting: understanding and overcoming self-mutilation*. New York, United States: Norton.

Levy, K., Yeomans, F. y Diamond, D. (2007). Psychodynamic treatments of self-injury. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63 (11), 1105-1120.

Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.

Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

Linehan, M., Comtois, A., Brown, M. Z., Heard, H. y Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 18 (3), 303-312.

Lloyd-Richardson, E., Perrine, N., Dierker, L. y Kelley, M. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37, 1183-1192.

- López Garza, D. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes. México: Editores de Textos Mexicanos.
- López-Ibor, J. y Valdés, M. (2002). DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Mangnall, J. y Yurkovich, E. (2008). A literature review of deliberate self-harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44, (3). 175-184.
- Martin, G. y Pear, J. (1999). Modificación de conducta: Qué es y cómo aplicarla. Madrid: Prentice Hall.
- Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Chiba, Y., Asami, T., Iseki, E. y Hirayashu, Y. (2004). Patterns of self-cutting: A preliminary study on differences in clinical implications between wrist- and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 377–382.
- Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Asami, T., Okada, T., Yoshikawa, K. y Hirayasu, Y. (2005). Characteristics of self-cutters among male inmates: association with bulimia and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 319–326.
- McAllister, M., Zimmer-Gembeck, M., Moyle, W. y Billett, S. (2008). Working effectively with clients who self-injure using a solution focused approach. *International Emergency Nursing*, 16 (4), 272-279.
- McKay, D., Kulchysky, S. y Danyko, S. (2000). Borderline personality and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 14 (1), 57-63.
- Messer, J. y Fremouw, W. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 162-178.
- Miller, A. y Smith, H. (2008). Adolescent non-suicidal self-injurious behavior: The latest epidemic to assess and treat. *Applied and Preventive Psychology* 12, 178–188.
- Muehlenkamp, J. (2005). Self-injurious behaviour as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (2), 324-333.
- Muehlenkamp, J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28 (2), 166-185.
- Muehlenkamp, J., Engel, S., Wadeson, A., Crosby, R., Wonderlich, S., Simonich, H. y Mitchell, J. (2009). Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 83-87.
- Murray, C., Warm, A. y Fox, J. (2005). Encuesta por Internet de adolescentes que se autolesionan. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4 (1).
- Nafisi, N. y Stanley, B. (2007). Developing and maintaining the therapeutic Alliance with self-injuring patients. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63 (11), 1105-1120.
- Najmi, S., Wegner, D. y Nock, M. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1957–1965.
- Nijman, H., Dautzenberg, M., Merckelbach, H., Jung, P., Wessel, I. y Campo, J. (1999). Self-mutilating behaviour of psychiatric inpatients. *European Psychiatry*, 17, 1–7.

Nixon, M., Cloutier, P. y Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (11), 1333-1341.

Nixon, M., Cloutier, P. y Jansson, M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178 (3), 306-312.

Nock, M. (2008). Actions speak louder than words: an elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 159-168.

Nock, M., Holmberg, E., Photos, V. y Michel, B. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19 (3), 309-317.

Nock, M., Joiner, T., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E. y Prinstein, M. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.

Nock, M. y Mendes, W. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (1), 28-38.

Nock, M. y Prinstein, M. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (5), 885-890.

Nock, M., Teper, R. y Hollander, M. (2007). Psychological treatment of self-injury among adolescents. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63 (11), 1081-1089.

Nock, M., Wedig, M., Holmberg, E. y Hooley, J. (2008). The Emotion Reactivity Scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior Therapy*, 39, 107-116.

Novak, M.A. (2003). Self injurious behavior in rhesus monkeys: new insights into its etiology, physiology and treatment. *American Journal of Primatology*, 59, 3-19.

Oyefeso, A., Brown, S., Chiang Y. y Clancy, C. (2008). Self-injurious behaviour, traumatic life events and alexithymia among treatment-seeking opiate addicts: prevalence, pattern and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*, 98 (3), 227-234.

Paivio, S. y McCulloch, C. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse and Neglect*, 28, 339-354.

Pao, P. (1969). The syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 195-206.

Pattison, E. M. y Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140 (7), 867-872.

Perseus, K., Kaver, A., Ekdahl, S., Asberg, M. y Samuelsson, M. (2007). Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use dialectical behavioural therapy in the work with young self-harming women showing borderline personality symptoms. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 635-643.

Pitman, R. (1990). Self-mutilation in combat-related PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 147 (1), 123-124.

Polk, E. y Liss, M. (2007). Psychological characteristics of self-injurious behavior. *Personality and Individual Differences* 43, 567-577.

