



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Guía para el profesional de la salud: detección para la autolesión sin intención suicida".

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Tania Alejandra Intlacque García

Directora: Mtra. Claudia Rojas Carranco
Dictaminadores: Mtro. Samuel Bautista Peña
Mtra. Estela Pérez Vargas



Vo Co

Mtra. Claudia Rojas Carranco

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 20 Mayo 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ÍNDICE

Introducción

Objetivo del proyecto

Justificación

Capítulo 1. Psicología y Salud _____ 7

1.1 Definición de psicología _____ 8

1.1.1 Ámbitos de la psicología _____ 9

1.2 Definición de psicología de la salud _____ 22

1.2.1 Antecedentes de la psicología de la salud _____ 27

1.2.2 Estructura de la psicología de la salud _____ 30

1.2.3 Metodología de la psicología de la salud _____ 38

1.3 Profesionales de la salud en trabajo multidisciplinario con el psicólogo ____ 44

1.3.1 Relación entre el profesional de la salud con el paciente _____ 46

Capítulo 2. Autolesión _____ 52

2.1 Etiología de Autolesión _____ 53

2.1.1 Definición de Autolesión sin intención suicida _____ 54

2.1.2 Clasificación de la autolesión _____ 56

2.2 Caracterología de la autolesión _____ 59

2.3 Comorbilidades de la autolesión _____ 63

2.4 Abordajes de la psicología para la autolesión _____ 67

2.4.1 Abordaje desde el enfoque farmacológico para la autolesión _____ 68

2.4.2 Abordaje desde el enfoque cognitivo conductual para la autolesión	69
2.4.3 Abordaje desde el enfoque humanista para la autolesión	71
2.4.4 Abordaje desde el enfoque psicoanalítico para la autolesión	72
Capítulo 3. Guía de apoyo para la detección de la autolesión	77
3.1 Conceptualización de material didáctico	77
3.1.1 Manejo de guía hacia el profesional de la salud, para la detección de la autolesión	79
Conclusión	79
Anexo. Guía para la detección de la autolesión sin intención suicida	82
Referencias	95

Introducción

Con el paso del tiempo, el ser humano atraviesa por diversas etapas, unas más complejas que otras, existen momentos de transición en el camino, por ejemplo, del momento del nacimiento a la niñez, posteriormente a la adolescencia, continuando con la adultez, concluyendo en la mayoría de los casos en la vejez y, en este proceso evolutivo convergen numerosas variaciones como el crecimiento físico, la maduración cognitiva, el aprendizaje, la madurez entre otros cambios, existen diversas transformaciones entre etapa y etapa, estas, pueden presentar factores que favorezcan al bienestar de la persona, o bien, algunos otros elementos, que en algún momento perjudiquen al individuo y este no sepa cómo afrontarlos.

Para el ser humano, existen múltiples formas de perder la salud o el bienestar, de enfermarse física y/o mentalmente o bien, de experimentar deterioro en diferentes áreas de la vida ya sea en la escuela, trabajo, familiar, etc. trayendo consigo distintos problemas en su entorno y con la persona en cuestión, está puede presentar a su vez diversos trastornos mentales sin un entendimiento por completo de parte de quien lo padece, algunas veces siendo difícil pedir y/o encontrar un apoyo adecuado, o bien, una intervención para el manejo y atención de la situación perjudicial y de este ser el caso, la persona podría llegar a cursar por conductas autodestructivas de diferente índole.

La autolesión, como su nombre lo menciona, es una conducta autodestructiva que el individuo ejerce sobre sí mismo de manera consciente e intencionalmente, esta puede o no, tener una intención suicida al efectuarlo, consiste en daños físicos de baja a mediana gravedad contra su persona y en general se presenta ya que la persona no sabe cómo manejar sus emociones y al ejecutar esta conducta encuentran una forma de afrontarlos (Ibáñez, A., et. al. 2012 & Maurente, J. et. al. 2018).

El presente trabajo aborda a la autolesión sin intención suicida, además, se trata de un tema poco común, que no se frecuenta de manera abierta y podría ser incluso

mucho más cotidiano de lo que se tiene registrado, la autolesión también es consecuencia de una falta de herramientas emocionales ya que es difícil que todos puedan adquirirlas a tiempo como parte de tener una salud integral; y aún con la adquisición de dicha conducta y afectando a la vida de las personas, no es fácil en la mayoría de las veces que se detecte y atienda de manera oportuna, o bien, que la persona en cuestión quiera y pueda atenderlo, esto a un nivel micro y, a nivel macro parece que es un problema que atañe a la sociedad ya que representa un gasto en el sector público de salud y este es un tema en el que se puede trabajar para prevenir, ayudando así a tener desde lo individual una salud mental, calidad de vida y, a favor de un progreso en sociedad.

Abordando a la psicología como ciencia y, a favor de la investigación para la comprensión del comportamiento del ser humano, con el transcurso del tiempo se han generado múltiples teorías, líneas de estudio, enfoques, y a su vez diversas herramientas para su entendimiento, así mismo diversas formas de intervención desde la mirada de cada planeamiento; el presente trabajo es de investigación documental y, se aborda a la autolesión desde el enfoque “Psicología de la salud” ya que se abarcan temas como, que es la salud y, en qué consiste la salud mental, pues son esenciales para comprender mejor la falta de bienestar, específicamente de las personas que se autolesionan sin una intención suicida.

Como expertos en el área de salud, la psicología debe estar preparada para trabajar de manera transdisciplinaria creando colaboración con médicos, nutriólogos, enfermeros, psiquiatras, etc. Ya que son parte importante del tratamiento y seguimiento de quien se autolesiona o bien, necesite de apoyo psicológico. El presente trabajo está conformado por una metodología cualitativa puesto que está basado en generalidades de tesis y literaturas previas en el tema pretendiendo crear una nueva estrategia a partir de ello, para la detección de la autolesión.

Es de importancia señalar que la autolesión sin intención suicida, es definida como un *acto intencional y auto infligido que conlleva un daño corporal de baja letalidad, realizada con el fin de aminorar el dolor emocional* (Walsh, 2006; citado

en Dianela, 2010). Esta es una conducta que con frecuencia comienza en la adolescencia y generalmente es realizada en secreto. La prevalencia de la autolesión sin intención suicida a nivel mundial se desconoce, aunque estudios extranjeros señalan que el 4% al 37% de la población es adulta (Nijman et al., 1999), mientras que asciende hasta el 65% de la población clínica (Lloyd-Richardson et al., 2007) y hasta un 87% en adolescentes (Nock y Prinstein, 2004; citado en Dianela, 2010).

La autolesión puede o no tener comorbilidad con otros trastornos como, por ejemplo, en trastornos de la alimentación como la anorexia, bulimia, los atracones, algunos otros trastornos como la ansiedad, trastorno límite de la personalidad, depresión, bipolaridad, entre otros. Sin embargo, la autolesión sin intención suicida también puede presentarse aislada de otros trastornos y es considerada una entidad clínica independiente (Muehlekamp, 2005; Pattison & Kahan, 1983; citado en Dianela, 2010).

Por otra parte es importante considerar la relación entre el profesional de la salud y el paciente, ya que es un tema de relevancia, íntimo y complicado para la persona en cuestión, puesto que en numerosas ocasiones quien cursa con dichas conductas autolesivas lo ha ejercido en secreto durante posiblemente un tiempo prolongado, de forma tal que, si el profesional lo revela y aborda de manera adecuada y asertiva, podría ser mucho más llevadero para el paciente y así el usuario poder acceder a una intervención para su pertinente atención.

La divulgación de dicha información se realizará a través de material didáctico que consta de una guía que sirve como herramienta para la detección de las personas que se autolesionan o bien, que muy posiblemente requieren de algún tipo de atención psicológica. Esta guía está dirigida especialmente para los profesionales de salud ya que, en ocasiones, las personas que se autolesionan llegan por alguna urgencia y/o cualquier otra situación con el diverso personal y/o técnico capacitado en salud (médico, área de urgencias, enfermeros, etc.) antes que con el psicólogo.

Objetivo de proyecto

El presente trabajo tiene como principal objetivo la elaboración de material didáctico que sirva para la detección de las personas que se autolesionan o bien, que requieren algún tipo de apoyo psicológico, esto se dará a través de una guía dirigida al profesional en el área de salud y principalmente a estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, con la finalidad de que puedan consultar a partir de éste, si la persona necesita atención psicológica y, de ser pertinente proceder a derivarlo con el psicólogo clínico para su adecuada intervención.

Justificación

En la preparación de esta tesis es señalado como relevante, la elaboración de una guía para la detección que de paso a la intervención de las personas que se autolesionan, ya que de esta forma se ahorraría un gasto significativo de salud pública, además de así poder detectar y derivar a quien pasa por una situación de esta índole. De igual manera, es prudente invitar a crear formas informativas de divulgación del tema para procurar la prevención y detenimiento de la autolesión, generar consciencia del tema, sus implicaciones y que la persona en cuestión sepa que hay manera de tratarlo. El material didáctico, en este caso una guía, sirve como aportación para compartir y difundir información que auxilie a los estudiantes y profesionales de la salud para la detección, y/o derivación, en caso de encontrarse con personas que se autolesionan o bien requieren de apoyo psicológico.

1. Psicología y Salud

De primera instancia, parece complicado tener una sola definición de psicología, ya que cuenta con diversas líneas de estudio, subcampos de trabajo, conceptos y enfoques al respecto, además que esta ciencia se divide tanto en esferas de estudio como de aplicación y, entre ellas, se encuentra el área de la psicología de la salud que es en el cual se abordara este tema, ya que se interesa por la conducta respecto a la salud y a la enfermedad, así como a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en busca de una mejor calidad de vida; revisando como influye el entorno social y cultural en pro o en contra del bienestar físico y psicológico, además de presentar atención en el sistema sanitario para comprender mejor cuales son las disfunciones que causan enfermedad para así poder desarrollar intervenciones a favor de la salud, su prevención y promoción.

1.1 Definición de psicología

La psicología tiene un origen y una trayectoria histórica con variaciones, ya que en su origen se entrelazan raíces filosóficas y raíces biofisiológicas, teniendo como bases cuerpo, mente y alma, así mismo estas dualidades se extienden a la parte individual y social. Cabe destacar que en el proceso histórico del uso de los descubrimientos científicos de la psicología se consideró una parte de la filosofía hasta fines del siglo XIX (Davidoff, 1989).

La palabra "psicología" proviene del vocablo griego que significa "estudio de la mente o el alma". En nuestros días se define a la psicología como la ciencia que estudia la conducta y los procesos mentales en todos los animales, obteniendo datos a partir de la observación sistematizada; desarrollando teorías que intentan explicar lo que han observado para realizar nuevas predicciones basadas en esas teorías y luego probar sistemáticamente tales predicciones a través de experimentos para determinar si son correctas. De esta forma, al igual que todos los científicos, los psicólogos usan el método científico para describir, entender, predecir y, a la larga, obtener cierto grado de control sobre lo que se estudia (Davidoff, 1989).

En otra definición, *la psicología es la ciencia encargada del estudio del funcionamiento mental y del comportamiento, este campo busca describir, explicar, predecir y cuando es posible intervenir para controlar o modificar aspectos de la conducta o del pensamiento* (Maisto y Morris, 2005, p. 1).

Sin embargo, la psicología como una disciplina única, abarca en realidad una colección de subcampos, ya que cada uno tiene sus propias características y formalidades; al conjunto de éstos podría llamársele estudios psicológicos, en lugar de psicología (Koch, 1985; citado en León, G., Avilés, J., Nasr, Z. & Álvarez, Y. 2013).

Como se puede observar, las definiciones coinciden en que la psicología está basada en el método científico, ya que se encarga de observar, predecir, controlar y/o modificar conductas tanto en animales como en humanos, así como la modificación de pensamientos, sin embargo, no existe una sola corriente que unifique a la psicología como tal, ya que existen diversas teorías, corrientes y, bases de estudio respecto a esta, así mismo existen subcampos dentro de la psicología que se enfocan en diversas áreas de estudio, trabajo y/o aplicación, de tal manera que existen las “psicologías”; por ello este trabajo se abordará desde la psicología de la salud.

1.1.1 Ámbitos de la psicología

Más que una psicología, podemos hablar de las psicologías. Éstas varían desde disciplinas como las neurociencias hasta la postura psicodinámica, ya que existe una diversidad de enfoques, epistemologías y métodos, para diversas ideologías, campos y formas de trabajo e intervención, así la ciencia busca siempre encontrar lo más eficiente en beneficio de los pacientes.

Desde la época de Platón y Aristóteles (384-322a.c.), existen preguntas acerca de la conducta humana y los procesos mentales y, a pesar de que a Aristóteles se le conoce como el padre de la Psicología, los temas psicológicos no empezaron con el filósofo griego, ya que los primeros filósofos de los que se tiene conocimiento ya trataban preguntas sobre conducta humana muchos años atrás, sin embargo, fue

hasta el siglo XIX se comenzó la aplicación del método científico y, hasta entonces la psicología se consolidó como una disciplina científica formal y separada de la filosofía, colocándose de manera independiente, es decir, como una ciencia (Maisto et. al., 2005).

Al final del siglo XX, la psicología se expandió, surgieron nuevas tecnologías de investigación, nuevos campos de indagación y diversos enfoques del estudio de la conducta y los procesos mentales. Estos avances dieron lugar a una mayor especialización dentro de la psicología, a una constante colaboración con otras ciencias redefiniéndose y creciendo la psicología se de manera continua (Evans, 1999; citado en Maisto et. al., 2005).

Por consenso general, Blumenthal (1975) señaló que la psicología nació en 1879, el año en que Wilhelm Wundt (1832-1920) fundó el primer laboratorio de psicología en la Universidad de Leipzig en Alemania. A los ojos de los demás, un laboratorio identificaba un campo de indagación como "ciencia" (Benjamin, 2000). Wundt empezó a tratar de explicar la experiencia inmediata y a desarrollar maneras de estudiarla científicamente, aunque también creía que algunos procesos mentales no podían estudiarse mediante experimentos científicos, su enfoque se denominó estructuralismo, su psicología tuvo un auge y se difundió en toda Europa, Estados Unidos y Canadá, el laboratorio Wundtiano inspiró esfuerzos similares en todo el mundo, ya que esta influencia penetrante fue lo que le hizo ganar el título de "Fundador de la psicología científica" (Maisto et. al., 2005).

En contraparte fue el estadounidense William James 1875, quien cuestionó el estructuralismo y más tarde sostenía que los "átomos de la experiencia" de Titchener, es decir, se refería a sensaciones puras sin asociaciones, simplemente no existían en la experiencia de la vida por sí solas, ya que nuestra mente constantemente entreteje asociaciones, revisa la experiencia, se activa, se detiene, avanza y retrocede en el tiempo. James argumentaba que las percepciones, emociones e imágenes no pueden separarse; la conciencia fluye en una corriente continua, ya que James recibió una gran influencia de la teoría de la evolución de Charles Darwin (Maisto et. al., 2005).

A principios del siglo XX se originaron y desarrollaron diversos movimientos en la psicología, cada uno de ellos contribuyó a dar forma a nuestro campo actual, unido de manera bastante flexible. Aunque los psicólogos contemporáneos no pertenecen a movimientos específicos, muchos se identifican con una de las cuatro principales perspectivas: conductismo, cognoscitismo, humanismo y psicoanálisis (Kimble, 1984; citado en Davidoff, 1989).

Respecto al conductismo, éste nació en 1912 cuando Watson, comenzó a dar conferencias y a escribir para difundir sus opiniones. El conductismo atrajo muchos seguidores y, de una forma u otra, dominó la psicología durante treinta años, desde 1930 a 1960 y, hoy día continúa ejerciendo una profunda influencia (Davidoff, 1989).

Watson 1913, afirmó que la psicología como la concibe un conductista es:

Una rama puramente objetiva y experimental de la ciencia natural. Su objetivo teórico es la predicción y el control de la conducta. La introspección no forma parte esencial de sus métodos... El conductista... no reconoce una línea divisoria entre el hombre y el animal. El comportamiento del hombre, con todo su refinamiento y complejidad, forma solo una parte del esquema total de investigación del conductista (Watson, 1913, p. 158; citado en Ardila, 2013).

Más adelante se propusieron conductismos alternativos, asociados con los nombres de Hull, Tolman, Skinner, Kantor, otros investigadores y teóricos, y más recientemente con los nombres de Rachlin, Baum, Hayes, Ribes, Staats, entre otros (Pérez-Acosta, Guerrero y López López, 2002). En muchos casos el modelo estímulo-respuesta (E-R) se descartó totalmente y fue reemplazado por el modelo estímulo-respuesta-consecuencia (E-R-C) y, en otros casos se introdujeron variables organísmicas (E-O-R), internas, psicológicas, etc. pero se mantuvo el énfasis en el estudio científico del comportamiento (Ardila, 2013).

En Estados Unidos a comienzos del siglo XX estaban teniendo lugar numerosos cambios culturales y se estaba desarrollando la mentalidad de autonomía, individualismo, necesidad de controlar el ambiente y construir una sociedad con base en los principios de la ciencia y la tecnología de la época, y de planear el futuro;

una sociedad cada vez más moderna requería nuevos modos de mantener el orden y el control social, y a esto Skinner argumentaba, dejar de lado la idea de un hombre autónomo y prestar toda la atención al ambiente, a sus sutiles modificaciones y a la forma en que condiciona a los individuos (Ardila, 2013).

La psicología era una nueva disciplina que estaba comenzando a tomar forma y dando origen a aplicaciones profesionales en los campos de la educación, el estudio del niño, la industria, la publicidad y el mundo del trabajo. La evaluación y la medición, los tests psicológicos y su papel en la sociedad, estaban empezando a ser reconocidos para análisis históricos sobre el papel de la psicología como ciencia y como profesión en la formación de la cultura (Capshew, 1999 & Herman, 1995; citado en Ardila, R. 2013).

Hoy en día, el trabajo conductual es muy útil para ejercerlo en recursos humanos, por ejemplo, en la elección de personal, manejo de conflictos, solución de problemas, capacitación de personal, control de calidad, etc. Otras actividades laborales podrían presentarse en la docencia, trabajo clínico, rehabilitación en la educación especial, talleres de crianza, investigación, implementación de marketing y ventas, entre otras.

León, et. al. (2013) mencionan que para la segunda mitad del siglo XX aproximadamente en 1960 en E.U.A. principalmente personajes como Piaget y Vigotsky abren un campo en la concepción de la ciencia y la mente, a conceptos más hermenéuticos y constructivistas. Kuhn (1962) lo llamaría “revolución científica” al cambio de conductismo al cognitivo, ya que éstos, conocidos como psicólogos cognoscitivos, no rechazaban totalmente el conductismo si no que tomaban el principio conductista clave, (formular preguntas precisas y realizar investigación objetiva), pero al mismo tiempo, se sentían en libertad de ampliar e incluir pensamientos, sentimientos y estados de conciencia basados en el “aquí y en el ahora”. Fundamentaron sus propias introspecciones en los estudios de los comentarios de los participantes, en la investigación acerca de lo que surgía en sus mentes.

Además, señalan León, et. al. (2013) que en general, los psicólogos cognoscitivos se desarrollan especialmente en el área clínica y comparten, entre otras, estas ideas:

- 1) Los psicólogos deben enfocarse en estudiar los procesos, estructuras y funciones mentales. La mente le da a nuestra conducta su sello auténticamente humano.
- 2) La psicología debe dirigirse hacia el conocimiento y las aplicaciones prácticas.
- 3) La autoobservación, o introspección, y los autoinformes son útiles; sin embargo, hay una preferencia por los métodos objetivos.

Mientras tanto, Bugenthal (1967), señala que los psicólogos humanistas están unidos por una meta común: enfocar "lo que significa existir como ser humano". Abraham Maslow (1908-1970) fue una importante personalidad en el movimiento humanístico. La mayoría de los psicólogos humanistas se adhieren a la filosofía europea denominada fenomenología, la cual sostiene que las personas ven el mundo desde su propia y particular perspectiva. Para obtener información válida sobre cualquier experiencia o cualidad humana, debe enfocarse desde diferentes marcos de referencia, como lo experimentan distintos individuos. En otras palabras, la interpretación subjetiva es esencial en toda actividad humana y no puede ignorarse, además la corriente humanista está enfocada laboralmente para el área clínica. (Davidoff, 1989).

Por otra parte, se encuentra el psicoanálisis, enfoque que también se puede abordar para el área clínica, donde uno de los pioneros que aportaron a su desarrollo fue Freud (1856- 1939) quien llegó a creer que hacer consciente lo inconsciente era la clave del éxito; cuando los pacientes se enfrentaban al material oculto, se veían reducidas sus dificultades. Freud se basó en miles de horas de atenta escucha, análisis y auto observación para formular sus ideas sobre la personalidad y el tratamiento.

Dicho precursor recibió también la influencia de los conceptos biológicos y filosóficos populares de su tiempo (Sulloway, 1979). Cuando atendía a sus

pacientes, probaba sus hipótesis, intentando explicar hasta los hechos aparentemente triviales; todos los detalles debían encajar lógicamente. Los psicólogos que se adhieren a la perspectiva psicoanalítica generalmente mantienen los siguientes puntos de vista:

- 1) Los psicólogos deben estudiar las leyes y determinantes de la personalidad, así como atender los trastornos mentales.
- 2) El inconsciente es un aspecto importante de la personalidad. Hacer consciente lo inconsciente es una terapia necesaria para los trastornos neuróticos.
- 3) La mejor forma de estudiar la personalidad es en un contexto de una relación íntima y duradera entre pacientes y terapeuta. Conforme los pacientes informan lo que traen en mente, el terapeuta analiza e interpreta el material y observa la conducta minuciosamente (Sulloway, 1979; citado en Davidoff, 1989).

Para finalizar, la postura ecléctica, también considerada especialmente para el área clínica, una forma de libertad hacia los psicólogos donde se encuentran con autonomía de estudiar casi cualquier tema. A pesar de que algunos permanecen fieles a un solo marco de referencia, muchos de ellos integran su mezcla individual al conjugar ideas de diferentes corrientes, posturas, etc. para la realización de su área laboral (Krasner y Houts, 1984; citado en Davidoff, 1989).

A partir de dichos enfoques dentro de la psicología, a su vez se abrieron diversos campos de trabajo. En Estados Unidos, las dos organizaciones principales de psicólogos son la American Psychological Association (APA), fundada hace más de 100 años, y la American Psychological Society (APS), fundada en 1988. Los miembros de ambos grupos trabajan en una amplia variedad de áreas. La siguiente lista de divisiones de la APA refleja la enorme diversidad del campo de la psicología (Maisto et. al., 2005).

Tabla 1. Campos de la psicología

Psicología general	Sociedad para la psicología del consumidor
Sociedad para la enseñanza de la psicología	Psicología teórica y filosófica
Psicología experimental	Análisis experimental de la conducta
Evaluación, medición y estadística	Historia de la psicología
Neurociencia conductual y psicología comparada	Sociedad para la investigación y la acción comunitaria
Psicología del desarrollo	Psicofarmacología y abuso de sustancias
Sociedad para la psicología de la personalidad y social.	Psicoterapia
Sociedad para el estudio psicológico de temas sociales (SPSSI, por sus siglas en inglés)	Hipnosis psicológica
Psicología y arte	Asociación para los asuntos psicológicos del estado
Sociedad de psicología clínica	Psicología humanista
Psicología de asesoramiento	Retardo mental y discapacidades del desarrollo
Sociedad para la psicología industrial y organizacional	Psicología ambiental y de la población
Psicología educativa	Sociedad para la psicología de las mujeres
Psicología escolar	Psicología de la religión
Consejería psicológica	Servicios al niño, a los jóvenes y a la familia
Psicólogos en el servicio público	Psicología de la salud
Psicología militar	Psicoanálisis
Desarrollo adulto y envejecimiento	Neuropsicología clínica

Psicología experimental e ingeniería aplicada	Sociedad estadounidense para la psicología legal
Psicología de rehabilitación	Psicología familiar

(Maisto et. al., 2005; citado en Divisiones de American Psychological Association, 2003).

Con lo anterior, nos percatamos que existen diversos ámbitos de la psicología, sin embargo, los más destacados son:

- **Psicología Clínica:** Una de las definiciones de esta área de la psicología se define como *la rama de la psicología dedicada a la generación del conocimiento psicológico y, su aplicación, en la comprensión y mejoramiento del funcionamiento familiar, bienestar físico y mental de un individuo o de un grupo de individuos.* (Korchin, 1976 p. 11).

Esta definición hace énfasis en la aplicación del conocimiento científico existente y en la generación de nueva información. La psicología clínica contribuye a expandir el campo de la psicología, de la ciencia y la conducta para cubrir necesidades del individuo.

Dentro de este enfoque, existe una gran diversidad de actividades en las que los profesionales pueden involucrarse, por ejemplo, en la investigación, la enseñanza, la evaluación (incluyendo pruebas psicológicas y la observación sistemática de la conducta), el tratamiento (psicoterapias individuales, familiares o grupales, basado en cualquiera de los diversos modelos teóricos) así como el diagnóstico, la prevención y la consultoría. Cuyas tareas pueden desarrollarse en diversas áreas como en la de salud mental, hospitales psiquiátricos, hospitales de medicina general, tratamiento para niños y adolescentes, escuelas y universidades, prisiones, en la corte de justicia, en los departamentos de policía, en el gobierno y la industria o bien, la práctica independiente (Compas, B. & Gotlib, I. 2003).

- Psicología Educativa: *El principal objetivo es la comprensión y el mejoramiento de la Educación* (Alarcón H., 2001; citado en Hernández, P. 2009 p. 167).

Las metas de la Psicología Educativa son comprender los procesos de enseñanza y aprendizaje. Se enfoca en el estudio psicológico de los problemas cotidianos de la educación a partir de los cuales se derivan principios, modelos, teorías, procedimientos de enseñanza y métodos, prácticas de instrucción y evaluación, así como métodos de investigación, análisis estadísticos y procedimientos de medición para estudiar los procesos afectivos y de pensamiento de los estudiantes, además de los procesos social y culturalmente complicados de las escuelas (Hernández, P. 2009).

- Psicóloga de la Educación Especial: El término de educación especial se ha utilizado de manera tradicional para nombrar a un tipo de educación diferente, ya que la condición del usuario es la excepción a la regla ya sea superior o inferior a la media (Kirk, Gallagert, 1979; Kauffman, 1981; Myers, y Hammill,1983; Taylor y Sternberg, 1979. Recuperado de Ramírez, J. y Torres, S. 2007). Se entiende como un conjunto de recursos educativos puestos a disposición de los alumnos con dificultades de aprendizaje que puedan necesitarlo de forma temporal o continua, permanente o transitoria, tomando en cuenta que los problemas se abordan no sólo son desde el sujeto al que directamente afectan, sino estudiando las implicaciones que en el mismo puedan tener los elementos del contexto social, familiar y escolar, es decir, siguiendo un enfoque sistémico e integral de intervención (Ramírez, J. y Torres, S. 2007).
- Psicología Organizacional: La psicología industrial se preocupa por investigar las condiciones ambientales que constituyen un mejor rendimiento, así como también, de cuáles son los factores psicológicos que aseguran un buen desenvolvimiento profesional.

La perspectiva psicológica, ve el compromiso con la organización como un componente de tres elementos de importancia:

- A) La persona se logre identificar con los objetivos y valores de la empresa.
- B) El individuo tenga el deseo de contribuir para que la organización alcance sus metas y objetivos
- C) El individuo tenga el deseo de ser parte de la organización. Dentro de esta perspectiva, el compromiso se define como el grado de identificación y entrega que el individuo experimenta en relación con la organización de la cual es parte (Meyer y Allen, 1991. Recuperado de Peña, M., Díaz, Ma., Chávez, A. y Sánchez, C. 2016).

- Psicología Social: Tajfel, propone la siguiente definición "*aquella parte del autoconcepto del individuo que se deriva del conocimiento de su pertenencia a un grupo o grupos sociales juntamente con el significado valorativo y emocional asociado a esta pertenencia*" (Tajfel, 1981, p. 292; citado en Pol, E. 1994).

"La psicología social es una disciplina en la cual las personas intentan comprender, explicar y predecir cómo los pensamientos, sentimientos y acciones de los individuos son influenciados por los pensamientos, sentimientos y acciones percibidos, imaginados o implícitos, de otros individuos" (Raven & Rubin, p. 16, 1983). Esta psicología destaca el fenómeno central de la influencia social que se da entre los individuos, lo cual sería para todos los psicólogos sociales actuales su verdadero objeto básico de estudio.

Así, la psicología social se focaliza en la conducta de los individuos, en sus acciones y pensamientos en situaciones sociales. Aunque tales conductas siempre ocurren en un contexto determinado y son fuertemente influenciadas por los factores socioculturales, son los individuos los que piensan, sienten y actúan en esos contextos sociales, es por ello que el

interés principal, está en comprender los factores que moldean las acciones y pensamientos de los seres humanos individuales en las situaciones sociales.

Estas diversas condiciones o factores que afectan la interacción social pueden ser agrupadas en cinco grandes categorías:

- 1) Las acciones y características de los otros (sexo, estatus, atractivo, etc.);
- 2) Los procesos cognitivos básicos que subyacen nuestros pensamientos, creencias, ideas y juicios acerca de otros.
- 3) Variables ecológicas, es decir, influencias directas e indirectas del ambiente físico.
- 4) El contexto cultural en que ocurre la conducta (normas, expectativas, valores)
- 5) Aspectos biológicos de nuestra naturaleza y herencia genética que son relevantes en algunas formas de conducta social (Baron & Byrne, 1994; citado en de Barra, E., 1998).

Así la psicología social también estudia aquellos fenómenos que involucran la influencia social, en cualquiera de sus formas y niveles, crean teorías que consisten en conceptos y proposiciones acerca de la relación entre ciertos eventos, con el objetivo de explicar y predecir un fenómeno de interés organizando, así como el conocimiento disponible, facilitando su utilización. Considera que los profesionales de la salud mental sólo podrán entender los problemas de la gente si mira al individuo en relación con el entorno que se desenvuelve cotidianamente, ya que pone especial énfasis en la dimensión de lo colectivo, la relación entre las personas en un contexto determinado (Barra, E. 1998).

- Psicología experimental: Trabaja en la discusión de ideas y contenidos que provienen de la asimilación de teorías basadas en sus estrategias de

investigación, es decir, áreas de conocimiento incorporadas al amplio temario de la psicología a través de estudios donde el experimento constituye el medio principal para la obtención de los datos, posteriormente surge su aplicación activa en cuanto metodología científica para la enseñanza de las ciencias del comportamiento a nivel terciario, es decir, se dedica al estudio e investigación de los procesos psicológicos básicos, como son la percepción, la motivación, el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, el lenguaje, entre otros, desde la perspectiva científica y el uso de su método.

Así mismo, incluye la aplicación del conocimiento en el campo del desarrollo, la educación, la clínica y la empresa, es decir, el psicólogo experimental investiga las características, procesos y evolución de la conducta humana aplicando los conocimientos generados por la investigación a nuevos métodos de aplicación y solución de problemas conductuales (García, J. 2010).

- Psicología ambiental: Esta modalidad focaliza su interés en la conducta ambientalmente determinada, ofrece interesantes avances tecnológicos en materia de diseño ambiental, toda vez que al ser la conducta una función ordenada de las condiciones ambientales, los arreglos en la conformación física del contexto inmediato del comportamiento lo afectarían, para configurarlo en una u otra dirección.

La aplicación sistemática de este principio ha conducido a los especialistas a conseguir importantes logros en el campo de la modificación del comportamiento a partir del diseño de espacios físicos como el de escuelas (Krasner, 1980), hospitales y centros de salud comunitarios (Jeger, 1980), cárceles (McClure, 1980); o en el campo de la planificación urbana (Porteus, 1977).

El diseño ambiental puede entenderse como un área de estudio y aplicación, preocupada por el estudio de las condiciones necesarias para iniciar y mantener las actividades humanas, así como para desarrollar mecanismos de intervención de tales condiciones para generar los cambios deseados, tanto mediante la manipulación o configuración de estructuras físicas como a través de la disposición de procesos de solución de problemas y toma de decisiones. Desde esta perspectiva, el medio ambiente se entiende como aquellas condiciones físicas (incluye el medio natural y el ambiente construido) y sociales en las que el ser humano se comporta y con las que se relaciona (Alvarado, J., Garrido, A. y Torregrosa J. 1996).

- Neuropsicología: Es el estudio de los procesos mentales y el funcionamiento del cerebro cuando hay alguna alteración en éste. La neuropsicología es especialmente útil en el estudio de lesiones cerebrales, malformaciones, disfunciones y enfermedades que afectan al funcionamiento del sistema nervioso; así mismo, permiten realizar un diagnóstico, pronóstico, tratamiento y control de síntomas para una mejor calidad de vida del individuo (Trápaga, C., Pelayo, H., Sánchez, LL., Dávila, Z., Bautista, A. 2018).
- Psicología Forense: Se considera como la práctica de la psicología clínica destinada al contexto legal, la evaluación psicológica se convierte en forense cuando el proceso de obtención de información o estudio de los sujetos es dirigido a proporcionar información a los jueces. Esta rama de la psicología se encarga de responder los cuestionamientos derivados de la administración de justicia. El Consejo Americano de Psicología Forense considera que esta es la aplicación de la ciencia y profesión psicológica a las materias relacionadas con la ley y el sistema legal. Por lo tanto, se puede considerar a la PF como la práctica de valoraciones y evaluaciones psicológicas destinadas al contexto legal. El forense es el psicólogo que se especializa en generar y comunicar información a los operadores de los sistemas jurídicos.

Esta especialidad se rige mediante métodos científicos buscando esclarecer la conducta y el estado psíquico de los implicados en un acto delictivo, con objeto de contribuir a la administración de justicia. Está orientada a cubrir necesidades que aparecen en el seno del sistema judicial, es decir, esta área recopila, analiza y presenta pruebas psicométricas y psicológicas que van a ser atendidas en procesos judiciales (Frías, M. 2009).

- Psicología de la salud: Se refiere a los conocimientos de los problemas de salud y técnicas específicas al diseño y puesta en práctica en programas de intervención en este marco. La esencia de su aportación es el análisis de las posibles interacciones implicadas en el proceso del mantenimiento de la salud y de la enfermedad (Morales, 1985; Rodríguez-Marin, Martínez y Valcárcel, 1990; Blanco y León, 1990). Aplicar la Psicología de la salud al campo, significa el estudio de la conducta salud - enfermedad en interacción con otras personas o productos de la conducta humana, técnicas diagnósticas y de intervención, organizaciones de cuidado de salud, etc. Actividades como la promoción de salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la mejora del sistema de cuidado de salud y la formación de políticas de salud son el resultado de las interacciones entre los profesionales y los usuarios del sistema de salud, y se desarrollan en dicha interacción (Alvarado, J., Garrido, A. y Torregrosa J. 1996).

Por lo anterior, nos percatamos que la psicología no está unificada, sino que a través de las décadas se han estudiado las diversas áreas que implican al ser humano; algunos pioneros dieron pauta para estudiar a la psicología desde lo observable como lo hizo el conductismo, otros tantos dieron aportes de aquello que no es observable como el inconsciente o los pensamientos pero que existen, además sabemos que el área biológica tiene gran importancia así como la parte social y, al final, el ser humano es parte de todo ello, por ello, la psicología es tan amplia y compleja que no existe un solo enfoque que la defina y explique en su

totalidad. Así mismo, los ámbitos y áreas de trabajo se subdividen en diversos campos según las necesidades y el área a cubrir.

1.2 Definición de psicología de la salud

A continuación, se abordarán los determinantes para hablar acerca de lo que es y lo que abarca la salud actualmente. Existen algunos factores que influyen en los problemas de salud, como por ejemplo, el conocimiento que tengan sobre la situación de malestar por la que cursan, el conocimiento para prevenirlos o el propio interés por permanecer sanos; existen también factores externos que no ayudan a la salud pública como la falta de avance tecnológico para todos los males que atacan, la falta de recursos del país para brindar calidad de vida a toda la población, la falta de recursos como agua potable al alcance de todos, entre otras necesidades para mantener un bienestar óptimo.

Así mismo, la salud depende de múltiples factores: sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. *“La salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional”* (Briceño-León (2000); citado en Alcántara, G. 2008, p. 95).

Dichos factores forman un conjunto por lo cual la salud depende de controlar la interacción de todos ellos (del medio físico, espiritual, biológico, económico y social (Cumbre de Río de Janeiro, 1992). La idea de salud responde además a una condición histórica, pues en cada momento, en determinada sociedad y época puede tener una visión particular del mismo. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irrepetible de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas. De manera que la noción de lo que se entiende por salud es un producto o construcción social. *“Un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo”* (Emile Durkheim 2002; citado en Alcántara, G. 2008, p. 95).

La interacción entre el profesional de la salud y el paciente, en la medida en que el subsistema social y cultural establece los roles correspondientes y sus demandas

específicas para cada uno de los participantes. Los hábitos comportamentales saludables, en la medida en que son desarrollados y mantenidos por las influencias sociales y culturales. Actualmente, se han producido importantes cambios en las actitudes respecto a la conveniencia de una dieta sana, del ejercicio regular, abandono del tabaco, conductas de seguridad vial, etc., (Rodríguez-Marín, 1991; citado en Alvarado, J., Garrido, A. y Torregrosa J. 1996).

Por tanto, es un hecho que la salud no solamente consiste de un buen estado físico, sino también de aspectos psicológicos y cómo nos influye nuestro entorno (socioeconómico, familiar, laboral, emocional, medioambiental), es por ello que nos enfocaremos a la psicología de la salud y una de sus definiciones encontradas es:

Conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas al análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias (Matarazzo, 1980, p. 1084)

Siguiendo con su definición, distingue cuatro orientaciones fundamentales de trabajo:

- A) Destacar la promoción y el mantenimiento de la salud.
- B) Incluir la prevención y el tratamiento de la enfermedad.
- C) Estudiar la etiología y correlatos de la salud, la enfermedad y las disfunciones que esta implica.
- D) Estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud, aspecto que está cada vez más llamando la atención de los psicólogos insertados en el sector salud (Matarazzo, 1982; citado en Hernández y Grau, 2005).

En otras definiciones de la salud, se encontró:

La psicología de la salud intenta comprender, explicar y de ser posible predecir la conducta de salud y enfermedad para desarrollar intervenciones eficaces a fin de reducir los costos físicos y emocionales de los comportamientos de riesgo y de enfermedad (Bennett & Morrison, 2008, p. 35).

La psicología de la salud ofrece un planteamiento integral, pero fundamentalmente psicológico de los problemas relativos a la salud, la enfermedad y la atención sanitaria. Es el estudio de la salud, enfermedad y las prácticas sanitarias (profesionales y personales).

También se conceptualiza a la psicología de la salud desde una perspectiva académica como *“El estudio científico de los procesos psicológicos relacionados con la salud y la enfermedad desde una perspectiva profesional se define como el empleo de los hallazgos desde las teorías psicológicas básicas y de las investigaciones realizadas hacia el conocimiento y promoción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que promuevan la salud”* (Friedman y Adler 2011, p.1084; citado en Cardozo y Rondón, 2014).

Se hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los factores biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento. Por tales razones, un número de disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, entre otras), tienen un interés común en cuestiones relacionadas con la salud. Se formalizó como “psicología de la salud” por la American Psychological Association (APA) en 1978 (Oblitas, 2007).

La disciplina o el campo de especialización de la psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados, ésta, la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar (Oblitas, 2006; citado en Cardozo y Rondón, 2014 p. 1084).

Por lo tanto, también se propone abordar este tipo de atención con base en las problemáticas de los grupos específicos de acuerdo con su distribución en el ciclo vital, y hacer énfasis en la atención de algunos temas, en los que los factores psicológicos tienen una incidencia preponderante, tales como:

- Salud reproductiva: Son frecuentes tanto los embarazos no deseados como en adolescentes, los abortos inducidos y de alto riesgo, la violencia física y psicológica, entre otros.
- Salud en los niños: Situaciones como los inadecuados patrones de crianza infantil, maltrato (abuso físico y/o sexual), dificultades de aprendizaje, entre otros.
- Salud en los adolescentes: Con dificultades como el consumo de sustancias psicoactivas, las dificultades de adaptación en el entorno familiar y escolar, entre otras.
- Salud en los adultos: Pérdida y ajuste a las nuevas situaciones vitales, estilos de vida no saludables y enfermedades agudas o crónicas que hacen su aparición más comúnmente en esta edad.
- Salud en los adultos mayores: Problemáticas donde incide lo psicológico como son las pérdidas múltiples propias de esta edad, el aumento de las limitaciones que imponen las enfermedades crónicas, el aislamiento social y la disminución de la propia estimación.

Estos contextos planteados los desarrolla el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, en la que se fundamenta la propuesta de la protección integral que brinda atención en salud en las fases de educación, información, fomento y prevención, tratamiento y rehabilitación.

Por otra parte, recordemos que existen patógenos conductuales e inmunógenos conductuales. Los patógenos conductuales son aquellas conductas que hacen al individuo más susceptible a la enfermedad, por ejemplo, fumar, beber alcohol, entre otras prácticas dañinas, principales causas de muerte y factores de riesgo asociados. Mientras que los inmunógenos conductuales son aquellas conductas que reducen el riesgo del sujeto a la enfermedad (Morales, 1999; citado en Díaz, 2010).