Rao, R. (2006). Wounding to heal: the role of the body in self-cutting. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 45-58.

Rayner, G., Allen, S. y Johnson, M. (2005). Countertransference and self-injury: a cognitive behavioural cycle. *Journal of Advanced Nursing* 50 (1), 12-19.

Reece, J. (2005). The language of cutting: initial reflections on a study of the experiences of self-injury in a group of women and nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 561-574.

Rissanen, M., Kylma, J. y Laukkanen, E. (2008). Parental conceptions of self-mutilation among finnish adolescents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 212-218.

Rodham, K., Hawton, K., y Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (1), 80-87.

Rodríguez, M. y Guerrero, S. (2005). Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (3), 343-354.

Rodríguez, M., Gempeler, J., Pérez, V., Solano, A., Meluk, A., Guerrero, E. y Liemann, E. (2007). Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (2), 237-254.

Rosenthal, R., Rinzler, C., Wallsh, R. y Klausner, E. (1972). Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1363-1368.

Ross, S., Heath, N. y Toste, J. (2009). Non-suicidal self-injury and eating pathology in High School students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79 (1), 83-92.

Russ, M., Clark, C., Cross, L., Kemperman, I., Kakuma, T. y Harrison, K. (1996). Pain and self-injury in borderline patients: sensory decision theory, coping strategies, and locus of control. *Psychiatry Research*, 63, 57-65.

Russ, M., Roth, S., Lerman, A., Kakuma, T., Harrison, K., Shindledecker, R., Hull, J. y Mattis, S. (1992). Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 32 (6), 501-511.

Roth, A., Ostroff, R. y Hoffman, R. (1996). Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behavior: an open-label trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 233-237.

Sachsse, U., von der Heyde, S. y Huether, G. (2002). Stress regulation and self-mutilation. *Letter to the editor of the American Journal of Psychiatry*, 159, (4), 672.

Sacks, M., Flood, A., Dennis, M., Hertzberg, M. y Beckham, J. (2008). Self-mutilative behaviors in male veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 487-494.

Saleebey, D. (1997). *The strengths perspective in social social work practice*. 2da Edición. New York: Longman.

Sánchez, M. (2008). *Propuesta de campaña de publicidad social sobre el síndrome de automutilación: "Sentir sin herir"*. Tesis de licenciatura. Facultad de Ciencias Políticas y sociales UNAM.

Santos, D. (2007). Características de gente que se autolesiona. *VIII Congreso Internacional de Trauma Psíquico y Estrés Traumático, Sociedad Argentina de Psicotrauma*, Guerrero, México.

Santos, D. (2007). La autolesión como reconstrucción del trauma. *VIII Congreso Internacional de Trauma Psíquico y Estrés Traumático, Sociedad Argentina de Psicotrauma*, Guerrero, México.

Saxe, G., Neharika, C. y van der Kolk, B. (2002). Self-destructive behavior in patients with dissociative disorders. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 32 (3), 313-320.

Selekman, M. (2006). *Working with self-harming adolescents*. New York, United States: Norton.

Seligman, M. E. (1981). *Indefensión en la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid: Debate. Puedo cambiarlo por Shneidman o Leenaars.

Shapiro, S. (2008). Addressing self-injury in the school setting. *The Journal of School Nursing*, 24 (3), 124-130.

Smith, S. E. (2002). Perceptions of service provision for clients who self-injure in the absence of suicidal intent. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 595-601.

Solano, R., Fernández-Aranda, F., Aitken, A., López, C. y Vallejo, J. (2005). Self-injurious behaviour in people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 3-10.

Sourander, A., Aromaa, M., Pihlakoski, L., Haavisto, A., Rautava, P., Helenius, H. y Sillanpää, M. (2006). Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *Journal of Affective Disorders*, 93, 87-96.

Sroufe, A. (2000). *Desarrollo emocional: la organización de la vida emocional en los primeros años*. México: Oxford University.

Stanley, B., Brodsky, B., Nelson, J. y Dulit, R. (2007). Brief dialectical behavior therapy (DBT-B) for suicidal and non-suicidal self injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 337-341.

Stanley, B., Gameroff, M., Michalsen, V. y Mann J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?. *American Journal of Psychiatry*, 158, 427-432.

Stein, D, Lilienfeld, L., Wildman, P. y Marcus, M. (2004). Attempted suicide and self-injury un patients diagnosed with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45 (6), 447-451.

Stevenson, J. y Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149 (3), 358-362.