Un individuo que viva bajo situaciones estresantes tiene mayor probabilidad de que incrementa conductas de riesgo y reduzca todo tipo de conductas saludables; por ejemplo, en algunos estudios se ha encontrado que el incremento en el estrés estaba asociado a un incremento en el uso del alcohol y otras drogas. También se ha comprobado que parte de los efectos negativos que tiene el estrés sobre la salud proviene del hecho de que las personas sometidas a estrés, especialmente de tipo laboral, presentan peores hábitos saludables que las personas que no lo sufren.

También menciona que los comportamientos y los estilos de vida saludables, son aquellas acciones que mejoran la salud de los individuos, es decir, son las conductas que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias fisiológicas inmediatas y a largo plazo, repercutiendo en su bienestar físico y en su calidad de vida. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, apesados a través de la investigación epidemiológica. Algunas de las prácticas en pro de la salud, son: realizar ejercicio físico, tener una alimentación adecuada, optar por desarrollar un estilo de vida minimizando las emociones negativas, optimizando el buen humor y la tranquilidad, de ser necesario tener asistencia terapéutica y hacer uso de la creatividad (Oblitas, 2008).

1.2.1 Antecedentes en la psicología de la salud

Desde tiempos remotos ha existido el interés por la salud y la enfermedad, recordando a la era platónica en la antigüedad donde existía una interpretación divina que se le atribuía a la enfermedad, la escuela platónica establecía tanto la salud como a la enfermedad eran determinadas por un principio no material, pues era el alma divina la que afectaba a los órganos; es decir, creían que la enfermedad se originaba por un castigo de los Dioses y no se curaba entonces con medicamentos, sino con cantos, himnos y otros rituales simbólicos. Por su parte, la escuela hipocrática se opuso a esta interpretación teúrgica, insistió en desacralizar las enfermedades y propuso una causa natural para ellas (Cardozo & Rondón, 2014).

Más tarde para Platón era importante considerar no sólo a la enfermedad de manera física y/o biológica, sino también de la psique y los aspectos globales de la persona, es decir, teniendo en cuenta el todo como factores personales y sociales y no solo una de sus partes (Cardozo, & Rondón, 2014).

Más adelante en la Edad Media, bajo el dominio del discurso de la Iglesia Católica, se desconocieron los aportes de las escuelas clásicas y prevaleció de nuevo la interpretación mística de las enfermedades, atribuidas a la ira de Dios o a la acción del demonio. Simultáneamente, la medicina del mundo árabe avanzó en la sustentación materialista de la enfermedad y señaló seis principios que incidían en el mantenimiento de la salud o en la producción de la enfermedad, eran estos: el aire puro, la moderación en el comer y en el beber, el descanso y el trabajo, la vigilia y el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales (Díaz, 2010).

Posteriormente en el Renacimiento, con el nuevo modo de producción capitalista y con su gran avance cultural y científico, revalorizó las enseñanzas de la escuela hipocrática y de la medicina árabe e incentivó la investigación médica ante la necesidad de respuestas prácticas a los problemas de salud que afectan a la población. El nacimiento de la microbiología, de la mano del invento del microscopio, confirmó la interpretación materialista de la enfermedad, pero produjo un esquema biologista unicausal para explicarla (Díaz, 2010).

Para el siglo XIX se definió que una lesión era igual a enfermedad, por lo tanto “salud” se definió como ausencia de lesión, posteriormente los fisiopatólogos identificaron a la enfermedad como disfunción y los microbiólogos con el concepto de infección (Arias et. a., 2004; citado en Cardozo & Rondón, 2014).

En la primera mitad del siglo XX con el descubrimiento y comercialización de la penicilina entre otros medicamentos se abrieron caminos de esperanza en cuanto al riesgo y transmisión de enfermedades, esto permitió tener mejor visión en cuanto a la salud llegando así la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) a entender a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones (Perea, 2004, p.14; citado en Cardozo & Rondón 2014).

El vínculo entre biología y medicina se hizo más fuerte en el siglo XX, lo que permitió que se ampliara y profundizaran los conocimientos acerca del sustrato material de las enfermedades, en las que se propone que ya no tienen efectos sólo los microorganismos sino una serie de procesos que ocurren en los órganos, tejidos y células, y en los cuales influyen de forma importante los procesos bioquímicos del organismo. Por su parte, el siglo XXI se define por el paradigma genético bajo el cual se han producido múltiples explicaciones y aplicaciones en esta área a la interpretación y tratamiento de las enfermedades, pero se ha consolidado con más fuerza el esquema unicausal con respecto a que las causas biológicas son las únicas y las últimas para explicar los procesos de salud y de enfermedad. (Díaz, V. 2010).

Esta mirada reduccionista de los problemas de salud ha generado como respuesta que en campos más propios de las disciplinas sociales se haya ido constituyendo una tendencia que cuestiona la mencionada unicausalidad y propone una perspectiva multicausal, donde la interacción entre tres componentes (agente, huésped y ambiente) determinan el mantenimiento de la salud o la génesis de las enfermedades.

Este enfoque advierte sobre la importancia de ingresar en el estudio de los problemas de salud el carácter activo del sujeto humano, que obliga a superar el esquema simplista de que el huésped es una entidad pasiva que recibe el influjo de un agente externo patógeno, y pone en evidencia que múltiples factores, entre ellos los psíquicos y sociales, inciden tanto en el huésped como en el agente y en el ambiente.

Esta nueva perspectiva ha hecho necesario que nuevas disciplinas contribuyan al estudio de un campo que tradicionalmente fue exclusivo del discurso médico; particularmente la psicología, con su rama específica de la “Psicología de la salud”, se ha configurado como una disciplina que se ocupa de los factores psíquicos y sociales que influyen en el mantenimiento de la salud o inciden en la aparición y evolución de una enfermedad en determinado sujeto (Morales, 1999; citado en Díaz, 2010).

Podemos percatarnos que, si bien la enfermedad ha acompañado a la humanidad durante toda la vida, ha sido un proceso largo para conocer de esta, desde su etiología hasta su tratamiento, así mismo ha ido de la mano con otras áreas para el conocimiento de esta, como la biología o la medicina. La psicología de la salud no solo se enfoca en el tratamiento de la enfermedad sino también en que es la salud, como se previene la enfermedad y de existir cuál sería su tratamiento evitando un deterioro mayor.

1.2.2 Estructura de psicología de la salud

El campo de la salud es amplio ya que abarca cuestiones como la relación entre la educación, el medio ambiente y la relación salud- enfermedad para llegar a tener una calidad de vida, desafía al antiguo modelo estructurado sobre el saber biomédico, fuertemente influenciado por el pensamiento positivista-cartesiano a romper sus paradigmas (Pelicioni, 1999).

Bajo esta premisa, el envejecimiento, el embarazo precoz, el alcoholismo, el uso de drogas, las enfermedades de transmisión sexual, las causas externas de mortalidad como violencia y accidentes, cuestiones étnicas, factores como, obesidad y desnutrición, contaminación del aire, polución sonora, polución en el agua, ocupación y uso desordenado del suelo, condiciones inadecuadas de destino de los excrementos humanos, empleo, vivienda, actividad física, comportamientos y hábitos son temas emergentes respecto a los cuales se han producido y divulgado muchos conocimientos nuevos, formas de vida y con ello, estrés y diversas consecuencias ante la salud (Westphal, 2001; citado en Werner, Pelicioni & Heloisa, 2002).

Continuando con esclarecer que es la salud, se encontró que es un estado de completo bienestar físico, mental y social y, no solamente la ausencia de enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, es decir, cualquier persona

merece tener y disfrutar de una vida en bienestar en cualquiera de sus esferas personales OMS (2016).

La salud también se compone de otros rasgos, como tener recursos necesarios básicos y hacer acciones que nos lleven al mantenimiento de esta, ya que como se mencionó, la salud no sólo es la ausencia de enfermedad, sino que es un estado global de bienestar físico, psicológico y psicosocial, al menos en la cultura occidental. Ésta se engloba en diversas áreas como son: la salud en la genética, en el comportamiento, recordar a la salud como buena forma física y además tener bienestar psicosocial (Bennett & Morrison, 2008).

La revolución científica del siglo XVII fue reconocida por Galileo, ya que descubrió y comenzó a poner en práctica el método científico para el entendimiento de la enfermedad (Peña & Paco, 2002). Por otra parte, Claude Bernard (1813-1878), médico francés de mediados del siglo XIX, es considerado uno de los principales científicos de la medicina hace dos siglos, ya que hoy en día muchos de sus escritos, recopilaciones y ediciones, años después de su muerte, continúan en un análisis extenso, ya que en sus ideas puede encontrarse algunas bases a lo que hoy se llama “lo normal y lo patológico”. Contrario a sus predecesores y no pocos contemporáneos, Bernard se opone a las concepciones animistas y vitalistas que aún ejercían influencia en la medicina.

Esas ideas animistas eran claramente opuestas al pensamiento científico y realista. Bernard, quien sostiene que los síntomas no son fenómenos totalmente ajenos al estado normal, sino “preexistentes”, siendo por ello, “sólo anormalmente manifiestos en la enfermedad”. Niega así la existencia (real y racional) de entes, espíritus, demonios y demás “principios vitales” que obcecaban el entendimiento del estado patológico.

Bernard postulaba, entonces, que el estado patológico es el desorden cuantitativo y medible de un mecanismo o funcionamiento, pues él confiaba en la determinación de lo normal, por medio de la estadística, partiendo del supuesto de que todas las variables biológicas siguen una distribución en campana de Gauss.

Proponía valores límite (claramente identificables) entre lo normal y lo patológico. No hacía mucho caso de consideraciones valorativas, idealistas o místicas; confiaba en el materialismo de la perspectiva científica. La enfermedad era para él, el estado fisiológico alterado, nada más que eso: *Toda enfermedad tiene una función normal respectiva, de la cual sólo es una expresión perturbada, exagerada, aminorada o anulada* (Peña & Paco, 2002, p. 226).

Para Auguste Comte (filósofo positivista del siglo XIX) también asume una actitud naturalista. Para él (según Canguilhem), todas las enfermedades admitidas “sólo son alteraciones de lo normal”; asume que no podrían existir desórdenes de las funciones vitales sin lesiones de órganos o más bien de tejidos. Explica que todas las enfermedades consisten fundamentalmente *en el exceso o defecto de la excitación de los diversos tejidos por encima y por debajo del grado que constituye el estado normal* (Peña & Paco, 2002, p.227).

De forma opuesta, los normativistas señalan que la designación de ciertos grupos de fenómenos como enfermedades está basado en juicios de valor. La sociedad impone reglas y normas al designar un estado saludable o patológico. Dado que la enfermedad representa una amenaza para la vida del humano, es éste quien decide qué es enfermedad y que no (Peña & Paco, 2002).

En la actualidad, La OMS (2018) define enfermedad como Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos y, cuya evolución es más o menos previsible, además de esto, es importante considerar los siguientes aspectos de la enfermedad:

- Epidemiología: Son las variables en cuanto al contexto y situación del paciente en las que con mayor probabilidad se desarrollará una determinada patología.

- Etiología: Se refiere a las causas más probables por las que se ha desarrollado una enfermedad, algunas muy claras y evidentes y, otras muy difíciles de definir.
- Patogenia: Se trata de la serie de sucesos que tiene lugar a nivel celular y tisular cuando el organismo comienza a desarrollar una enfermedad, así como su evolución.
- Cuadro clínico: Se define a partir de los síntomas o manifestaciones de la enfermedad, así como de los signos clínicos obtenidos a través de exámenes y otras pruebas psicofísicas en el paciente.
- Diagnóstico: Determina la enfermedad o afección del paciente con base en los resultados obtenidos mediante todas las pruebas realizadas.
- Tratamiento: Aplicación de medicamentos o cambios en las condiciones de vida del paciente para revertir o paliar los síntomas que han producido una determinada enfermedad.
- Pronóstico: Valoración de cuál será la evolución en el paciente con base en las posibles variables de la propia enfermedad y del tratamiento aplicado, aunque este pronóstico no siempre es acertado y no siempre se puede llevar a cabo.

A la psicología de la salud le interesa todo lo relacionado con variables psicológicas en el proceso de salud-enfermedad, y se ocupa no solo de la atención o tratamiento de los enfermos, sino que le es de importancia la prevención de todas las enfermedades, incluyendo enfermedades mentales; así mismo, tiene como ámbitos de actuación todos los niveles de atención y su enfoque no está centrado en el individuo, incluye trabajo con la familia y la comunidad. Además, es parte de ella, el estudio de los factores subjetivos que intervienen en el último, por denominarse “psicología de la salud”, no se refiere solo a la parte positiva del

proceso, es psicología aplicada a la salud, la enfermedad y, también a sus secuelas (Pérez, 1999; citado en Anaya, Gutiérrez, López, & Martínez, 2018).

Se considera que la psicología de la salud comprende cualquier aplicación tanto en sí misma sobre la salud como en la salud pública, la educación para ésta, la planeación, el financiamiento, la legislación sobre salud y otros componentes de este tipo en todo el sistema. Algunas de las áreas que abarca dicho campo de la psicología son:

- Promoción y acrecentamiento de la salud: (creencias, actitudes, comportamiento y responsabilidad individual en la salud).
- Control de variables: motivaciones y la parte afectiva y emocionales como la ansiedad, depresión, estrés, entre otras.
- Potenciación de recursos protectores y de resistencia (amor, afecto, amistad, alegría, optimismo).
- Generación de hábitos y estilos de vida sanos (descanso adecuado y, disfrute de ocio, alimentación balanceada, buena higiene, sexo, buena relación con familiares y/o con amigos, redes de apoyo, no consumo de sustancias dañinas, actividad física).
- Aprendizaje de competencias y habilidades básicas (relajación, autocontrol, solución de problemas, comunicación, búsqueda de apoyo social).
- Participación de la salubridad ambiental (cuidado con el medio ambiente).
- Participación política y ciudadana como es el uso adecuado de los servicios de salud y, la elección de la mejor política (Stone 1988; citado en Anaya, Gutiérrez, López & Martínez, 2018).

Es de importancia señalar que la psicología de la salud maneja tres niveles de prevención, los cuales son:

- Prevención primaria: Protección de salud, la cual se lleva a cabo sobre el medio ambiente como el saneamiento ambiental y la higiene alimentaria. Prevención de enfermedad que se lleva a cabo en la interacción con otras personas y buenas relaciones, hábitos saludables en alimentación, higiene del sueño, ejercicio constante, evitar el consumo de sustancias tóxicas, entrenamiento de habilidades para el manejo de estrés, comunicación, entre otras anteriormente mencionadas.
- Prevención secundaria: Entra cuando los factores de enfermedad ya están en juego y el objetivo es evitar el empeoramiento o cronicidad de dicha enfermedad, proporcionando modificación de hábitos y adhesión al tratamiento.
- Prevención terciaria: Se lleva a cabo cuando la enfermedad se considera patológica o crónica el objetivo es atender el progreso y, prevenir el deterioro de este en la persona (Salleras, 1994; Citado en Cardozo & Rondón, 2014).

Tomemos en cuenta que, existen una serie de modificación en las conductas para lograr la prevención de enfermedades y, entre ellas están:

- Control de variables, como la actitud, las situaciones motivacionales y la importancia de lo afectivo emocional de riesgo (manejo de ansiedad, estrés, depresión, etc.).
- Modificación de conductas patógenas e insalubres del medio (contaminación, hacinamiento, ruido, tóxicos, virus, etc.).
- Promoción de estilos de vida saludables, evitando hábitos insanos asociados al incremento de enfermedades con el consumo de comida chatarra, consumo de sustancias tóxicas y sedentarismo.

- Educación a usuarios para la adquisición y el mantenimiento de una salud óptima, así como aprender acerca del uso adecuado del sistema sanitario.
- Aunado a lo anterior, considerar los aspectos sociales, económicos, culturales y, espirituales como un todo que engloba nuestra salud (Oblitas, 2007).

Así mismo, es importante considerar que la psicología de la salud trabaja de la mano con otros profesionales del área de salud, como el médico, nutriólogo, enfermeros, cirujanos, entre otros especialistas, para la intervención y/o tratamiento del paciente.

Las disciplinas científicas, tal como las conocemos actualmente, tienen aproximadamente 200 años de antigüedad. Hasta el siglo XVIII las disciplinas no desempeñaban una función social reconocible, sino que eran fundamentalmente repositorios de conocimiento y, por tanto, no había mucha relación entre las disciplinas y la organización de las universidades (Weingart, 2012).

La división del conocimiento en disciplinas diferenciadas refleja la estructura de producción y distribución del conocimiento; además, modela la aplicación del mismo en la medida en que aquéllas están institucionalizadas. La división e institucionalización de la ciencia en disciplinas no sólo modela nuestra percepción de las ciencias, sino también nuestra percepción del mundo (Según Weingart 2012; citado en Bocco et. al.,2014).

A principios del siglo XXI, científicos de diversos campos comenzaron a tener experiencia de trabajo inter, multi o interdisciplinario, de manera que en las universidades y en otros centros de conocimiento ha surgido una institucionalidad dirigida a impulsar proyectos de investigación y programas docentes de tipo interdisciplinario. Además, algunas de las nuevas disciplinas surgen de la fusión de dos o más disciplinas o de la integración de cuerpos de conocimiento pertenecientes a disciplinas diferentes. Robinson retoma una clasificación de la (OECD) de 1972,

según la cual el grado máximo de integración entre disciplinas se hallaría en los enfoques transdisciplinarios y el mínimo en los multidisciplinarios, entendiéndolo como:

- Interdisciplinario, alude a una cierta integración del trabajo disciplinario.
- Multidisciplinario, significa una combinación de varias disciplinas en el análisis de un mismo problema.
- Transdisciplinario, significa la creación de nuevos marcos conceptuales que proveen una nueva síntesis de ideas y métodos.

Así, en una reflexión sobre las ventajas del trabajo interdisciplinario señala varios aspectos positivos:

- El conocimiento y la investigación interdisciplinaria sirven para recordarnos el ideal de la unidad del conocimiento.
- Los interdisciplinarios disfrutan de mayor flexibilidad en su investigación.
- Los interdisciplinarios a menudo se ven a sí mismos como el equivalente intelectual de explorar nuevos territorios.
- Los interdisciplinarios pueden ayudar a cerrar las brechas de comunicación en la academia, ayudando de esta manera a movilizar sus recursos intelectuales para una mayor causa.
- Tendiendo puentes entre las disciplinas, los interdisciplinarios podrían jugar un papel en defensa de la libertad académica.
- Desde una perspectiva pragmática el fin de la interdisciplinaria es tener más elementos y mayor éxito en la resolución de problemas. Y agrega que el fundamento último sería preservar o lograr una vida mejor en una sociedad global y compleja que innova rápida y continuamente (Bocco et. al.,2014).

Se puede concluir que la psicología de la salud no es una rama aislada, es importante el trabajo con otras disciplinas para llevar a cabo en un trabajo de la prevención, la planificación del tratamiento, la adherencia a éste, en caso de haber alguna alteración en la salud. También es importante señalar que, pese a que se tenga el conocimiento de otros profesionales a “la mano” para la intervención del usuario, es imperativo que el psicólogo esté informado en cuestiones que aparentemente no tienen que ver con su área para así poder brindar un trabajo más integral al usuario.

1.2.3. Metodología de psicología de la salud

Los psicólogos clínicos intentan aliviar a los individuos que demandan su apoyo a través de los conocimientos psicológicos. El resultado cuando es positivo, muestra que el cliente presente un comportamiento modificado y mejor adaptado al ecosistema personal y, a su visión del mundo; en general no se plantean el cambio del ecosistema, entre otras cosas porque no está a su alcance, excepto si se trata de niños o de adultos con actividad restringida. A demás, hay que tener presente que el modelo clínico sólo puede hacer frente al problema cuando se plantea una demanda de ayuda por parte del individuo; en otro caso, carece de sentido (Santacreu, 1991).

El método clínico fue heredado del desarrollo de la Medicina Conductual; con las repercusiones sociales de la Psicología aplicada a la salud, ambas han cobrado especial relevancia en los métodos sociopsicológicos y epidemiológicos, el condicionamiento social de los fenómenos psíquicos impone la incorporación de estos métodos para la solución de tareas concretas. La “epidemiología conductual o psicosocial”, que intenta estudiar si las modificaciones de factores psicosociales de riesgo pueden alterar la incidencia o curso de una enfermedad (por ejemplo, expectativas de autoeficacia o emociones asociadas al hábito de fumar y, el cáncer del pulmón), permite introducir procedimientos concretos para evaluar el efecto de programas y, facilita el diseño de intervenciones para modificar estos factores de riesgo.

No hay duda de que el conocimiento de la incidencia y prevalencia de las distintas enfermedades o disturbios en áreas de salud nos facilita determinar posibles factores causales y, tomar medidas preventivas. En este contexto, el método epidemiológico es válido para las acciones psicológicas en torno a la salud. La psicología clínica tiene numerosas definiciones, entre ellas se encuentra que *Es una especialidad que procura entender la conducta humana y mejorar la situación de las personas que se encuentran con problemas, utilizando para ello los conocimientos y las técnicas más avanzadas y, procurando mediante la investigación, mejorar las técnicas y ampliar los conocimientos para buscar mayor eficiencia* (Korchin, 1976 p. 12; citado en Hernández, & Grau, 2005).

Obsérvese que la Psicología Clínica le otorga mayor importancia a la enfermedad que a la salud y, está enfocada hacia el individuo, aunque trabaje con grupos; esta tradicionalmente asociada al trabajo hospitalario y de consultorio, estableciendo relaciones de ayuda con las personas que demandan algún tipo de apoyo (Hernández & Grau, 2005).

Por otra parte, el modelo clínico, cognitivo conductual, supone que el organismo se desarrolla biológica y psicológicamente, que aprende de su experiencia con el medio y que además integra y organiza esta experiencia de una determinada manera, hasta el punto de que se comporta como si se tratara de un individuo distinto conforme va pasando el tiempo, moldeado por su ecosistema. Con este planteamiento los psicólogos clínicos, mediante este modelo han intentado explicar y modificar el comportamiento no saludable de aquellos que pedían ayuda psicológica (Hernández & Grau, 2005).

Es evidente que los aspectos biológicos y psicológicos están perfectamente contemplados en este modelo, en cuanto que los aspectos fisiológicos y cognitivos, se tienen en cuenta desde una perspectiva psicológica que lo integra. Sin embargo, los aspectos del ecosistema y en especial los aspectos sociales se descartan de la intervención clínica. Se considera que es a través de la participación política es como se pueden y deben modificar dichos ecosistemas, ya que, si se modifica el

ecosistema del sujeto con la intervención clínica, daría cómo resultado cambios en la conducta (Santacreu,1991).

El modelo que pudiera ser útil para explicar y/o modificar su comportamiento es un modelo centrado en la persona, donde la "situación estimular" o el ecosistema es solo una pantalla ante la que el sujeto tiene que reaccionar. La situación clínica no tiene nada que ver con el comportamiento general de los individuos (que es lo que nos está interesando cuando estudiamos la salud) sino sólo de aquellos que reconocen que su comportamiento no es saludable, que quieren modificar su propia conducta y no el ecosistema (porque estiman que quizás ello no es posible) (Santacreu,1991).

Este modelo de explicación psicológica necesita conocer la descripción del ecosistema, las distintas caras que presenta, porque lo que interesa al psicólogo son los patrones de interacción del paciente con su medio. En algunos casos, para conocer la génesis del problema o la enfermedad, interesa la historia o la experiencia personal del sujeto y, especialmente, conocer que comportamientos son desadaptativos y en que situaciones. Por otro lado, los modelos cognitivo conductual y la psicología clínica se plantean con mucha más fuerza, la modificación del individuo que desea terapia, que la explicación del comportamiento más allá del imperativo de modificarlo (Santacreu,1991).

A lo que Morales (1999, p. 198), agrega:

En la causalidad de todas las enfermedades en general, hay, en mayor o menor grado, elementos de carácter psicológico. En todas están presentes estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de la condición patológica, las limitaciones que lleva aparejada, las exigencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el pronóstico y el impacto para la vida futura. Cada paciente presentará entonces su propia respuesta a la enfermedad en la que se pone de manifiesto no sólo las características regulares de la misma como hecho biológico sino, sobre todo, las del sujeto como persona actuando en una situación específica (Morales 1999, p. 198; citado en Díaz, 2010, p.1.).

A demás la “Psicología de la Salud” está en condiciones de elaborar tácticas de trabajo para la solución de diversos problemas concretos a fin con la salud, estrategias generales para el enfrentamiento de dichos problemas y el logro de beneficios en los servicios de salud, estas estrategias pueden convertirse en motor del desarrollo de la disciplina. Se han propuesto, cuatro estrategias generales para hacer viables las contribuciones de la Psicología en la solución de los problemas más actuales de salud:

- A) La responsabilidad individual en la obtención y conservación de la salud, la intervención en los componentes psicológicos de los factores de riesgo.
- B) El incremento de los factores psicosociales a una mejor calidad de vida del enfermo, especialmente cuando llega a ser crónico.
- C) La preparación y calificación adecuada de los recursos profesionales que administran, ofertan o proveen salud.
- D) La caracterización del componente psicológico de los servicios de salud, la evaluación de su calidad y de la satisfacción de los usuarios, la reducción de los costos de estos servicios con la influencia sobre estos componentes. (Grau, 1996 & Martín, 1993).

Por otro lado, la Medicina Conductual, es un amplio campo de integración de conocimientos proveniente de diferentes disciplinas biomédicas (anatomía, fisiología, bioquímica, endocrinología, neurología) y de disciplinas psicosociales (psicología del aprendizaje, terapia y modificación de conducta, sociología, antropología) que están dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Su característica fundamental es la interdisciplinariedad y, en un sentido amplio es entendida como la aplicación de técnicas psicosociales al campo de la salud y, es resultante de la aplicación de la psicología experimental a la práctica médica (Godoy, 1991, 1999; Citado en Hernández & Grau, 2005).

La mayor parte de las acciones psicológicas profesionales en salud se absorberían en una u otra estrategia, que jugarían el papel de directrices rectoras

de la investigación y la intervención en salud. Si bien, las disciplinas como la psicología clínica, la medicina conductual y la psicología de la salud van de la mano, cada área trabaja en subcampos allegados pero diferentes.

A continuación, se muestra una tabla sintetizando el trabajo de estas tres áreas de la psicología.

Tabla 2. Contrastación de disciplinas afines a la psicología

Disciplinas	Objetos	Modelos	Énfasis en:	Sujetos
PSICOLOGÍA CLÍNICA	Trastornos "psíquicos"	Conductual, emocional y psicométrico	Diagnóstico y tratamiento	Individuos
MEDICINA CONDUCTUAL	Trastornos "físicos"	Cognitivo-conductual	Tratamiento	Individuos
PSICOLOGÍA DE LA SALUD	Salud y problemas diversos (mediatizados del proceso salud-enfermedad)	Motivacional, emocional, cognitivo-conductual, psicométrico, integrando el epidemiológico y sociopsicológico.	Promoción y prevención	Individuos, grupos y comunidades

(Hernández & Grau, 2005).

La integración metodológica de la clínica, la epidemiología, la psicología social y, la sociología están también presentes cuando se trata de examinar los métodos rectores de la Psicología de la Salud y, está aún por determinar el peso específico que tienen cada uno de estos métodos en la construcción de los procedimientos propios de está, probablemente cada uno de ellos juegue un papel diferente en diversos ámbitos y, ante distintas acciones (Schwartz & Weiss, 1978; citado en Hernández & Grau, 2005).

Este proceso de reelaboración metodológica, busca encontrar el ordenador metodológico sobre la base de categorías propiamente psicológicas. Su desarrollo también ha estado muy vinculado al biofeedback y a la aplicación de las técnicas de modificación de conducta para resolver los problemas de salud. Blanchard (1977), la concibe como la sistemática aplicación de los principios y la tecnología conductuales al campo de la medicina; otros autores afirman que es un campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de conocimientos científicos conductuales, biomédicos y de técnicas relevantes para la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Schwartz & Weiss, 1978; Citado en Hernández & Grau, 2005).

Basado en el modelo bio-psico-social se podría señalar que la Psicología de la Salud tiene como objetivo, el estudio propio de la salud , la intervención es la prevención , el tipo de manifestaciones que presenta el problema que se quiere prevenir no es excesivamente relevante, (porque se estudia a los sujetos cuando están saludables y en la medida que se asume el modelo bio-psico-social se entiende que los eventos precursores no tienen por qué estar relacionados con el tipo de manifestaciones del problema) y, finalmente, el objetivo directo de la intervención es tanto el organismo en su aspecto biológico, como el psicológico y lo socio-ambiental considerando que las acciones sinérgicas en los distintos sistemas son las que efectivamente tienen éxito (Engel, 1977; Schwartz, 1982; Rose y Solomon, 1985; Mchugh & Vallis, 1986; Santacreu, Márquez & Zaccagnini, 1989)..

La psicología se plantea como objeto de estudio el comportamiento humano, que incluye los pensamiento o cogniciones (pensamientos, imágenes, que son respuestas no observables pero de las que en cierta medida se puede tener fe de su ocurrencia a través del autoinforme del sujeto); respuestas fisiológicas o biológicas no observables directamente, aunque en algunos casos se puede obtener su valor a través de análisis o registros precisos de las mismas y, conductas manifiestas y observables, lo que siempre se ha entendido por conducta, es decir, lo que el sujeto hace y puede ser observado por otros (Engel, 1977; Schwartz, 1982;

Rose y Solomon, 1985; Mchugh & Vallis, 1986; Santacreu, Márquez & Zaccagnini, 1989).

El comportamiento humano anormal está constituido por formas de adaptación al ecosistema que finalmente resultan inadecuadas a corto o a largo plazo. Por ejemplo, en el caso del alcoholismo, ingerir bebidas alcohólicas en determinadas situaciones, es reforzante para el sujeto y adaptativo en un amplio número de casos; sin embargo, la ingestión frecuente y continuada puede resultar desadaptativa (Engel, 1977; Schwartz, 1982; Rose y Solomon, 1985; Mchugh & Vallis, 1986; Santacreu, Márquez & Zaccagnini, 1989).

El objetivo o tema de estudio de la Psicología Clínica y, de la Medicina en general es la enfermedad, el tipo de intervención está centrado en la curación. En el primer caso las manifestaciones pueden ser de índole psicológica o somática, mientras en el segundo suelen ser exclusivamente somáticas. Finalmente, ambas disciplinas se dirigen al organismo como objetivo de la intervención en su aspecto más psicológico o en su aspecto más biológico o somático (Engel, 1977; Schwartz, 1982; Rose y Solomon, 1985; Mchugh & Vallis, 1986; Santacreu, Márquez & Zaccagnini, 1989).

La Medicina Preventiva, sin embargo, coincide en casi todas las dimensiones con la Psicología de la Salud, haciendo hasta ahora mucho menos hincapié en lo psicológico. La Medicina Conductual tiene mayor interés en los aspectos de la enfermedad que en los de salud y, por consiguiente, la intervención es también de tipo curativo. El objetivo de la intervención se centra en el organismo, pero dirigiéndose primordialmente a los aspectos psicológicos de éste, mientras que las manifestaciones de los problemas sobre los que interviene son de tipo somático (Santacreu, 1991).

1.3 Profesionales de la salud en trabajo multidisciplinario con el psicólogo

Lo importante de la intervención profesional de diversas disciplinas que constituyen los equipos profesionales es justamente la diversidad y riqueza intelectuales de las que se nutren, pero para que un grupo de profesionales

evolucione hacia un verdadero equipo de trabajo se amerita implementar diversos aspectos para que estos brinden frutos. El rol del psicólogo en un equipo interdisciplinario consiste en la evaluación inicial de los pacientes con el fin de determinar su capacidad para cumplir con los cambios en el estilo de vida que se necesitan para una mejora en su calidad de vida, brindar al paciente psicoeducación a fin de prepararlo para estos cambios y, para tomar una decisión acerca de su caso particular (Díaz, 2010).

Así mismo, Díaz, (2010) propone en la atención secundaria, que los psicólogos de la salud deben estar integrados a las distintas unidades hospitalarias y hacer parte de los equipos multidisciplinarios que tratan a los pacientes que son atendidos en ellas. En términos generales, el trabajo del psicólogo en estas instituciones se orienta hacia las siguientes acciones:

- La recepción de las interconsultas médico-psicológicas y, la asistencia directa de los pacientes enfermos y las familias que son atendidos en los distintos servicios clínicos y quirúrgicos de la institución hospitalaria.
- El trabajo investigativo, educativo y reflexivo que incluya a los estudiantes y profesionales de las distintas áreas de la salud, acerca de los aspectos psicológicos que inciden en el proceso salud-enfermedad y en el vínculo asistencial.
- La participación en los equipos multidisciplinarios que estudian las situaciones de los pacientes enfermos y toman las decisiones sobre las intervenciones que sean necesarias.
- La acción institucional que involucra, entre otros, los temas de la satisfacción o insatisfacción de los pacientes y los trabajadores de la salud con los servicios que son ofrecidos por la institución.

Recordemos que en México existen instituciones grandes como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el cual se atiende a una gran cantidad de población en el área de la salud, donde su primer contacto es la asistente médico, seguido por el médico familiar, enfermero, trabajo social, o en su defecto otros especialistas como el nutriólogo, el psicólogo, así que la participación de cada uno

juega un papel de suma importancia para el usuario desde la prevención hasta el tratamiento y su adherencia.

Todos los trabajadores y profesionales en teoría laboran de manera interdisciplinaria en pro de la salud del usuario; sin embargo, pese que así debería, no siempre ocurre así ya que cada profesional ve al usuario desde su propio lente olvidando que el ser humano es integral y, no solo un área. Así el trabajo interdisciplinario no siempre garantiza el tan esperado bienestar integral, ya que, aunque lo mejor de trabajar interdisciplinariamente sea con la finalidad de encontrar el bienestar del paciente no siempre se coincide en conocimiento y manera de trabajar con otros profesionales, es por ello que el psicólogo clínico debe tener conocimiento básico sobre medicina (el funcionamiento del cuerpo), intervención “paramédica”, farmacología, para ver y tratar al paciente como un todo y no solo por partes para así poder visualizarlo y tratarlo de manera integral.

1.3.1 Relación entre el profesional de la salud con el paciente

Las relaciones interpersonales pueden darse desde diversas esferas ya sea por una cuestión laboral, familiar, amorosa, escolares, entre otras, llevando consigo sus particularidades en la convivencia, sin embargo, la relación entre el médico y el paciente está unido con la importancia de la visión integral del hombre, es por esto que la escuela hipocrática, con su insistencia en que el hombre no es solo lo físico, sino un conjunto inseparable con lo psíquico y, su especial atención en la relación con su medio ambiente, constituye un hito decisivo en el desarrollo de la medicina (Kilo & Endsley, 2010 & Carrera, 2006; citado en González, Martínez & Armando, 2010,).

En el contexto de la revolución científica y con el desarrollo de tecnologías avanzadas, los preceptos y principios que están implícitos en la relación médico-paciente y, que vienen representados por los valores, actitudes, propósitos y acciones que el profesional asume ante su paciente, deben darse en una relación armónica y con características peculiares donde se conjuguen en proporción de interés, dedicación, compromiso, el caudal de conocimientos y, la profesionalidad en el ejercicio de las funciones médicas; debe darse una relación interpersonal de

tipo profesional que sirve con base en la gestión de salud y, que a su vez está influenciada o determinada por diversos componentes de carácter económico, profesional, jurídico, psicológico, moral y ético (Borrell, F. 1986, González, A. & Kraftchenko, O. 2003).

Según Hipócrates (470 a.C.) hace más de 2,000 años consideró que el médico debía reunir cuatro cualidades fundamentales: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad. Estas condiciones quedan bien reflejadas en los tres parámetros establecidos por Pedro Lain Entralgo (1964) saber ponerse en el lugar del otro, así como disponerse a ayudarlo cuando enfrenta dificultades. Según la relación entre médico paciente, pueden ser clasificada de diferentes formas, pero la más utilizada por su sentido práctico es aquella que establece tres formas distintas:

1. Relación activo-pasiva.
2. Relación de cooperación guiada.
3. Relación de participación mutua (Borroto, C., Aneiros, R. 1996, et. al; citado en Rodrigo, H., 2006).

En otra definición se añade que para establecer una comunicación eficaz el médico debe, inspirar respeto por su alto prestigio social y responsabilidad, además de planear sus acciones y tener disposición para la relación de ayuda. Sin embargo, en contraste con lo antes mencionada en el libro del doctor Miguel A. Moreno aparece una cita de Castillo del Pino: *“Médico es aquel que sabe aplicar las tecnologías. Paciente es al que se le aplican las tecnologías. El médico no ha sido ni es un científico, sino un técnico que sólo se limita a aplicar un conocimiento y que sólo tiene la obligación con los enfermos de ser cortés, pero no humano”*. Deshumanización justificada, no es más que el precio de la actual “eficacia médica” (González, et. al. 2010).

El paciente debe aceptar que lo único que puede pedir es que lo curen, no que lo quieran ya que no son ni deben ser más que funcionarios del sistema productivo, manipuladores calificados de una tecnología sofisticada y, altamente eficaz que ni tiene tiempo ni saben descender a la demanda de la humanización, demanda que

el estado ha delegado en otros especialistas, otros funcionarios, trabajadores sociales, psiquiatras, enfermeros, entre otros (Moreno y Rodés, 2006; citado en González et. al., 2010).

A partir del surgimiento de la revolución técnica-científica en la medicina, en los años 60's, se inició un fenómeno que en la actualidad están planteado los componentes clínicos del diagnóstico han ido cediendo cada vez más espacios a la tecnología, dejando de lado la interacción con el paciente, muchos médicos apenas interrogan y examinan a sus enfermos, apenas establecen una relación humana con ellos, olvidando que el abandono de la atención clínica, conduce a la atrofia de las habilidades básicas del médico, desprofesionaliza a la medicina, transformándola en un oficio y a ellos en unos técnicos. De acuerdo con Moreno (2006) la medicina se ha convertido en una mercancía, que impone al médico una conducta ajena al paciente y, a muchos pacientes una creciente alienación (González et. al., 2010).

Estos acontecimientos mencionados no pueden superarse sino a través de un cambio en el estilo de pensamiento, el paradigma social de afianzarse no solo sobre la base de diseños de políticas o elaboraciones teóricas, es preciso acciones sistemáticas en todos los sentidos, desde la formación curricular hasta la actividad profesional que conduzcan a dar lugar primordial a los aspectos éticos y humanísticos. La medicina no es una ciencia técnica, como tampoco es una ciencia natural, lo técnico y lo natural (biológico) ha de estar mediados o marcados por un contenido social (Moreno, R. 2006; citado en González et. al., 2010).

Por ello la comunicación constituye un proceso fundamental para el desarrollo de una relación médico-paciente eficaz, el médico debe perfeccionar constantemente sus habilidades comunicativas y, actuar siempre de acuerdo a los principios de la ética, además de ser esencial la educación del paciente con respecto a sus problemas de salud. El modelo de esta relación debe ser contextualizado y enseñado con un enfoque integral e histórico cultural (Moreno, R. 2006; citado en González et. al., 2010).

La psicología de la salud y/o medicina conductual pueden hacer mucho, no solamente para mejorar el estilo de vida de cada individuo, sino también para mejorar la calidad de los servicios de salud y, reducir sus costos. Los estudios de investigación empírica que se interesan por entender la relación de los factores psicológicos y, los procesos de enfermedad, han demostrado largamente esta relación de causa y efecto. Estos trabajos de investigación han revelado el impacto directo del estrés sobre la salud, así como también el impacto de factores sociales y psicológicos sobre conductas de alto riesgo (Corveleyn, J. 1998).

El rol de los psicólogos de la salud en la prevención de enfermedades es vital, el trabajo en esta área es prometedor en la medida que cada día conocemos más los mecanismos conductuales que influyen en la salud y, en los procesos que motivan conductas saludables. Este enfoque en prevención primaria designada a mantener individuos saludables, debe de tener como meta reducir los costos de servicios asistenciales y hospitalarios, a través de la identificación de conductas de riesgo, explicación de los beneficios del entrenamiento físico aeróbico, manejo de estrés, y una dieta apropiada, así como el diseño de programas que permitan estimular al individuo para el logro de un estilo de vida saludable (Corveleyn, J. 1998).

No obstante, en la relación psicólogo-paciente es necesario de ambas partes un diálogo continuo donde es imperante la participación activa del paciente y una interacción con sentido de compromiso de ambas partes; empero, el terapeuta es un facilitador para los cambios del paciente, pero en sí, es éste quien los lleva a cabo (Corveleyn, J. 1998).

La manera de relacione entre el médico o profesional de la salud y el paciente varía de acuerdo con el enfoque de trabajo terapéutico, a continuación, se mencionarán algunas formas de acuerdo al enfoque, por ejemplo:

En la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud (1856- 1939), la relación de terapeuta-paciente contiene cuatro aspectos de importancia, los cuales son:

- La sugestión, cuyo objetivo es crear un círculo de confianza entre terapeuta y paciente mientras se coloca al terapeuta como la figura del saber.
- El segundo es la transferencia ya que, el paciente puede colocar al terapeuta energías libidinales concentrados en su inconsciente.
- El tercer aspecto es la contratransferencia que es lo que el analista piensa, siente u opina de la relación al paciente o su situación.
- El cuarto, se refiere a la “atención flotante” como una jerarquía en la información que proporciona el consultante y le permite al terapeuta discriminar entre lo que nutre la interpretación del caso y lo que no. Además, debe de considerarse que el analista no critica, no juzga, no aprueba o desacredita, ni presiona al paciente (Munera, 2014).