Suyemoto, K. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18 (5), 531-554.

Svirko, E. y Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 37 (4), 409-421.

Taiminen, T., Kallio-Soukanien, K., Nokso-Kovisto, H., Kaljonen, A. y Kelenius, H. (1998). Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 37, 211-217.

Thomas, P., Schroeter, K., Dahme, B. y Nutzinger, D. (2002). Self-injurious behavior in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159 (3), 408-411.

Tulloch, A., Blizzard, L. y Pinkus, Z. (1997). Adolescent-parent communication in self-harm. *Journal of Adolescent Health*, 21(4), 267-275.

Tyrer, P. et al. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychological Medicine*, 33, 969-976.

Verheul, R., van den Bosch, L., Koeter, M., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T. y van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.

Walsh, B. (2006). *Treating self-injury: a practical guide*. New York, United States: Guilford Press.

Walsh, B. (2007). Clinical assessment of self-injury: a practical guide. *Journal of clinical psychology: In Session*, 63 (11), 1057-1068.

Waska, R. (1998). La automutilación, el abuso de sustancias y el método psicoanalítico: cuatro casos. *American Journal of Psychotherapy*, 52 (1).

Weierich, M. y Nock, M. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relationship between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (1), 39-44.

Whitlock, J., Eckenrode, J. y Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939-1948

Whitlock, J., Lader, W. y Conterio, K. (2007). The internet and self-injury: what psychotherapists should know. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63 (11), 1135-1143.

Whitlock, J., Powers, J. y Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 42 (3), 407-417.

Winchel, R. y Stanley, B. (1991). Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 148 (3), 306-317.

Yaryura-Tobias, Neziroglu, F. y Kaplan, S. (1995). Self-mutilation, anorexia, and dysmenorrhea in obsessive compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17 (1), 33-38.

Yates, T. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35-74.

Yates, T., Tracy, A. y Luthar, S. (2008). Nonsuicidal self-injury among "privileged" youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (1), 52-62.

Yip, K. (2005). A multi-dimensional perspective of adolescents' self-cutting. *Child and Adolescent Mental Health*, 10 (2), 80–86.

Yip, K. (2006). A strengths perspective in working with an adolescent with self-cutting behaviors. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23 (2), 134-146.

Zila, L. y Kiselica, M. (2001). Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling and Development*, 79, 46-53.

## RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS EN LÍNEA:

Alderman, T. (2010). *Non-suicidal self-injury: a new diagnosis?*.

Disponible en:

<http://www.psychologytoday.com/blog/the-scarred-soul/201002/non-suicidal-self-injury-new-diagnosis>

Recuperado el 18 de febrero de 2010.

Auto-Lesión: Información y apoyo. (2005). Disponible en:

<http://www.auto-lesion.com/aboutus.asp>

Recuperado el 20 de diciembre de 2009.

FirstSigns Voluntary Organisation. (2002). Disponible en:

<http://www.firstsigns.org.uk/>

Recuperado el 15 de diciembre de 2009.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (INEGI). (2010). *Suicidios registrados según medio empleado, 1998 a 2008*. Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/sis/sisept/default.aspx?t=mvio38&s=est&c=5600>

Recuperado el 26 de abril de 2010.

Martinson, D. (2007). *Bill of Rights for people who self-harm*.

Disponible en:

<http://www.selfinjury.org/docs/brights.html>

Recuperado el 7 de noviembre de 2009.

Self Abuse Finally Ends (S. A. F. E.) Alternatives. (2007). Disponible en:

<http://www.selfinjury.com/>

Recuperado el 16 de diciembre de 2009.

## ANEXO I

### DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL AUTOLESIONADOR\*

**1. El derecho a recibir tratamiento médico cálido y humano.** Los autolesionadores deben recibir el mismo nivel y calidad de cuidados que recibiría una persona que presenta lesiones idénticas aunque accidentales. Los procedimientos deben realizarse tan delicadamente como serían para otros. Si se requiere sutura, debe utilizarse anestesia local. El tratamiento de lesiones accidentales y lesiones autoinfligidas debe ser el mismo.

**2. El derecho a participar plenamente en las decisiones referentes al tratamiento psiquiátrico de emergencia (siempre y cuando la vida de una persona no corra riesgo inminente).** Cuando una persona se presenta en la sala de urgencias con una lesión autoinfligida, su opinión frente a la necesidad de evaluación psicológica debe ser tomada en cuenta. Si la persona no se encuentra evidentemente perturbada y no presenta ideación suicida, no debería ser sometida a evaluación psicológica rigurosa. Los doctores deben ser capacitados para evaluar riesgo suicida u homicida, y deben estar conscientes de que aunque es recomendable el seguimiento a través de consulta externa, la hospitalización en casos de autolesión sin intencionalidad suicida es infrecuente.