Por su parte, el psicoanalítico y psiquiatra Jung (1875- 1961) sugiere dejar un tanto la teoría para dar paso a la escucha activa hacia su paciente y, se considera que no sólo se trata de que el terapeuta ayude al paciente, sino que hay un trabajo en conjunto, por lo tanto, un cambio en ambos (Moreno, 2010, p. 3).

Mientras que, en el enfoque humanista, donde uno de sus pioneros es Carl Rogers (1902- 1987), quien sugiere que el tipo de relación entre terapeuta-cliente tienda hacer amistosa ya que eso llevaría a quitar barreras entre ambos; sin embargo, algunos consideran esta forma de trabajo es un tanto peligrosa ya que se pueden generar juicios de valor, identificación y, hasta relaciones más íntimas que no ayudarían al desarrollo óptimo de la terapia (Múnera, 2014).

En otro tipo de terapias como, la “terapia breve” enfocada en el cliente, su relación está basada en cooperación entre terapeuta y paciente ya que tiene como objetivo la resolución de los aconteceres del paciente a través de potencializar los recursos que ya posee (Múnera, 2014).

Otros autores proponen algunas características que el psicólogo clínico debe brindar para una buena relación y a su vez adhesión a la terapia. Por su parte Hartley, (1985) ha definido la relación terapéutica como un constructo que incluye la relación real y a la alianza de trabajo, es decir, que exista un vínculo entre terapeuta-paciente, así como también menciona que ambos tengan la capacidad de trabajar en conjunto según los objetivos establecidos (Bordin 1979; citado en Martín, E., Simkin, H., Putrino, N., Giusti, S. & Helmich, N. 2014) habló de la “Alianza Terapéutica” como un constructo multidimensional en el cual se identifican tres componentes:

- 1) Acuerdo en las tareas.
- 2) Vínculo positivo.
- 3) Acuerdo en los objetivos.

Por otra parte, Etchevers (2013) menciona algunas características importantes que ha identificado en la relación psicólogo-paciente para una alianza terapéutica:

- Empatía y actitud cálida: La actitud empática permite comprender actitudes y valores del paciente e implica por parte del terapeuta, una actitud neutral y objetiva, además debe de tener la capacidad de comprender el punto de vista del paciente de la forma más precisa y sensible, puesto que es el factor más valorado por los terapeutas (Carlozzy, Bull, Stein, Ray & Barnes, 2002; Raskin, 1974).
- Flexibilidad y Adaptación a las necesidades del paciente: Se ha demostrado en investigaciones de diversos campos de conocimiento (Dreyfus & Dreyfus, 1986; Schön, 1983) que la experiencia profesional permite percibir la situación y, actuar de manera creativa, flexible y sensible al contexto. En este mismo sentido, Safran y Muran (2005), consideran que la experiencia terapéutica abre posibilidades para intervenir sobre cada caso en particular de manera flexible y, los diferencia de los terapeutas menos experimentados

o principiantes, quienes aplican las teorías y técnicas como si fueran “recetas de cocina”.

- Feedback, diálogo fluido: Se ha observado que uno de los factores de mayor relevancia para la relación entre paciente y terapeuta es la calidad de la comunicación (Butler, Henry & Strupp, 1992). De acuerdo con Hill y Knox (2009) el feedback del terapeuta puede contribuir a que el paciente experimente un “insight” (darse cuenta de) respecto de aquello que repite en sus relaciones interpersonales.
- Compartir la cultura y la religión: Algunos autores han observado que, si el terapeuta conoce la cultura y la religión de los pacientes, la relación entre ambos se fortalece (Harverkamp, 2010). En el mismo sentido se ha sugerido que desconocer los factores culturales de los pacientes, incrementaría la posibilidad de realizar diagnósticos errados, dado que, al desconocer las variantes culturales, se podría patologizar lo desconocido (O’Connor & Vanderberg, 2005).
- Experiencia Profesional: La conexión curativa caracteriza en aquellos terapeutas que presentan ciertas habilidades relacionales básicas, un interés profundamente atento por el paciente durante las sesiones y, un afrontamiento constructivo cuando surgen dificultades en sesión. Además, quienes presentan estas características tienden a conectarse con los pacientes a nivel personal, se sienten estimulados en las sesiones y poseen variadas estrategias para superar las dificultades clínicas (Zeeck et al., 2012).

Pese a la corriente de trabajo que se tenga es importante considerar que *la efectividad de los mecanismos de relación terapéutica no depende de los postulados que contengan sino del uso que le dé el profesional y de la disposición del paciente* (Múnera, 2014, p. 3).

2. Autolesión

Como su nombre lo sugiere, hace hincapié al acto de ser lesionado por la persona hacia sí mismo, sin embargo, a veces no es entendido del todo por qué y, cómo es que se llegó a tal acto o bien, a la repetición continua del mismo. Existen diversas formas de hacerlo (desde pequeñas heridas, hasta quemaduras o realizaciones graves como la oclusión), a su vez, la autolesión se divide en dos rubros: con intención suicida y sin intención suicida; en el presente trabajo se abordará el tema sin intención suicida.

La autolesión se presenta con mayor frecuencia en la adolescencia y es algo de lo que no se suele hablar con regularidad, ni de forma abierta por quien lo realiza, por lo tanto, es difícil que sus redes cercanas como sus padres, tutores, maestros o personas con algún tipo de autoridad se percaten de los actos realizados contra sí, es por ello que el trabajo está enfocado a la detección de dichos actos con la intención de que el profesional de la salud pueda detectarlos y derivarlos para el manejo adecuado e integral de este.

2.1 Etiología de Autolesión

Por autolesión se hace referencia a todo aquel daño o herida ocasionada intencionalmente por el sujeto, sin llegar a suicidarse, únicamente es la intención de auto lastimarse ya que dicho dolor físico los “distrae” del dolor emocional por el que están cursando. Las autolesiones constituyen un importante problema de salud pública y, como ya se mencionó, son todas aquellas conductas que implican la provocación deliberada de daño en el propio cuerpo sin una finalidad suicida (NSSI: «Non-suicidal SelfInjury»), por ejemplo, cortes en la piel («Self-cutting»), quemaduras, golpes, arrancarse el cabello, arañazos, pellizcos, envenenamiento, entre otros comportamientos anómalos (Zaragozano, 2017).

Desde mediados de 1960 se ha observado un aumento en el número de adolescentes que se autolesionan, en algunos casos, durante el padecimiento de cuadros psiquiátricos, por ejemplo, en síndromes depresivos o trastornos de la

conducta alimentaria; sin embargo, son muy escasos los estudios sobre conductas autolesivas en el ámbito de la pediatría y adolescencia en tiempos muy recientes. La conducta de autolesión es un comportamiento de difícil comprensión ya que tiene diversas maneras de manifestación (Nader & Boehmer, 2103); El estudio de este comportamiento se dificulta debido a la complejidad de sus orígenes y a la funcionalidad que representa para quien se autolesiona (Doctors, 2007; citado en Díaz, A., et. al. 2008).

Por otra parte, los grupos de investigación europeos abogan por una definición meramente conductual, independientemente de la motivación subyacente. Desde esta premisa, Evans y Weatherall (2002), utilizó el término “autolesión deliberada” (AD) (*deliberate self-harm*) para definir *todo acto con resultado no fatal que, siendo sancionable culturalmente, un individuo realiza de manera deliberada contra sí mismo para hacerse daño (cortes, quemaduras, sobre ingestas de medicamentos y sobredosis, envenenamiento, golpes, saltar desde lo alto de un lugar, etc.)* (Hawton, Evans & Weatherall, 2002; citado en Ibáñez, A., et. al. 2012, p. 34).

Existe un modelo comprensivo de los comportamientos autoagresivos y explica que éstos tienen funciones múltiples en un mismo individuo: la regulación de los afectos, el alivio de heridas emocionales, la búsqueda de dominio sobre el dolor emocional y los traumatismos pasados, la comunicación a través del sufrimiento, el control indirecto sobre los otros, la búsqueda de un soporte ambiental, así como asegurar y autenticar un sentimiento hacia sí mismo (D'onofrio 2007; citado en Maurente, J. et. al. 2018).

2.1.2. Definición de Autolesión sin intención suicida

Autores señalan que el comportamiento autolesivo se define como una

conducta autodestructiva que causa daño tisular directo, no tiene intención de causar la muerte, las lesiones no son tan extensas o severas para constituir un daño letal y que pretende aliviar un dolor emocional insoportable, paradójicamente una forma de autopreservación, además señala, desde una perspectiva cognitiva el fenómeno de la automutilación puede mirarse como una falla en la rotulación,

atribución y en la interpretación de las sensaciones corporales (Mendoza y Pellicer 2002; citado en Díaz, A., et. al. 2008, p.52).

Otro autor propone el “síndrome de automutilaciones repetidas” para dar cuenta de *todos los comportamientos donde se trata de hacerse mal deliberadamente y de manera física, a nivel de su propio cuerpo sin intención de morir* (Favazza 1993, p.134).

También se define como el comportamiento auto mutilador, es decir, *hacerse mal de forma deliberada, repetida, de manera directamente física, sin intención consciente de suicidarse y que no conduce a lesiones que podrían amenazar el pronóstico vital*. (Herpetz, 1995 p. 57).

Se describe el comportamiento autoagresivo como *intencional, auto efectuado, de bajo compromiso vital corporal, de naturaleza socialmente inaceptable y realizado a fin de reducir un malestar psicológico* (Walsh, 2006).

Los anglosajones caracterizan las “*non suicidal self injury*” (NSSI) como *la destrucción directa y deliberada de una parte de su propio tejido corporal, socialmente desaprobada, en la ausencia de tener intención de morir*.

Es necesario subrayar el aumento significativo del riesgo suicida en sujetos auto mutiladores, aunque las lesiones autoinfligidas son pasajes del acto destructivos que dan cuenta de las fallas en los procesos psíquicos de integración y elaboración. Pueden representar la antesala del suicidio por lo que deben ser consideradas como una señal de alarma, así que es importante a su vez que frente a una conducta autoagresiva el clínico individualice la intencionalidad del gesto. A diferencia de los suicidas, los auto mutiladores no aspiran a abolir su estado de conciencia sino a modificarlo a fin de aliviar un sufrimiento psíquico y emociones insoportables (Maurent J., García L., García, L., Grunbaum, S. & Pérez, 2018).

Se refiere a que *la autolesión es el resultado de una ansiedad emocional no controlada*; el auto daño se presenta cuando el individuo no es capaz de comprender y manejar ciertas emociones, lo que da como consecuencia *la*

búsqueda automática de un sustituto del dolor emocional por el dolor físico (Doctors 2002, citado en Díaz, A., González, A., Minor, N. & Moreno, O. 2008, p. 53) ya que el dolor físico es mucho más comprendido, controlado y dominado por el sujeto más fácilmente. Se cree que quien practica la autolesión de manera opuesta a lo que podría creerse, tiene un grado de control en su conducta ya que su comportamiento no responde a un abandono por completo, sino que es una situación que hasta cierto momento está dominada por ellos (Doctors, 2002; citado en Díaz et. al., 2008).

También se aborda a la autolesión desde la perspectiva social, las modificaciones corporales que se ejercen en diversas culturas, religiones, son connotaciones simbólicas y/o sociales, por ejemplo, los piercing o tatuajes, la naturaleza del daño puede ser premiada, decorativa, socialmente contextualizada ya que pueden tener muestras de admiración, respeto, valor, etc., sin embargo, autores como Heilbron y prinstein (2008), señalan que, independientemente del significado que pueda tener la autolesión para quien lo practique y el reforzamiento social de éste, la autolesión siempre llevará consigo sentimientos de vergüenza y culpa (Heilbron & prinstein, 2008; citado en Dianela, L. 2010).

2.1.3. Clasificación de la autolesión

La autolesión podría confundirse con el intento de suicidarse, es por ello que a continuación se aborda la diferencia entre la autolesión y los intentos de suicidio, ya que, como se ha mencionado con anterioridad, la autolesión no pretende llegar al suicidio, mientras que, en el segundo caso, el fin es llegar a la muerte. La variable independiente más ampliamente estudiada a la hora de considerar diferentes subtipos en adolescentes que se autolesionan, guarda relación con la motivación subyacente a dicha conducta, en concreto la intencionalidad o no de morir; autolesiones no suicidas (ANS) versus intentos de suicidio (IS) (Ibáñez, A. et. al. 2012).

Para poder poner a prueba dicha hipótesis, previamente ha de establecerse que existe una proporción de adolescentes que cometen autolesión durante un largo periodo sin intentos de suicidio. Sobre esta cuestión, una parte considerable de

estudios prospectivos y retrospectivos implementados con muestras clínicas señalan que la ocurrencia evolutiva de ambos tipos de conducta autolesiva es elevada en los adolescentes que se autolesionan, de tal modo que entre un 50% y 70% de sujetos con ANS presentan en algún momento un IS (Nock et al., 2006, Wilkinson, K. et. al. 201; citado en Ibáñez, A. et. al. 2012).

Para comprender mejor la autolesión es importante distinguir entre el auto daño directo e indirecto; el primer concepto se refiere al daño tisular inmediato en la cual hay una intención clara, esta categoría aplica para la gente que de forma deliberada se hiere a sí mismo; mientras que el auto daño indirecto es la conducta en la que el daño más que inmediato es acumulativo o diferido. Un ejemplo de este concepto, es la ingesta de sustancias toxicas, desordenes de alimentación, así como prácticas sexuales de alto riesgo (sexo sin protección o promiscuidad); para estos casos, el daño físico se aprecia de mediano a largo plazo y por lo general, las personas que practican estas conductas niegan la intencionalidad auto destructiva justificando sus acciones (Kahan & pattison, 1983; citado en Dianela, L., 2010).

Se estableció una clasificación de la autolesión; ésta se divide en:

- Autolesión estereotípica: son conductas repetitivas típicas de enfermedades neurológicas o deficiencias en el desarrollo, como las que se presentan en el autismo, retraso mental, síndrome de *La Tourette*, entre otros; las conductas repetitivas por lo general consisten en golpearse la cabeza, jalarse el pelo, pellizcarse, y la incidencia de esta conducta es extremadamente alta, así como su patrón es fijo; se realiza en presencia o ausencia de otra gente, y estas conductas no son planeadas y no involucran dolor emocional.
- Autolesión mayor: comprende de conductas de auto daño de lateralidad de mediana a alta magnitud y, por lo general, provocan daño tisular grave. Esta categoría se asocia principalmente a estados psicóticos, mismos que pueden tener cuadros de esquizofrenia o ser consecuencia de consumo de sustancias; algunos ejemplos de esto podría ser la mutilación de órganos sexuales, enucleación de ojos o amputación de alguna parte del cuerpo.

- Autolesión compulsiva: entiéndase en primera instancia a la conducta impulsiva como un rasgo, frecuentemente relacionada con conductas perjudiciales para el propio individuo o que conllevan actos sociales inadecuados en donde existe un alto grado de desinhibición conductual (Lawrence y Clarck, 2008; citado en Gutiérrez, J. et. al. 2013).
- Autolesión impulsiva: son acciones como cortarse, quemarse y/o golpearse en cualquier parte del cuerpo; estas conductas se relacionan con el trastorno límite de la personalidad, el trastorno antisocial de la personalidad, trastorno por estrés postraumático, así como desórdenes de alimentación. Las anteriores clasificaciones fueron realizadas por (Simeon y Favazza. 2001; citado en Barrera, L. y Rodríguez, K. 2017).

En la conducta de impulsividad existe una urgencia positiva motivada por un estado de tensión que conduce a la acción y gratificación o negativa derivada de un estado de estrés o ansiedad en donde la acción conduce a la relajación (Koob, 2011). En este último caso nos referimos a la compulsión, y puede constituir un eslabón en la cadena del desarrollo del comportamiento adictivo (Koob y Volkow, 2010; citado en Gutiérrez, J. et. al. 2013).

Dicha conducta impulsiva sumada con la autolesión termina en acciones como arrancarse el cabello, pellizcarse la piel y morderse las uñas, estas acciones son conductas compulsivas, pueden suscitarse varias veces al día, ocurrir sin alguna necesidad presente y realizarse en presencia de otras personas. Dicha categoría parece tener una fuerte relación con trastornos de ansiedad.

Debido a que la intensidad de la automutilación es muy variable, se realizó una clasificación de acuerdo a la gravedad de la autolesión: (Favazza 1992; citado en Díaz, A. et. al. 2008)

- Automutilación mayor: Descrita como la más extrema, ya que tiene como resultado la desfiguración permanente, siendo las amputaciones un claro ejemplo de este.
- Automutilación estereotípica: Ésta tiene lugar cuando se presentan conductas como mordeduras y compresión de los globos oculares.
- Automutilación superficial: Comprende de lesiones en la piel a través de cortes, quemaduras, interferencia de cicatrización de heridas, entre otras.

2.2 Caracterología de la autolesión

Se sabe que las personas con baja autoestima, un estilo cognitivo negativo, una autoimagen deteriorada presentan una tendencia a realizar atribuciones internas y generales sobre los acontecimientos negativos de sus vidas; del mismo modo, se sostiene que una alta desregulación emocional e impulsividad son característicos de los adolescentes que se autolesionan, siendo necesarios estudios prospectivos para delimitar su papel etiopatogénico (Ystgaard et al., 2003; citado en Ibáñez, A., et. al. 2012).

Algunas de las características sintomáticas definitorias de la autolesión son; el daño físico que la persona se produce a sí misma, habitualmente cortaduras con navajas, hoja del rastrillo u otros objetos; también podrían encontrarse quemaduras con cigarro e irritaciones con material químico, tal como jabón, detergente, ácido, etc. otros aspectos que se incluyen son la introducción de objetos lesivos en orificios corporales, impedir la sanación de heridas, pincharse con objetos punzocortantes, golpearse, etc; hay una intención de daño, es decir, se refiere al hecho de que la autolesión es deliberada, no se trata por tanto de accidentes o intentos ambiguos, por el contrario, la persona decide conscientemente lesionar parte de su cuerpo (Levenkron, 2006; citado en Marín, M. 2013).

El daño físico auto infringido en casi la totalidad de los casos no pone en riesgo la vida de la persona, aunque es socialmente inaceptable, no posee un significado

específico, es decir, a través de la misma no se busca únicamente la aprobación, aceptación ni pertenencia a diversos grupos y, tampoco se trata propiamente de una moda. Por tanto, en esta clasificación no se incluyen las modificaciones corporales que tienen significados religiosos y/o sociales como son, los tatuajes, perforaciones, autolesiones en rituales/grupales, etc., ya que esta conducta puede iniciar por imitación puesto que en la cultura adolescente suele existir un fuerte reforzamiento en este comportamiento, pero el significado atribuido a la autolesión es personal, el cual es distinto para cada sujeto (Favazza, 1996; citado en Marín, M. 2013).

La autolesión, es un mecanismo de enfrentamiento, la principal función que tiene este comportamiento para quien lo ejecuta es la reducción de estados emocionales perturbadores (Mc Kay & Wood, 2007). Se ha descrito que estas personas experimentan emociones intensas, difíciles de manejar de forma asertiva; tales emociones varían desde la ira, ansiedad, tristeza, el desamparo, la culpa, etc., así que, la autolesión, les permite retornar al estado de funcionamiento previo, anterior a la emoción intensamente perturbadora. Por tanto, este comportamiento no puede explicarse exclusivamente en función de mecanismos biológicos-neurológicos, debido a que posee una motivación psicológica (Armey & Crowther, 2008; Walsh & Rosen, 1988; citado en Marín, M., 2013).

Algunos de los recursos de las personas que se autolesionan son “evitativos”, preferentemente utilizados por obtener una disminución en sus ideas ya que suelen tener constantes pensamientos de rumiación (Bjarehed & Lundh, 2008). Del mismo modo, se ha planteado el papel de la conducta autolesiva como estrategia de afrontamiento para autorregular estados emocionales aversivos. Desde este punto de partida, se ha postulado una teoría unifactorial de la conducta autolesiva, siendo el refuerzo negativo el principal mecanismo psicológico implicado. Entre los modelos que apoyan dicha idea destaca la teoría de la “evitación experiencial”, la cual señala que estos adolescentes tienden a reducir sus emociones adversas a través de la acción de la conducta autolesiva (Chapman et al., 2006; citado en Ibáñez, A., et. al. 2012).

Por otro lado, Nock & Prinstein (2004) han encontrado que la conducta autolesiva puede explicarse a través de cuatro factores no excluyentes, integrados en dos dimensiones dicotómicas a saber:

- Refuerzo intrapersonal positivo: Explica la conducta autolesiva como generadora de estados emocionales placenteros (ante el aburrimiento).
- Refuerzo intrapersonal negativo: Ilustra su papel ya referido en cuanto al alivio de emocionales aversivas.
- Refuerzo social positivo: Incluye la búsqueda de apoyo o atención de las personas a su alrededor.
- Refuerzo social negativo: Engloba la libertad de responsabilidades sociales.

De los hallazgos obtenidos a partir de este modelo, cabe señalar que la autorregulación emocional “intrapersonal negativo”, sigue postulándose como la principal función de la conducta autolesiva; si bien, una parte notable de estos mismos sujetos realiza autolesiones para ejercer algún tipo de influencia sobre las personas significativas “social positivo” (Morey et al., 2008; Scoliers, Portzky, Madge, Hewitt, Hawton & Wilde, 2009; citado en Ibáñez, A. et. al. 2012).

La prevalencia de la autolesión es complicada ya que existe silencio sobre este tema, pero se estima que entre el 2% y 4% de la población adulta lo ha experimentado en al menos una ocasión en su vida (Akyuz, 2005, Briere & Gil, 1998; Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003). Por su parte, en la población universitaria, se registra una prevalencia de entre un 17% a un 37% (Brown, 2009; Gratz, 2006; Whitlock, 2006) así mismo, las cifras se elevan si los pacientes están en tratamiento psiquiátrico de un 21% a 44% (Briere & Gil, 1998; Nijman, 1999); y para los adolescentes, parece ser una etapa de riesgo para desarrollar la autolesión ya que existe el surgimiento del dolor emocional y, la prevalencia oscila entre el 4% - 65% de la población (Lloyd- Richardson 2007; Nixon 2008; Rodham, Hawton y Evans, 2004) y alrededor de 82% de adolescentes en la población clínica se autolesionan (Nock y Prinstein, 2004; citado en Dianela, L. 2010).

En la siguiente tabla se muestran algunos factores que predisponen al desarrollo de la autolesión no suicida.

Tabla 3. Factores de riesgo en la autolesión

Factores de riesgo	
Disposición genética	Estrés elevado
Abuso en su infancia	Autodevaluación
Disfunción en la familia	Desregulación emocional
Abuso de sustancias tóxicas	Falta de asertividad
Presencia de trastornos psiquiátricos	Amistades con conductas autolesivas
Ser ignorado, descalificado, ridiculizado o negado en la expresión emocional constantemente	Tendencias suicidas

Garza et. al (2016)

Una de las causas principales para el desarrollo de la autolesión es la presencia de violencia intrafamiliar ya que frente a las diferentes violencias causadas en su sistema se ven quebrantadas, la convivencia se desgasta entre los miembros de la familia, peleas, gritos y, agresiones, perdiéndose el respeto, confianza, honestidad, amor, pertenencia, autoestima, compromiso y elementos como la deficiente comunicación provocan episodios violentos que conllevan al deterioro de las relaciones interpersonales y con ello una inadecuada formación y desarrollo en los hijos pues al estar inmersos dentro de constantes maltratos existe la posibilidad de que en un futuro se dé la repetición de patrones, lo que lleva a una disfunción familiar en la que sus roles se vean alterados (Vargas, D. 2017; citado en Marín, M. 2013)

Por otro lado, en la escuela, por ejemplo, existen estudiantes que no se sienten parte del grupo o no son aceptados por miembros influyentes, lo que hace que de

paso a un ausentismo escolar o a su vez sigan estereotipos para ser tomados en cuenta, con este argumento los compañeros por “encajar” terminan siendo parte de cualquier acto, incluso en contra de sus principios, como, ejerciendo el auto daño. Las inadecuadas relaciones interpersonales dadas por el nulo o poco desarrollo de habilidades sociales y emocionales tan necesarias en todo ámbito son parte de esta problemática ya que existen estudiantes que no encuentran el sentido a su vida, generando falta de identidad, frustraciones, baja estima, falta de orientación, falta de herramientas emocionales, entre otros elementos en el que se ven afectados e inmersos en una conducta de autolesión.

Cuando se analiza su pertenencia a muestras comunitarias o clínicas, se hallan diferencias importantes en cuanto a su frecuencia relativa. Por lo que respecta a los cortes en muñecas y antebrazos, constituyen el método autolesivo prevalente (Nixon et al., 2008; Gaard et al., 2009), mientras que en servicios de urgencias y unidades de hospitalización psiquiátrica (muestras clínicas) predominan los casos sobre ingestas de medicamento o envenenamiento (Olfson, et. al. 2005; citado en Ibáñez, A., et. al. 2012).

En conclusión, se carece de una definición consensuada en relación a la conducta autolesiva, siendo el principal foco de controversia la asunción o no de factores motivacionales entre sus criterios operativos. A pesar de esta limitación metodológica, existe un relativo consenso a la hora de señalar que un 10% de adolescentes comete algún tipo de autolesión en este período vital. En muestras clínicas, solo los adolescentes con autolesiones más graves reciben asistencia sanitaria (Ibáñez, A., et. al. 2012).

2.3 Comorbilidades de la autolesión

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales y de comportamiento representan cinco de las principales diez cargas de morbilidad en personas de 15 a 44 años de edad (OMS, 2001) en México, Medina Mora y Cols. (2003) en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reportaron que el 6% de la población ha presentado en algún momento de sus vidas

alguno de los 23 trastornos mentales de la CIE, el 13.9% reporto haberlo padecido en el último año y medio y el 5.8% de la población durante los últimos 30 días, es decir, que alrededor de 6 mexicanos de cada 20, 3 de cada 20 y 1 de cada 20 mexicanos respectivamente ha presentado algún tipo de trastorno psiquiátrico (Martin, G. & Camacho, P., 2010).

Es importante considerar que toda conducta repetitiva que tiende a automatizarse puede adquirir un carácter adictivo. Si bien las autolesiones más frecuentes, en población general, son únicas, en ciertas ocasiones pueden multiplicarse, auto reforzando la conducta y reorganizando el conjunto de la personalidad alrededor de ésta. Las conductas adictivas funcionan como actos que permiten cierto control de sentimientos o afectos penosos para el individuo, a la vez que proporcionan una vía de descarga de la agresión y de dominio sobre sí y, sobre los otros. En tal sentido, la evidencia muestra que las auto mutilaciones son formas de autorregular las emociones y la relación con los demás, estas conductas, pueden calmar sentimientos internos de tristeza, enojo, ansiedad, culpa o vergüenza (Walsh, B. 2007; citado en Maurente, L. et. al. 2018).

También es necesario considerar que la autolesión en ocasiones responde a la necesidad de manipulación por parte de quien lo ejerce, ya que desea exhibir su comportamiento para obtener ganancias, situación que puede presentarse en sujetos con Trastornos disociativos, Trastornos de personalidad antisocial (Nader & Boehme, 2003; citado en Díaz, A. et. al. 2008).

Así mismo, la autolesión puede tener relación con Trastornos de alimentación según (Rodríguez G. et. al, 2007; Rodríguez y Guerrero, 2005; citado en Díaz, A., et. al. 2008) pues demuestran que ambos padecimientos mantienen una asociación especial, ya que ambas conductas son una autoflagelación que se debe a ciertos factores como a una baja autoestima y, a la apreciación un tanto deformada que se tiene sobre sus cuerpos (Hintikka et al., 2009), presentando por ello una imagen corporal más negativa en comparación con adolescentes “sanos” (Ross et al., 2009; Muehlenkamp & Brausch, 2009). A nivel conductual, los comportamientos de

naturaleza bulímica son los más prevalentes en mujeres que se autolesionan (Peebles et al. 2011; citado en Ibáñez, A. et. al. 2012).

Una investigación frecuentemente citada fue realizada por Hawton, Rodham, Evans y Weatherall (2002), quienes investigaron las variables asociadas a la autolesión a través de una encuesta anónima en Inglaterra con 6020 estudiantes adolescentes (de 15 a 20 años) de ambos sexos. A partir de las respuestas se crearon ecuaciones a fin de determinar las variables predictoras de la autolesión. Para las mujeres las variables internas significativas fueron: depresión, ansiedad, baja autoestima, impulsividad y consumo de drogas. Para los hombres las variables significativas fueron: baja autoestima y consumo de drogas (Marín, M., 2013).

La automutilación también se encuentra estrechamente relacionada con el Trastornos de Estrés Postraumático (TEPT), la Personalidad Límite, el Trastorno Afectivo Bipolar, con episodios mixtos e intentos de suicidio previos, Abuso sexual, Traumas infantiles, Trastorno de Ansiedad Generalizada, entre otros, ya que la presencia de la autolesión no siempre es unívoca; basándose en los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- IV). (Rodríguez et. al. 2007; citados en Díaz et. al., 2008). Los estudios epidemiológicos indican que aproximadamente el 62% padecen ansiedad, con algún otro trastorno psiquiátrico (Wittchen y cols.2005. citado en Martin, G. & Camacho, P. 2010).

El uso de drogas constituye una de las características psicopatológicas más analizadas en adolescentes que se autolesionan. Sobre esta cuestión, numerosos estudios retrospectivos comunitarios indican que el consumo de tóxicos es más prevalente en estos sujetos (Hawton et al., 2002; Patton et al., 2007; Rossow et al., 2007; Matsumoto, Imamura, 2008; & O`Connor et al., 2009), siendo el alcohol la droga más extendida en dicha población (Ystgaard et al., 2003; Li, 2007; Kvernmo & Rosenvinge, 2009; Toprak et al., 2011; citado en Ibáñez, A. et. al. 2012).

Otra de las características psicopatológicas es la depresión. Respecto a los pensamientos suicidas, distintos estudios retrospectivos comunitarios indican que dos tercios de los adolescentes que se autolesionan presentan, en alguna ocasión,

dicha ideación (Laye-Gindhu, Schonert R., 2005 & Guerreiro, et al., 2009), siendo la probabilidad diez veces mayor que entre aquellos sujetos no autolesivos (Kirchner et al., 2011; citado en Ibáñez, A., et. al. 2012).

En términos etiopatogénicos la autolesión conforma un síntoma característico del trastorno límite de la personalidad, al cual, de acuerdo con Linehan (1993) es básicamente una dificultad para regular las propias emociones, característico también en la dinámica de la autolesión. La teoría biopsicosocial de esta autora formula que dicha desregulación emocional es el resultado de una vulnerabilidad biológica, la cual se relaciona dinámicamente con un determinado contexto ambiental, que puede potenciar o aminorar la disfunción, siendo que ésta se hace evidente a través de las estrategias inadecuadas de regulación de emociones que la persona aprende y usa a menudo; desde esta teoría, la autolesión es entonces una estrategia disfuncional para el manejo de las emociones (Linehan 1993; citado en Marín, M. 2013).

Por otra parte, se realizó un estudio con población universitaria enfocado a la medición de síntomas de depresión, ansiedad y de rasgos de personalidad limítrofe. Se formaron tres grupos de comparación: 1) con cortes auto infringidos; 2) autolesión en otra forma, exceptuando los cortes; y 3) sin autolesión, ni intento suicida. Los resultados indican que los grupos que reportaron autolesiones en cualquier forma presentaban significativamente más síntomas de depresión y ansiedad. La ansiedad se observó como un cuadro sintomatológico marcadamente alto en estos grupos con autolesión, especialmente en el que presentaba cortes auto infringidos. Tales diferencias fueron corroboradas tanto por los instrumentos administrados como por las entrevistas (Andover et al. 2005; citado en Marín, M. 2013)

Es claro que los resultados de investigación reciente han hallado una asociación estrecha entre el trastorno depresivo y la autolesión. En este sentido cabe señalar que los síntomas depresivos y las variables asociadas a ellos: baja autoestima, enojo contra sí mismo, intentos suicidas, estrés emocional, ansiedad, malestar emocional, etc., son capaces de diferenciar a los adolescentes que tienen la

conducta de la autolesión de entre aquellos que nunca han presentado episodios. Al parecer existe una relación proporcional entre el perfil depresivo con la gravedad de la autolesión, es decir, que, a mayor índice de depresión, es más severa y frecuente la forma de autolesión, hecho que sugiere una posible relación predictiva, estudiada ya por algunos investigadores (Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002; citado en Marín, M. 2013)

Desde una perspectiva social, la (ANS) se asocia con alienación y aislamiento social, así como atribuciones desadaptativas ante diversas experiencias estresantes (Castille et al., 2007 & Guerry et al., 2010). Por otro lado, se proponen factores biológicos asociados a dicha conducta, por ejemplo, la liberación natural de endorfinas ya que, al lesionarse puede ocasionar sentimientos agradables, lo que podría reforzar la conducta autolesiva. Sin embargo, dicha teoría no es del todo aceptada ya que la (ANS) suele relacionarse más con una forma de reforzamiento negativo (eliminar los sentimientos negativos) más que un reforzamiento positivo (causar placer o sentimientos positivos) (Klonsky, 2007; citado en Garza, A. et. al. 2016).

La autolesión es catalogada por algunos autores como un trastorno de control o falta de este en los impulsos, ya que una de las características es la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. Frecuentemente la persona percibe una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo. Tras el acto puede haber o no arrepentimiento, autorreproches o culpa (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002). La asociación entre impulsividad y la autolesión se ha documentado en población clínica (Vanrinden & Vandereycken, 1997), por lo que en esta sección se presenta la evidencia hallada en población normativa (Marín, M. 2013).

2.4 Abordajes de la psicología para la autolesión

La intervención es entendida como el conjunto de acciones desde las cuales, se generan cambios que tienen un sentido de ayuda y apoyo a los sufrimientos y problemáticas de los individuos, existen diversos enfoques dentro de la psicología que ofrecen esa “ayuda” desde sus postulados y enfoques, así, a continuación, se anotaran algunos abordajes para tratar la autolesión sin intención suicida.

Debe tenerse en cuenta que sin importar el enfoque con que se intervenga en el paciente, es importante que de primera instancia se observen algunas áreas del cuerpo visibles como antebrazos y muñecas, ya que con frecuencia los cortes están en estas áreas y son escondidos por el uso de pulseras y adornos, así que el examen físico completo de la piel puede poner en evidencia lo que el sujeto en ocasiones oculta. De igual importancia es la actitud del médico hacia el paciente, en el sentido de querer saber y estar dispuesto a escuchar, no ser enjuiciador, transmitir calma y a la vez interés, así mismo, el clínico debe profundizar acerca de la intencionalidad del gesto, diferenciándolo de los intentos suicidas.

Es importante realizar una evaluación minuciosa acerca de la historia de estas conductas, estableciendo su inicio, los momentos en que se producen, sus desencadenantes, las zonas corporales lesionadas, el o los mecanismos lesionales, los instrumentos utilizados para tal fin, los afectos o experiencias que se movilizan, si las realiza a solas o acompañado, la respuesta ambiental, los síntomas acompañantes, las ideas de muerte y la existencia de otras conductas auto agresivas (Maurente, L. et. al. 2018).

2.4.1 Abordaje desde tratamiento farmacológico para la autolesión

Algunos tratamientos farmacológicos han sido dirigidos a factores de riesgo asociados al comportamiento autolesivo, principalmente el ánimo depresivo. Sobre esta cuestión, existe una notable controversia en relación al papel de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), habiendo meta-análisis con muestras de adolescentes deprimidos que constatan un discreto aumento en la incidencia auto lesiva tras su administración. Mientras que ensayos clínicos

recientes evidencian más bien una falta de respuesta con dicho tratamiento (Wilkinson et al., 2011; citado en Ibáñez, A., et. al. 2012). En cuanto a los psicofármacos seleccionados exclusivamente para la remisión de las autolesiones, se postula el uso de la naloxona por su acción como antagonista opiáceo (Brent, 2011; citado en Ibáñez, A. et. al. 2012), siendo necesarias investigaciones controladas para clarificar su potencial terapéutico.

2.4.2 Abordaje desde el enfoque cognitivo conductual para la autolesión

La terapia cognitivo conductual agrupa un conjunto de técnicas y procedimientos detallados, los cuales se sustentan en fundamentos teóricos derivados de la experiencia empírica. Sus raíces se encuentran esencialmente en la filosofía positivista de la ciencia, así como en el conductismo clásico, el condicionamiento operante y la investigación cognitiva. La terapia de modificación de conducta, así como los principios y leyes formulados de la ciencia cognitiva, continúan siendo vigentes con adaptaciones formuladas por los nuevos investigadores. Este modelo plantea que la realidad es una construcción fenomenológica y, por tanto, el malestar psicológico en forma de emociones displacenteras y disfuncionales puede ser aliviado mediante modificaciones en el estilo de pensamiento y de comportamiento (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; citado en Marín, M. 2013).

La terapia cognitiva es limitada en tiempo, estructurada, guiada y planificada. Es esencialmente de tipo educativa dado que se trata de dotar al cliente de las habilidades que carece, o bien, potencializar aquellas que posee limitadamente. El aprendizaje de habilidades se desarrolla en una relación interpersonal de confianza e intimidad, ideal para el cambio, el cual se consigue mediante la práctica y generalización de lo aprendido en otros contextos (Beck, 2000; citado en Marín, M. 2013).

Para el enfoque Cognitivo Conductual, el problema surge cuando, por una parte está la presencia constante de pensamientos e interpretaciones negativas sobre sí mismo o sobre lo que ocurre en su entorno, otra parte importante son los reforzadores que juegan un rol desde el inicio y en el mantenimiento de la autolesión

sin intención suicida (ANS), así como una deficiencia en las “habilidades de solución de problemas”, poca regulación emocional entre otras (Guerry & Pricstein, 2010; Klonsky et al, 2011; Washburn et al., 2012).

De acuerdo con Kaplan, Thompson y Searson (1995) las personas tratadas con terapia cognitivo conductual, son capaces de adquirir las herramientas para aplicarlas durante y en problemas futuros; con esto se asume que este modelo de terapia los dota de habilidades que favorecen la adaptación constructiva y la búsqueda de soluciones para enfrentar la adversidad (Marín, M. 2013).

La Terapia en Solución de Problemas es una de tantas formas de trabajo, bajo este enfoque, esta considera (TSP) de D' Zurilla & Goldfried (1971), que los comportamientos de afrontamiento disfuncional son el resultado de un mal funcionamiento en el proceso de solución de problemas del individuo (D'Zurilla & Nezu, 2001). La Terapia Dialéctica del Comportamiento (TDC) de Linehan (1993) fue creada para tratar los síntomas del Trastorno límite de la personalidad, de los cuales la autolesión es uno de ellos (Muehlenkamp, 2006).

La Terapia en Solución de Problemas busca entrenar al sujeto con estrategias y actitudes constructivas para resolver y aprender a lidiar con sus problemáticas con la finalidad de reducir la psicopatología y fomentar un comportamiento más funcional, sano y, por ende, una mejor calidad de vida (Nezu, Nezu & D'Zurilla, 2012). La importancia de esta terapia es que puede favorecer la adaptación general y ha demostrado ser efectiva para diferentes padecimientos. En relación a la autolesión, se ha observado que las personas que ejecutan esta conducta en forma repetitiva tienen pobres habilidades de resolución de problemas y que un entrenamiento al respecto puede reducir la frecuencia de esta conducta (Speckens y Hawton, 2005; citado en Marín, M. 2013).

La Terapia Dialéctica del Comportamiento está basada en principios budistas, cognitivo-conductuales, de solución de problemas y, de entrenamiento en habilidades. El principio de esta terapia es el encontrar un balance entre alentar al paciente a realizar cambios funcionales en su vida y, simultáneamente aceptarse a

sí mismo. De frente con la (ANS), una de las principales metas de esta terapia es la de reducir estos comportamientos ayudando al paciente a desarrollar nuevas herramientas y habilidades de afrontamiento para lidiar con obstáculos motivacionales y a su vez, promover la generalización de las nuevas habilidades fuera del entorno terapéutico (Muehlenkamp, 2006; citado en Garza, A., et. al. 2016)

El entrenamiento en habilidades sociales, por ejemplo, cuyo objetivo es conseguir que el adolescente o la persona en cuestión, aprenda a comunicar sus emociones y necesidades de una forma más efectiva con aquellas personas con las que se encuentra en desacuerdo. A menudo también se utilizan técnicas de *role-player* para mejorar su asertividad, la confianza en uno mismo y, sobre todo en situaciones sociales. (Klonsky et al., 2011; citado en Garza, A., et. al. 2016).

Otra herramienta importante es el entrenamiento para la auto regulación emocional, el reconocimiento y control de ira ayudaría a controlar los sentimientos negativos antes de que la conducta se agrave y se provoquen autolesiones, se emplean técnicas como “termómetro de sentimientos” y “distracción” tras identificar sentimientos que están llegando a un punto de “sin retorno”, ello con ayuda previa del profesional y en una activa practica (Klonsky et al., 2011; citado en Garza, A., et. al. 2016).