**3. El derecho a la privacidad del cuerpo.** Las exploraciones visuales para determinar la extensión y frecuencia del daño autoinfligido, deben realizarse sólo cuando sea absolutamente necesario, y de manera que la dignidad del paciente sea preservada. Numerosos autolesionadores han sufrido abuso; la humillación de una exploración en ausencia de vestimenta podría incrementar la cantidad e intensidad de autolesión futura, y al mismo tiempo, podría conducir a la persona a descubrir maneras más efectivas de ocultar las marcas.

**4. El derecho a que los sentimientos detrás de la autolesión sean validados.** La autolesión no ocurre en el vacío. La persona que se autolesiona generalmente lo hace en respuesta a sentimientos perturbadores, y estos deben

ser reconocidos y validados. Pese a que aquellos que brindan cuidados pueden no entender por qué una situación específica les resulta tan perturbadora, cuando menos debe entender y respetar el derecho del autolesionador a sentirse mal al respecto.

**5. El derecho a compartir con quien ellos prefieran, únicamente lo que ellos elijan.** Ningún profesional debe revelar a otros que las heridas son autoinfligidas sin obtener el permiso de la persona involucrada. Algunas excepciones pueden efectuarse en el caso de tratamiento hospitalario basado en equipos u otros especialistas cuando esta información es esencial para brindar cuidado médico adecuado. Los pacientes deben ser notificados cuando se informa a otros sobre su autolesión, y evidentemente, hacer chismes respecto a un paciente jamás es ético.

**6. El derecho a elegir qué mecanismos de afrontamiento utilizarán.** Ninguna persona debe ser obligada a elegir entre autolesión y tratamiento. Los terapeutas de consulta externa jamás deben exigir a los clientes firmar un contrato de no-daño; en vez de ello, el cliente y el terapeuta deben desarrollar un plan para lidiar con los impulsos y actos de autolesión a lo largo del tratamiento. Ningún cliente debe sentir que necesita mentir respecto a la autolesión ante la amenaza de perder su derecho a tratamiento externo. En este punto, pueden hacerse excepciones en el contexto de hospitales y clínicas, donde puede requerirse un contrato de acuerdo con las políticas legales.

**7. El derecho a contar con profesionales que no permitan que sus sentimientos frente a la autolesión distorsionen la terapia.** Aquellos que trabajan con clientes que se autolesionan deben mantener su propio miedo, asco, enojo y ansiedad, fuera del escenario psicoterapéutico. Este punto es crucial para el cuidado médico básico de las heridas autoinfligidas, pero también es efectivo para los terapeutas. Una persona que lucha contra la autolesión tiene suficiente pesar, como para soportar los prejuicios de quienes lo atienden.

**8. El derecho a que el papel que la autolesión ha jugado como mecanismo de afrontamiento sea validado.** Nadie debe ser avergonzado, amonestado o castigado por haberse autolesionado. La autolesión funge como un

mecanismo de afrontamiento para aquellos que no poseen otra manera de afrontar. Ellos pueden utilizar la autolesión como única alternativa para evitar el suicidio. El autolesionador debe ser enseñado a identificar las cosas positivas que la autolesión ha hecho por él/ella, así como a reconocer que los aspectos negativos de la autolesión exceden a lo positivo, y que es posible aprender métodos de afrontamiento que no son destructivos y que no interfieren con su vida.

**9. El derecho a no ser considerado automáticamente una persona peligrosa simplemente por el daño autoinfligido.** Nadie puede ser restringido o aislado de manera involuntaria sólo por su autolesión; los médicos deben tomar decisiones como ésta basándose en la presencia de psicosis, potencialidad suicida u homicida.

**10. El derecho a que la autolesión sea reconocida como un intento de comunicarse, y no de manipular.** La mayoría de la gente que se hiere a sí misma está tratando de expresar cosas que no pueden plantear de otra manera. A pesar de que en algunas ocasiones estos intentos de comunicación parezcan manipuladores, considerarlos de este modo sólo empeora la situación. Los profesionales deben respetar la función comunicativa de la autolesión y asumir que no es una conducta para manipular, hasta que no se cuente con evidencia suficiente que apoye lo contrario.

\*Original de Deb Martinson, creadora del sitio web *American Self-Harm Information Clearinghouse*.