2.4.3 Abordaje desde el enfoque humanista para la autolesión

La suposición básica es que el ser humano no desarrolla todo su potencial a causa de las restricciones sociales a las que se ve sometido en su vida cotidiana. Se trata, por tanto, de proporcionarle al usuario nuevas experiencias que posibiliten su renacimiento y reeducación. El Movimiento del Potencial Humano se interesa por todos los campos donde pueda producirse una expansión de la existencia humana, estas no van dirigidas a la curación propiamente dicha, sino al crecimiento personal, es decir, a desarrollar, conciencia sensorial, expansión emocional, movimiento espacial, visualización e imaginación, empatía, expresión creativa, inteligencia, valores éticos, atención, voluntad, meditación, etc. Para ellos pueden utilizarse

cualquier tipo de técnicas que de una manera u otra contribuya a esta finalidad. Mann (1979) las distribuye de acuerdo con la siguiente clasificación:

- Manipulación fisiológica: acupuntura, drogas psicodélicas, rolfing.
- Conciencia sensorial: avivamiento sensorial, hatha yoga, biofeedback.
- Expresión emocional
- Conducta personal: terapia conductual, role playing, terapia de constructos personales.
- Creatividad: solución creativa de problemas.
- Autoimagen: Maharishi (religión Yogi), Gestalt, hipnosis.
- Interacción: grupos de encuentro.
- Reestructuración social: comunas, estilos alternativos de vida.
- Transpersonal: meditación, parapsicología, estados alterados de conciencia.

2.4.4 Abordaje desde el enfoque psicoanalítico para la autolesión

Desde el modelo psicoanalítico, consideran este tipo de autolesión como una manera de conseguir control sobre los impulsos sexuales y de muerte (Nock, 2009). Por otro lado, los trastornos de personalidad han sido una categoría diagnóstica contemplada pero recientemente estudiada y elaborada. A nivel teórico, han sido ampliamente estudiados, sin embargo, en la práctica y, debido al encuadre del modelo al que nos estamos refiriendo, han sido pocos los autores que han estructurado un modo de tratamiento.

Algo básico para el buen tratamiento y evolución del paciente es realizar un diagnóstico acertado del trastorno que presenta. No existe un único método de evaluación, ni entrevistas estructuradas, pero sí una serie de recomendaciones que Kernberg propone para poder realizar un diagnóstico certero. Primero, es importante establecer un buen clima durante la entrevista con el paciente, así como hacer uso de la observación de las conductas, respetando los ritmos de cada persona (también llamado *timing*) y su necesidad de hablar o establecer silencios. Prestar atención a las reacciones del mismo nos aporta información y, para ello se valora tanto la comunicación verbal como la no verbal (Fernández, C. & Rodríguez, L. 2013).

El objetivo de la entrevista es establecer el grado de integración de identidad, el tipo de operaciones defensivas y la prueba de realidad del paciente. Es una manera de estructurar el modo de evaluación de este tipo de patologías. Para ello, se utilizan ciertas técnicas:

- Clarificación: exploración de la información que el paciente ha proporcionado, evocando material consciente y preconscious sin imponerle nada. Ello se realiza a través de preguntas abiertas o cerradas.
- Confrontación: presentar al paciente las áreas de información que parecen contradictorias o incongruentes, conjuntando el material consciente y preconscious que presentó por separado.
- Interpretación: establecer lazos entre el material consciente y preconscious, además de las funciones o motivaciones inconscientes del “aquí y ahora” asumidas o bajo hipótesis. Se centra en ansiedades subyacentes y conflictos activados y, trata de resolver la naturaleza conflictiva del material presentado. Para poder utilizar esta técnica, hay que haber establecido previamente una buena alianza, para evitar rechazos o ausencias continuadas a citas.

- Interpretación de la Transferencia: Se define como *"todos aquellos impulsos experimentados por el paciente en relación con el analista, que no dependen de la situación analítica actual, sino que remontan en su origen a tempranas vinculaciones con el objeto, reavivadas durante el análisis bajo la influencia del impulso repetitivo"* (Freud, A. 1961 p.58; citado en Fernández, C. & Rodríguez, L. 2013).

Es decir, durante la terapia, determinadas palabras, actitudes del terapeuta puede recordar al paciente a lo acontecido en el pasado y, es importante poder analizarlo, ya que podría tratarse de conductas inapropiadas que reflejen la reconstrucción de relaciones patogénicas y conflictivas con los demás significantes en el pasado del paciente (Fernández, C. & Rodríguez, L. 2013).

En la primera fase hay que investigar acerca de la difusión de la identidad, analizando qué dificultades tiene el paciente para hablar sobre él mismo. La difusión de la identidad se representa clínicamente por un concepto pobremente integrado de sí mismo y otros significantes. Respecto al tipo de operaciones defensivas, las personas con trastorno de personalidad pueden presentar operaciones defensivas primitivas, como identificación proyectiva, negación, omnipotencia, sin embargo, el mecanismo de defensa esencial de estos trastornos es la escisión, es decir, un fenómeno utilizado por Freud para designar la coexistencia, dentro del yo, de dos actitudes psíquicas respecto a la realidad exterior en cuanto ésta contraría una exigencia pulsional: una tiene en cuenta la realidad, la otra la reniega y la substituye por una producción del deseo (Fernández, C. & Rodríguez, L. 2013).

Acerca de la escisión, Freud (1938) lo explica como el intento de satisfacer la realidad o la pulsión y reconocer el peligro de la misma. La escisión permitiría de este modo satisfacer la pulsión y a la vez mostrar a la realidad el debido respeto. La escisión es, por tanto, una división en el seno yoico, manteniendo aspectos del Yo separados (dicotomizados) o, en palabras de Kernberg (1979), teniendo una vida psíquica "departamentalizada": el objeto es totalmente bueno o totalmente malo. La función es mantener separados estados afectivos contradictorios y así proteger al

sujeto de posibles ambivalencias y reconocimientos de emociones dolorosas. Por ello, señalar esos aspectos contradictorios durante la terapia puede provocar un aumento en la ansiedad del paciente (Fernández, C. & Rodríguez, L. 2013).

Cuando se empezaron a etiquetar y tratar las psicopatías, se comenzó a estudiar qué tipo de tratamientos serían más recomendables. Kernberg (1979) distinguió entonces entre el “psicoanálisis, la psicoterapia de expresión y la psicoterapia de apoyo”, situando el método apropiado para el tratamiento de los pacientes.

Las cuatro diferencias básicas entre la técnica psicoanalítica clásica y la terapia de expresión que el autor propone son:

- La existencia o no de diván: en la terapia de expresión no se utiliza.
- Reducir los días semanales de terapia: de seis días que estipula el psicoanálisis clásico, se redujo a tres o uno de la terapia de expresión.
- Introducción de contención hospitalaria para pacientes con trastornos de personalidad, debido a la necesidad de un encuadre más contenedor, evitando autolesiones.
- Situar el marco en el aquí y ahora, no basándose en la infancia tanto como en un psicoanálisis clásico: las interpretaciones relacionadas con la historia biográfica se recomiendan cuando la terapia ya se encuentre avanzada.

La técnica básica de la psicoterapia de expresión, consiste en explorar las defensas primitivas del paciente en el “aquí y ahora”, con el objetivo de ayudarlo a lograr el control sobre sus efectos y mejorar su adaptación a la realidad sitúa esta modalidad como ideal para una intervención en crisis, pero afirma que debe usarse con trastornos de personalidad solo cuando la psicoterapia de expresión está contraindicada (inteligencia baja, drogodependencias sin control, pensamientos suicidas continuos, etc.) (Kernberg 1979; citado en Fernández, C. & Rodríguez, L. 2013).

Otra técnica de la terapia de expresión es la clarificación y la interpretación. La terapia de expresión mantiene la neutralidad analítica de la técnica clásica, así como el análisis de la transferencia. Sin embargo, ésta se centra en la gravedad del *acting-out* y, en las perturbaciones de la realidad externa. Para (Kernberg, 1979; citado en Fernández, C. & Rodríguez, L. 2013) los tres elementos esenciales técnicos de la terapia de expresión son los siguientes:

- Interpretación: Se contraindican la sugestión y la manipulación, excepto cuando el potencial de un grave acting-out (darse cuenta de algo) del paciente requiere estructurar su vida externa. Estos pacientes son capaces de comprender e integrar los comentarios interpretativos del terapeuta, particularmente si sus distorsiones de los mismos se examinan y se interpretan a la vez (Frosch, 1970).
- Neutralidad técnica: La neutralidad significa conservar una distancia equitativa de las fuerzas que determinan los conflictos intra psíquicos del paciente, sin dejar de lado la empatía, ya que es una aptitud necesaria para la comprensión de cualquier tipo de patología, además de incluir la conciencia emocional de la experiencia del paciente y la integración, a nivel cognoscitivo y emocional.
- Análisis de la transferencia: No se analiza la transferencia como en las patologías neuróticas, en las cuales se interpreta y reconstruye con base en relaciones genéticas pasadas, sino que se elabora únicamente en el presente, puesto que hay una deficiente diferenciación del concepto de sí mismo y una falta de diferenciación e individuación de los objetos, lo que impide que estos pacientes diferencien las relaciones objetales presentes de las pasadas, confundiendo transferencia con realidad y no discriminando al analista del objeto transferencial. Debe interpretarse en forma intemporal de "como si", y, en patología grave, se interpretan las defensas para mejorar el funcionamiento del yo, transformar y resolver las transferencias primitivas (Kernberg, 1979; citado en Fernández, C. & Rodríguez, L. 2013).

En conclusión, aunque no se mencionaron y abordaron con profundidad cada uno de los enfoques y formas de trabajo que existen, podemos percibir que existen múltiples abordajes de estudio que llevan a teorizar la problemática desde diferentes posturas e, independientemente del enfoque que se trabaje, es importante conocer al paciente, realizar una evaluación para determinar las posibilidades óptimas que se necesitan y las que hay para su tratamiento. El terapeuta debe aclarar, al comienzo de la intervención, las metas generales y los objetivos específicos del mismo, puesto que la psicoterapia es una labor conjunta entre paciente y terapeuta. También es importante establecer una buena alianza terapéutica, así como tener presente que pueden producirse cambios y conductas no previstas en el paciente debido a esa inestabilidad que presentan. Por ello y, como señalan los diferentes autores, en la práctica clínica, es importante establecer un encuadre y límites adecuados desde el comienzo.

3. Guía de apoyo para la detección de la autolesión

Como sabemos, la detección permite darnos cuenta de algo que está pasando, que tal vez no sea muy evidente para los ojos de cualquier persona y, que es crucial hacerlo para poder encontrar una solución a lo que silenciosamente ocurre. Es por ello, que en el presente trabajo se enfoca a la detección de las personas que son autolesivas para poder brindarles un apoyo e intervención adecuada.

3.1 Conceptualización de material didáctico

El material didáctico es el conjunto de medios que intervienen y facilitan el proceso entre la enseñanza y el aprendizaje. Estos materiales pueden ser tanto físicos como virtuales, el objetivo de estos es, despertar el interés de los estudiantes, adecuarse a las características físicas y psíquicas de los mismos, además que facilitan la actividad docente al servirle de guía y apoyo para cualquier contenido. Se puede decir que, son los medios o recursos que sirven para aplicar una técnica concreta en el ámbito de un método de aprendizaje determinado, entendiéndose como el modo que se utiliza para obtener un cambio en el comportamiento de quien aprende y de esta forma que potencie o mejore su nivel de competencia a fin de desempeñar una función productiva (Morales, 2012).

Por otra parte, el material didáctico es considerado como *“Todos los objetos, equipos y aparatos tecnológicos, espacios y lugares de interés cultural, programas o itinerarios medioambientales, materiales educativos que, en unos casos utilizan diferentes formas de representación simbólica, y en otros, son referentes directos de la realidad. Estando siempre sujetos al análisis de los contextos y principios didácticos o introducidos en un programa de enseñanza, favorecen la reconstrucción del conocimiento y de los significados culturales del currículum”* (Cabero, 2001 p. 290.; citado en Rodríguez, 2017).

Guerrero (2014) señala que hay que considerar que el material no tiene valor en sí mismo, sino en la medida en que se adecuen a los objetivos, contenidos y

actividades que sean planteados para un fin. Existen diferentes clasificaciones de materiales didácticos; a continuación, se mostrarán solo algunos tipos:

- Materiales impresos: libros de texto, de consulta como diccionarios, enciclopedias, atlas, monografías, folletos, revistas, boletines, guías, etc.
- Materiales de áreas: mapas de pared, materiales de laboratorio, juegos, aros, pelotas, potros, plintos, juegos de simulación, maquetas, acuario, terrario, herbario bloques lógicos, murales, etc.
- Materiales de trabajo: cuadernos, carpetas, fichas, lápiz, colores, bolígrafos, etc.
- Materiales del docente: Leyes, Disposiciones oficiales, Resoluciones, guías didácticas, bibliografías, unidades didácticas, videos informativos, etc.

En conclusión, el material didáctico es un instrumento que facilita la enseñanza y el aprendizaje, se caracteriza por despertar el interés del estudiante adaptándose a sus necesidades, ayuda a facilitar la labor docente o de quien imparta cualquier tema, es sencillo, consistente y adecuado a los contenidos.

3.1.1 Manejo de guía hacia el profesional de la salud, para la detección de la autolesión

A continuación, se presenta la guía para la detección en usuarios que se autolesionan. Esta guía está dirigida especialmente a estudiantes y profesionales de la salud en general (médicos, enfermeros/as, dentistas, atención de urgencias, trabajadores/as social, nutriólogas/os, etc.) ya que como se ha mencionado, la persona en cuestión por lo regular llega con algún otro experto antes que con el psicólogo clínico. La finalidad es que cualquier personal con preparación en el área de salud, tenga la pericia de observar al usuario y, de considerarlo, aplicarle dicha guía y que está sea una herramienta de utilidad para saber si es necesario derivar al usuario a una intervención integral.

La tarea del profesional en el área de salud o a fin, es leer la guía y, en está encontrara un apartado enfocado a “vestimenta y conductas” en la cual se debe

tomar mayor atención, ya que si se encuentran semejanzas entre lo que lee y lo que observa en el usuario, sería necesario e importante aplicar el cuestionario que se encuentra en la “Guía para la detección de la Autolesión sin intención suicida”. Si en el cuestionario se encuentran 7 respuestas como (SI), el profesional de la salud tendría que derivar al usuario con el psicólogo clínico. En caso de ser necesario, la guía también cuenta con algunas vías de apoyo (contactos) para la derivación de las personas que se autolesionan.

3.2 Conclusión

Es pertinente recordar que no existe una “psicología homogénea”, existen las psicologías, es decir, convergen diversos ámbitos, sub campos de estudio, diversos abordajes hacia el individuo y, en este trabajo se abordó desde la psicología de la salud, ya que esta área se enfoca al bienestar global del sujeto pues, es de suma importancia no considerar al individuo como un único factor, sino mirar a su entorno y, entenderlo como un “todo” para una mejor comprensión y atención a este.

Como expertos en el área de salud es relevante considerar al usuario como el fin más significativo de nuestra labor, es decir, que pese al área, postulado o enfoque en la que trabajemos y nos enfoquemos, tener en cuenta que la psicología no trabaja de manera aislada, siempre podremos echar mano de otras áreas como la psiquiatría, medicina, nutrición, etc., para un progreso integral y, la relación entre el usuario y este conjunto de técnicos o profesionales es vital, ya que parte de la efectividad de la adherencia a los tratamientos podría ser mejor si se forja una relación adecuada y sana con una comunicación eficaz entre ambos.

Hago hincapié y exhorto a los profesionales en el área de salud, que al detectar a quien necesite ayuda, sea empático, tenga una escucha activa, sea asertivo y sin actitud de crítica o enjuiciamiento, más bien, transmitir calma y a la vez interés, es decir, ser empático con quien se detecta en situación de riesgo, ya que la autolesión podría ser la antesala de algo mayor si no es tratado, puesto que, en muchas ocasiones el usuario no alcanza a entender de que trata por completo su problemática o situación y, en el caso particular de las personas que se

autolesionan, es probable que lo hayan mantenido por mucho tiempo en secreto pues es algo que como se ha explicado con anterioridad, no saben cómo gestionar y, una buena relación con el profesional de la salud, facilitaría su intervención y tratamiento.

Por otra parte, señalo como sustancioso, la detección y la intervención de las personas que se autolesionan, ya que de esta forma se ahorraría un gasto significativo de salud pública, además de así poder orientar, derivar y atender a quien pasa por una situación de esta índole. Igualmente, es fundamental invitar a crear formas informativas de divulgación del tema para procurar la prevención y detenimiento de la autolesión, generar consciencia de este tema, sus implicaciones y, que la persona en cuestión sepa que hay manera de tratarlo.

También es conveniente realizar labor de promoción en habilidades para la vida, es decir, en herramientas de apoyo emocional y fomentar una cultura de prevención ante problemáticas personales como la autorregulación emocional como, para problemáticas sociales. El material didáctico, en este caso la guía, sirve como una aportación para compartir y difundir información que auxilie a los estudiantes y a los profesionales en el área de salud para la prevención, detección, y/o derivación, en caso de encontrar personas que se autolesionan.

Es vital remarcar que como psicólogos podemos crear herramientas de apoyo que sirvan como facilitadores, ya sea para la investigación, la intervención, o cómo es el caso, para un posible acercamiento a la detección de un comportamiento dañino, gestionado por la propia persona. Aún hay mucho por descubrir acerca de la autolesión, se sugiere a profesionales interesados en el tema, se acerquen a la creación de medidas específicas para identificar con certeza a las personas que se autolesionan, así mismo indagar sobre cuáles son las cifras concretas de quienes lo hacen en nuestro país y, descubrir con que factores específicamente se crea una comorbilidad.

Anexo:

GUÍA PARA LA DETECCIÓN DE LA AUTOLESIÓN SIN INTENCIÓN SUICIDA.

ÍNDICE

- I) Resumen
 - II) Objetivo
 - III) Instrucciones para la aplicación de la Guía
 - IV) ¿Qué es la autolesión?
 - V) Clasificación de la autolesión
 - VI) ¿Cuáles son los factores de riesgo?
 - VII) ¿Qué motiva al individuo a lesionarse?
 - VIII) ¿Por qué se mantiene la conducta auto lesiva?
 - IX) ¿Cuáles son las características emocionales de quienes se autolesionan?
 - X) En la presencia de autolesión, ¿Podría existir otro padecimiento psicológico?
 - XI) Prevalencia de riesgo en la autolesión
 - XII) Detección
 - XIII) Derivación: Médico y Psicológico.
 - XIV) Cuestionario de detección para el usuario.
 - XV) Referencias
-

AUTOLESIÓN SIN INTENCIÓN SUICIDA

RESUMEN

La autolesión hace hincapié al acto de ser lastimado físicamente hacia sí mismo, sin embargo, con frecuencia, no es entendido por qué o cómo es que se llegó al acto o a la repetición del mismo.

Se presenta con mayor recurrencia en la adolescencia y es algo de lo que no se suele hablar con regularidad ni de forma abierta por quien lo realiza, por lo tanto, es difícil su detección.

OBJETIVO

El profesional de la salud detecte con el apoyo de esta guía a las personas que se autolesionan, derivándolo a un tratamiento integral y oportuno.

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA GUÍA

-Realizar lectura y prestar mayor atención en donde se encuentra señalado “Vestimenta y Conductas”, si se observan 3 características en el individuo, aplicar el “Cuestionario de detección de la autolesión”.

-Si en el “Cuestionario de detección de la autolesión” la persona tiene 7 respuestas como afirmativas, derivarlo con el psicólogo clínico.

¿Qué es la autolesión?



Es la provocación deliberada de daño físico a sí mismo en el propio cuerpo y, existen dos tipos:

Con intención suicida

Sin intención suicida:

Directa:

- la intención es herirse de forma inmediata.

Indirecta:

- El daño físico aparecerá de mediano a largo plazo, por lo general se niega la intención autodestructiva, justificando sus acciones. Ejemplos: ingesta de sustancias, desórdenes alimenticios, etc.

Zaragozano, 2017.

La autolesión se clasifica en:



Compulsiva

eee

Conductas que se repiten varias veces al día, sin alguna necesidad aparente; están relacionadas con trastornos de ansiedad, como: arrancarse el cabello, morderse las uñas, pellizcarse la piel, etc.

impulsiva

Conducta repetitiva que genera adicción, con poca o sin premeditación sobre las consecuencias. Existe una urgencia motivada por un estado de tensión que conduce a la autolesión en donde la acción conduce a la relajación, por ejemplo: cortarse, quemarse, envenenamiento, etc.

Mayor

Conductas de auto daño grave, como la automutilación de alguna parte del cuerpo, desfiguración permanente, oclusión de los ojos, por ejemplo.

Walsh (2006).
Marín, M. (2013).

Factores de riesgo de la autolesión

- Abuso sexual
 - Disfunción familiar
- Presencia de factores psiquiátricos
 - Amistades con conductas autolesivas
- Abuso de sustancias tóxicas
 - Auto Devaluación
 - Violencia



¿Qué motiva al individuo a realizar autolesión?



--Funciona como una autorregulación de sus propios estados negativos y dolor emocional.

--Alivia un sufrimiento emocional, sustituyéndolo por un dolor físico

--De esta forma obtienen un sentimiento de control sobre sí mismos.

Garza, A.et. al. (2016)
Ibáñez, A. et. al. (2012)

Dianela, L. (2010)
Maurente, L.et. al. (2018)

¿Por qué se mantiene la conducta autolesiva?



- Encuentran alivio en sus emociones adversas.
- Buscan apoyo y/o atención de su círculo y pueden influir sobre el.
- Genera estados placenteros ante el aburrimiento.



¿Cuáles son las características emocionales de quienes se autolesionan?

- Baja estima/ Auto imagen negativa
- Impulsividad
- Supresión de pensamiento
- Personalidad evitativa
- Pensamiento rumiante
- Alta desregulación emocional:
 - Tristeza
 - Enojo
 - Ansiedad
 - Culpa

Barrera, L. y Rodríguez, K. (2017).

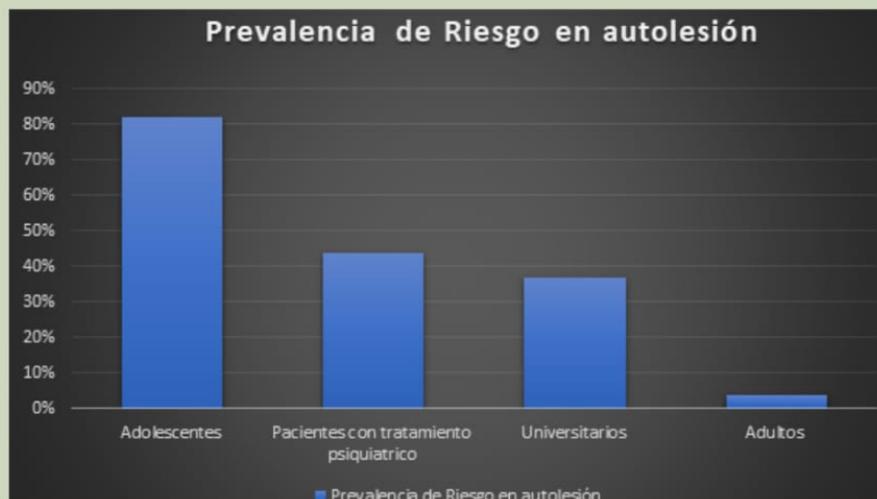
Barrera, L. y Rodríguez, K. (2017).
Marín, M. (2013).
Ibáñez, A. et. al. (2012)

La autolesión se podría acompañar de trastornos como:



Trastorno por Ansiedad Generalizada.
 Trastornos de Alimentación.
 Trastorno de Estrés Postraumático.
 Trastornos disociativos / trastorno Bipolar.
 Trastorno por Depresión.

Prevalencia de riesgo



Dianela, L. (2010)

Maurente, L. et. al. (2018)
 Díaz, A. et. al. (2008)
 Marín, M. (2013)

Tomar en cuenta para la autolesión



Vestimenta



--Manga larga o accesorios que puedan cubrir brazos y muñecas--

--Aspecto general, desalineado y/o sucio.

Conductas



- Poco o nulo contacto visual.
- Aparente inseguridad (penoso/a).
- Evasivos al contestar.
- Tristes / irritantes.

Barrera, L. y Rodríguez, K. (2017).
Marín, M. (2013).
Ibáñez, A. et. al. (2012).

Contactos

MÉDICOS

--FB IMSSCDMX gubernamental teléfono 800 623 2323.

--Hospital Médica Sur Puente de Piedra 150, Toriello Guerra, Tlalpan, 14050 Ciudad de México, CDMX Teléfono: 55 5424 7200



Atención Psicológica

--FB Prevención y Postvención del Suicidio A.C. 56 1167 0135. Calzada México Tacuba 70, Tlaxpana, Miguel Hidalgo 11370 Ciudad de México.

--Clínica de Atención Psicológica Integral CAPI 5556985624 <https://www.capi.com.mx/>

--Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM Dirección: CUSI Iztacala, Avenida de los Barrios, 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla de Baz, Méx. Teléfono: 55 5623 1280



CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE LA AUTOLESIÓN

El presente cuestionario tiene como principal objetivo detectar si existe algún tipo de autolesión. La información que nos proporcione es importante para nosotros y confidencial, por lo cual agradecemos su colaboración.

Nombre

Fecha

Edad

Institución/Lugar de aplicación

Lea y marque con una "X" su respuesta.

1.- ¿Consideras que en general, la opinión que tienes sobre ti, es negativa?

Si / No

2.- ¿Crees que NO eres importante para tu entorno, personas cercanas y/o queridas? Si / No

3.- ¿Crees que pierdes el control fácilmente ante una situación no agradable?

Si / No

4.- ¿Crees que nadie puede ayudarte? Si / No

5.- ¿Consideras que constantemente tienes los mismos pensamientos que te preocupan y no puedes desecharlos? Si / No

6.- ¿Crees que mereces ser castigado? Si / No

7.- ¿Has pensado en herirte de alguna forma, ya que algún amigo te lo recomendó para aliviar alguna tristeza o enojo? Si / No

8.- ¿Consideras tener dificultad para expresar tus emociones? Si / No

9.- ¿Consideras complicado lidiar con tus emociones? Si / No

CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE LA AUTOLESIÓN

El presente cuestionario tiene como principal objetivo detectar si existe algún tipo de autolesión. La información que nos proporcione es importante para nosotros y confidencial, por lo cual agradecemos su colaboración.

Nombre

Fecha

Edad

Institución/Lugar de aplicación

Lea y marque con una "X" su respuesta.

- 10.- ¿Consideras que te irritas/ enojas con facilidad? Si / No
- 11.- ¿Crees que ahora te irritas por cosas que antes no te irritabas/ enojabas? Si/No
- 12.- A menudo experimentas sentimientos, como: tristeza, enojo, ansiedad, vergüenza o culpa? Si / No
- 13.- ¿Consideras que pocas veces te sientes tranquila/o? Si / No
- 14.-¿Tienes problemas para relacionarte con las personas? Si / No
- 15.- ¿Te cuesta trabajo tener la iniciativa de aprender y/o hacer cosas nuevas?
Si / No
- 16.-Cuando experimentas una emoción no agradable, como miedo o enojo ¿Actúas hacia tu persona de forma violenta? Si / No
- 17.- Cuando tienes un deseo o tentación de llevar a cabo algo, ya sea gratificante o dañino para tí o hacia alguien más, ¿te puedes resistir y planificar la acción? Si / No
- 18.- ¿Crees que a veces realizas cosas dañinas o dolorosas a tu persona sin planificarlo? Si / No
- 19.- ¿Consideras que te cuesta trabajo dormir y/o no tienes un descanso reparador?
Si / No

CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE LA AUTOLESIÓN

El presente cuestionario tiene como principal objetivo detectar si existe algún tipo de autolesión. La información que nos proporcione es importante para nosotros y confidencial, por lo cual agradecemos su colaboración.

Nombre

Fecha

Edad

Institución/Lugar de aplicación

Lea y marque con una "X" su respuesta.

20.- ¿Te cuesta trabajo concentrarte o mantener tu atención en lo que estas realizando? Sí / No

21.- ¿Alguna vez te has cortado, rasguñado o quemado porque ello te hace sentir mejor? Si / No

22.- ¿Alguna vez te has herido físicamente (golpes, rajadas, rasguños, jalado del cabello o dejado moretones porque te deja una sensación de alivio y bienestar? Si / No

23.- De ser así, ¿Abres tus heridas antes de que sanen? Si / No

24.- ¿Has llegado al doctor por alguna herida que te hayas provocado para sentir alivio? Si / No

25.- Cuando experimentas una emoción intensa y perturbadora ¿piensas en

y posteriormente realizas?

REFERENCIAS

Barrera, L. y Rodríguez, K. (2017). Avances en la comprensión de las autolesiones físicas en la adolescencia. Universidad cooperativa de Colombia Facultad de Psicología. Recuperado de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/10113/1/2017_avances_comprencion_adolesc_entes.pdf

Diana, L. (2010). Autolesión sin intencionalidad suicida: El afrontamiento del dolor emocional a través de las heridas. México, CDMX. Universidad Nacional Autónoma de México. Tesina, Facultad de Psicología. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptb2010/junio/0658858/Index.html>

Díaz, A., González, A., Minor, N. & Moreno, O. (2008). La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos. Revista electrónica de psicología Iztacala. vol 11 No. 4 <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol11num4/Vol10No4Art4.pdf>

Garza, A., González, L. & Campos, C. (2016). Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/terapia-breve-caso-autolesion-no-suicida/>

Ibáñez, A., Vázquez, M., Del Real Peña, A., Sánchez, C., Giné, E. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Barcelona. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393274>

Marín, M. (2013). Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan. Tesis UNAM. Recuperado de http://132.248.10.225:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/78/28_desarrollo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Maurente, L. García, L., Grunbaum, S. & Pérez (2018). Las automutilaciones en la adolescencia, cómo reconocerlas y tratarlas. scielo. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492018000100036&script=sci_arttext

Zaragoza, F. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente Artículo especial. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. Recuperado de <file:///C:/Users/tania/Downloads/Dialnet-AutolesionesEnLaAdolescencia-6393711.pdf>

Referencias

Ámbitos profesionales de la psicología. (2015). Documento del Decanato de la Facultad de Psicología UNED. para la Conferencia de Decanos de Psicología de las Universidades Españolas (CDPUE). Recuperado de http://estudis.uib.cat/digitalAssets/372/372448_e1_perfiles-profesionales_gps_i_cdpue.pdf

Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens, *Revista Universitaria de Investigación*, vol. 9, (1), pp. 93-107. Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

Alvarado, J., Garrido, A. y Torregrosa J. (1996). Psicología social aplicada. España. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/50152519/Psicologia_social_aplicada.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPsicologia_social_aplicada.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200201%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200201T195936Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=64f0fd1120db215bfecccd042cc899a55642796507cbc25e458f9063c5d48249

Anaya, P., Gutiérrez, M., López, O. & Martínez, L. (2018). Taller: El retorno desde el otro hacia mí. Lugar de publicación: *Facultad de Estudios Superiores Iztacala*.

Ardila, R. (2013). Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913, *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 45, (2), pp. 315-319. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80528401013.pdf>

Barra, E. (1998). *Psicología social*. Universidad de Concepción. Chile: Recuperado de http://www.sibudec.cl/ebook/UDEC_Psicologia_Social.pdf

Barrera, L. y Rodríguez, K. (2017). Avances en la comprensión de las autolesiones físicas en la adolescencia. Universidad cooperativa de Colombia Facultad de Psicología. Recuperado de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/10113/1/2017_avances_com_prension_adolescentes.pdf

Bocco, G. et. al. (2014). Evaluación de proyectos, multi, inter y transdisciplinarios. México: foro consultivo científico y tecnológico, AC. Recuperado de http://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/multi_inter_trans.pdf

Cardozo, I. & Rondón, E. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica, *Revista electrónica de psicología Iztacala Vol. 17, (3)*, Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17num3/Vol17No3Art10.pdf>

Compas, B. & Gotlib, I. (2003). Introducción a la psicología clínica, México: McGraw-Hill. Recuperado de https://www.academia.edu/36315520/introducci%C3%B3n_a_la_Psicolog%C3%A1Da_CI%C3%ADnica

Corveleyn, J. (1998). Efectos psicológicos de la relación con pacientes en la persona del clínico. Pp 27-42. Universidad Católica de Loviana. Recuperado de <file:///C:/Users/Alejandro/Downloads/Dialnet-EfectosPsicologicosDeLaRelacionConPacientesEnLaPer-2883705.pdf>

Davidoff, L. (1989). *Introducción a la Psicología*. México: Tercera Edición. Recuperado de <https://empezandoafilosofar.files.wordpress.com/2015/11/introduccion-a-la-psicologia-linda-davidoff.pdf>

Dianela, L. (2010). Autolesión sin intencionalidad suicida: El afrontamiento del dolor emocional a través de las heridas. México, CDMX. Universidad Nacional Autónoma de México. Tesina, Facultad de Psicología. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptb2010/junio/0658858/Index.html>

Díaz, A., González, A., Minor, N. & Moreno, O. (2008). La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos, *Revista electrónica de psicología Iztacala*. vol 11, (4). <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol11num4/Vol10No4Art4.pdf>

Díaz, V. (2010). La psicología de la salud: Antecedentes, Definición y Perspectivas, *Revista psicológica Antioquia* vol.2 (1). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext ["http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100005"](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100005) HYPERLINK

Fernández, C. & Rodríguez, L. (2013). Tratamiento psicoanalítico de los trastornos de personalidad, *Psychoanalytic treatment of personality disorders. Acción psicol. vol.10 (1)*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7033>

Frías, M. (2009). Psicología forense: Definiciones y aplicaciones. *Revista Jurídica del Departamento de Derecho Academia de Derecho Administrativo Tercera Época No. 1*. Recuperado de https://biolex.unison.mx/index.php/biolex_unison_mx/article/view/134/160

García, J. (2010). La Cátedra de Psicología Experimental en la Universidad Católica de Asunción: Paraguay. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2010, Vol. 44, (1)* pp. 157-167.

Garza, A., González, L. & Campos, C. (2016). Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/terapia-breve-caso-autolesion-no-suicida/>

González, I., Martínez, P., González, L. & Armando, J. (2010) La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico. *Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, vol. 8*. Pp 110-120. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020098021.pdf>

Guerrero A. (2009). Los Materiales Didácticos en el Aula. Revista digital para profesionales de la enseñanza. Temas para la educación.

Gutiérrez, J., Rubio, G. y Rodríguez, F. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales? *Health and Addictions Vol. 13, (2)*, pp 145-155. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/839/83929573007.pdf>

Hernández, E. & Grau, J. (2005). *Psicología de la Salud: Aspectos Históricos y Conceptuales*. *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud, pp 33-84. Recuperado de <http://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2012/01/PSICOLOG%25C3%258DA-DE-LA-SALUD-ASPECTOS-HIST%25C3%2593RICOS-Y-CONCEPTUALES.pdf>

Hernández, P. (2009). Campos de Acción del Psicólogo Educativo: Una Propuesta Mexicana. *Psicología Educativa Vol. 15, (2)*, pp 165-175. Recuperado de [https://www.academia.edu/4672471/Campos de Acci%C3%B3n del Psic%C3%B3logo Educativo Una Propuesta Mexicana](https://www.academia.edu/4672471/Campos_de_Acci%C3%B3n_del_Psic%C3%B3logo_Educativo_Una_Propuesta_Mexicana)

Ibáñez, A., Vázquez, M., Del Real Peña, A., Sánchez, C., Giné, E. (2012). *Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento*. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Barcelona. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393274>

León, G., Aviles, J., Nasr, Z. & Alvarez, Y. (2013). *Historia de la psicología*. UNAM facultad de psicología. Recuperado de <http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Historia de la Psicología Alvarez Diaz Molina Aviles Monroy Nasr Bernal Alvarez TAD 1 sem.pdf>

Maisto, A. & Morris, C. (2005). *Introducción a la psicología*. Carolina del Norte: Duodécima edición. Pearson educación. Universidad de Michigan Universidad de Carolina del Norte. Recuperado de <http://www.acade> HYPERLINK "<http://www.academia.edu/11605141/Introduccion-a-La-Psicologia-Morris-Maisto-12ed-pdf>" HYPERLINK "<http://www.academia.edu/11605141/Introduccion-a-La-Psicologia-Morris-Maisto-12ed-pdf>" HYPERLINK

Marín, M. Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan. Universidad autónoma de México: México. Recuperado de http://www.ciencianueva.unam.mx/bitstream/handle/123456789/78/28_desarrollo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martín, E., Simkin, H., Putrino, N., Giusti, S. & Helmich, N. (2014). Relación Terapéutica: Estudio en población de psicólogos clínicos, *Anuario de Investigaciones* vol. XXI, (23). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994002.pdf>

Martín, G. & Camacho, P. (2010). Guía Clínica para el trastorno de ansiedad, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Recuperado de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_ansiedad.pdf

Mateos, P. & Giannina (2008). Revista Intercontinental de Psicología y Educación Especial, *Universidad Intercontinental México Educación especial* vol. 10, (1), pp. 5. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/802/80210101.pdf>

Maurente, L. García, L., Grunbaum, S. & Pérez (2018). Las automutilaciones en la adolescencia, cómo reconocerlas y tratarlas. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S168812492018000100036&script=sci_arctext

Morales, P. (2012). *Elaboración de material didáctico*. Estado de México: Red tercer Milenio

Morrison, V. & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Departamento de Psicología Biológica y de la Salud Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de <https://psicobolivar.files.wordpress.com/2011/09/psicologc3ada-de-la-salud-val-morrison-freelibros-org.pdf>

Múnera, N. (2014). Relación terapéutica desde los distintos enfoques psicológicos, *Revista electrónica Psyconex, psicología, psicoanálisis y conexiones*. Vol 6 (9). Recuperado de [file:///C:/Users/Alejandro/Downloads/22444-85361-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Alejandro/Downloads/22444-85361-1-PB%20(1).pdf)

Oblitas, L. (2008). *Psicología De la Salud*. México: UNIFE. *Una ciencia del bienestar y la felicidad pp*, 9-21. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>

OMS (2016). Organización mundial de la salud. Recuperado de http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

OMS, (2108). Concepto de salud y enfermedad. Recuperado de <https://tratamientoyenfermedades.com/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>

Peña, A. & Paco, O. (2002). El concepto general de enfermedad. *Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Perú*, vol. 63, (3), pp 223-232. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/379/37963308.pdf>

Peña, M., Díaz, Ma., Chávez, A. y Sánchez, C. (2016). El compromiso organizacional como parte del comportamiento de los trabajadores de las pequeñas empresas. Universidad Autónoma de Coahuila-México, *Revista Internacional Administración & Finanzas Vol. 9, (5), pp. 95-105*. Recuperado de <https://www.theibfr2.com/RePEc/ibf/riafin/riaf-v9n5-2016/RIAF-V9N5-2016-7.pdf>

Pol, E. (1994). El concepto de identidad social urbana: una aproximación entre la Psicología Social y la Psicología Ambiental, *Anuario de Psicología 1994, (62), pp 5-24*. Recuperado de <file:///C:/Users/tania/Downloads/61126-Text%20de%20'article-89124-1-10-20071022.pdf>

Ramírez, J. y Torres, S. (2007). *Las funciones del psicólogo(a) en el centro de atención múltiple básico*. México. Recuperado de <http://200.23.113.51/pdf/24330.pdf>

Rodríguez, H. (2006). La relación médico-paciente Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". *Revista Cubana de Salud Pública*

Rodríguez, J. (2017). Importancia de los materiales didácticos en el aprendizaje de las matemáticas. Lugar de publicación: *Universidad de Jaén Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Vol. 13*. Recuperado de http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/5752/1/Navarrete_Rodrguez_PedroJos_TF_G_Educacin_Primarya.pdf

Santacreu, J. (1991). *Psicología clínica y psicología de la salud. Marcos teóricos y modelos*. Facultad de psicología. Universidad autónoma de Madrid. Recuperado de file:///C:/Users/tania/Downloads/RevPsicolSalud_3_1.pdf

Stone, G. (1988). Psicología de la salud: Una definición amplia, *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20 (1), pp 15-26.

Trápaga, C., Pelayo, H., Sánchez, LL., Dávila, Z., Bautista, A. (2018). *De la psicología cognitiva a la neuropsicología*. Ed. Manual Moderno: México. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=bLJZDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1987&dq=psicologia+y+neuropsicologia+pdf&ots=ojvmHShsbg&sig=hjKTvKrOuAT5OkcQ1MsF85EMmag#v=onepage&q=psicologia%20y%20neuropsicologia%20pdf&f=false>

Villegas, M. (1986). La psicología humanista: Historia, concepto y método. *Anuario de psicología Vol. 34, (1)*. Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona. Recuerado de <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/64549/88511>

Werner, S., Pelicioni, M., Chiattono, H. (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 2, (1), pp. 153-172. International Journal of Clinical and Health Psychology. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33720108.pdf>

Zaragozano, F. (2017). *Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente Artículo especial*. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza pp, 37-45 Recuperado de <file:///C:/Users/tania/Downloads/Dialnet-AutolesionesEnLaAdolescencia-6393711.pdf>