



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

AUTOLESIONES Y RIESGO SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
INTERVENCIÓN CLÍNICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

PRESENTA:

LILIANA GABRIELA RODRÍGUEZ GÓMEZ

DIRECTORA: DRA. MA. EMILIA LUCÍO GÓMEZ-MAQUEO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ: DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRA. LAURA SOMARRIBA ROCHA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. EDITH ROMERO GODINES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRO. SALVADOR CHAVARRIA LUNA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mi Madre, por ser mi mejor ejemplo de sabiduría, por su comprensión, su paciencia, prudencia, y por poseer toda la integridad y madurez que yo deseo. Le agradezco su solidaridad, su apoyo económico, su interés y preocupación en lo que leo, escribo y pienso, por confiar y ver en mí lo que yo aún no descubro. Ella es mi luz, mi fortaleza y mi guía.

A mi Padre por enseñarme la importancia de no rendirse y de no conformarse con una sola verdad, le agradezco luchar por vivir e por impulsarme a elegir dedicarme a aquello que haré siempre por pasión más que por dinero.

A mi hermano, por motivarme a ser un ejemplo digno de él, por hacerme sentir importante y necesaria para él y por enseñarme los pequeños detalles de la vida que puede hacer feliz a una persona.

A mi Tía Josita por inspirarme a ser profesionalista y por enseñarme con su ejemplo que la dedicación, la vocación y el amor te vuelven una mejor una mejor persona y como profesional hacen una gran diferencia.

A mi prima Julieta, por demostrarme que se puede sobrevivir a todo y que, aunque no es fácil, se pueden encontrar nuevos motivos y fuerzas para seguir viviendo a pesar de la adversidad.

A Gabriel Galicia, por su amor, por escucharme, por hacerme reír, por su optimismo y solidaridad, pero sobre todo por su apoyo incondicional, paciencia y fe en mí y. Le agradezco que sea mi mejor ejemplo de constancia y perseverancia a pesar de los obstáculos.

A todas mis amigas y compañeras por su apoyo desinteresado, su acompañamiento, su empatía y su solidaridad.

A mi amiga Fatima, gracias por tu compañía, por tu escucha, por tu paciencia, tu solidaridad y por la ternura y empatía con la que siempre me trataste en los momentos más complicados para mí y porque nunca me juzgaste y por el contrario me motivabas a no rendirme.

AGRADECIMIENTOS

Investigación realizada gracias al programa UNAM-DGAPA-PAPIIT IN303516 NTOS

A la Universidad Autónoma de México, por la gran oportunidad de ser parte de una de las mejores instituciones del país, fue un sueño hecho realidad. A la Facultad de Psicología por los conocimientos otorgados a lo largo de la especialidad.

A la Dra. Emilia Lucio le agradezco la oportunidad de permitirme trabajar cerca de ella, por su dirección y apoyo, por ser un gran ejemplo a seguir, por las lecciones que me ayudaron a reflexionar sobre mi vida, por su respaldo y comprensión, paciencia, consejos, pero sobre todo por su gran calidad humana.

A la Dra. Paulina Arenas le agradezco sus aportaciones, su guía, su optimismo y su excelente trato.

A la Mtra. Laura Somarriba y a la Dra. Edith Romero les agradezco su disposición, orientación y retroalimentación positiva, así como su paciencia.

Al Mtro. Salvador le agradezco su interés, sus aportaciones, su enseñanza tanto como asesor, supervisor y como profesor pues su apoyo, disciplina y profesionalismo contribuyeron en mi formación profesional.

A la Mtra. Consuelo Duran por su paciencia, disciplina y exactitud en la elaboración del análisis de datos de este estudio, así como su apoyo, su disposición y la paz que siempre me brindo.

Al Dr. Miguel Marín, por autorizarme el uso de su instrumento, y por la asesoría brindada para su aplicación e interpretación.

Liliana Gabriela Rodríguez Gómez

Índice

DEDICATORIAS.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
Capítulo 1. Adolescencia.....	5
1.1 Teorías de la Adolescencia.....	5
1.2 Clasificación.....	7
1.3 Características.....	8
1.4 Problemáticas y características.....	9
1.5 Duelos de la adolescencia.....	10
1.6 Fases de la Adolescencia.....	11
1.7 Psicopatología del Adolescente.....	15
1.8 Sucesos de Vida Estresantes en la Adolescencia.....	19
Capítulo 2 Autolesiones.....	23
2.1 Definición.....	23
2.2 Historia.....	29
2.3 Antecedentes.....	32
2.4 Epidemiología.....	42
2.5 Características.....	52
2.6 Clasificación.....	54
2.7 Diagnóstico Diferencial de autolesión.....	56
2.8 Causas.....	58
2.9 Escalas de Medición.....	62
2.10 Modelos teóricos.....	67
2.11 Métodos de Intervención.....	77
Capítulo 3 Suicidio.....	83
3.1 Definición.....	83
3.3 Clasificación.....	96
3.4 Características.....	97
3.5 Indicadores de Riesgo.....	97
3.6 Factores de Riesgo.....	99

3.7 Factores de Protección	107
3.8 Prevención e Intervención.....	109
3.9 Orientación	119
Capítulo 4 Metodología.....	121
4.1 Planteamiento del Problema.....	121
4.2 Justificación.....	123
4.3 Objetivo general.....	123
4.4 Objetivos Específicos	124
4.5 Preguntas de Investigación	124
4.6 Hipótesis.....	124
4.7 Variables	125
4.8 Tipo de Estudio	126
4.9 Diseño.....	126
4.10 Participantes.....	127
4.11 Criterios de Selección	127
Criterios de Inclusión.	127
Criterios de Exclusión.....	127
4.12 Instrumentos y/o materiales.....	127
4.12.1 a) Ficha Sociodemográfica (Lucio, Durán, León & Hernández, 2003).....	127
4.12. b) Cuestionario Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio y Durán, 2003).....	128
4.12.3 c) Cédula de Autolesiones (Marín, 2014)	129
4.12.4 d) Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes, IRIS (Hernández & Lucio, 2006).....	130
4.13 Procedimiento	132
4.14 Análisis de Datos	133
Capítulo 5 Resultados	134
5.1 Características sociodemográficas de la muestra general.....	134
5.2 Distribución de la muestra con Autolesiones y sin Autolesiones	146
5.3 Distribución de la muestra con Riesgo Suicida y sin Riesgo Suicida	154
5.4 Distribución de la muestra con autolesiones y riesgo suicida	156
Distribución de la muestra con Autolesiones y Sucesos de Vida estresantes.....	161
Capítulo 6 Discusión y Conclusiones	163
1.1 Discusión y Conclusiones	163
6.2 Limitaciones y sugerencias	168

6.3 Referencias..... 170

RESUMEN

El objetivo principal de la presente investigación fue analizar la relación entre autolesiones y riesgo suicida y los sucesos de vida estresantes; en segundo lugar, conocer las diferencias entre los adolescentes con autolesiones y sin autolesiones, con respecto a los que tienen riesgo suicida y los que no y finalmente analizar los niveles de estrés, en la adolescencia temprana; para lo cual se realizó un estudio de tipo descriptivo comparativo transversal. Participaron 118 adolescentes de entre 12 y 14 años de primero y segundo grado de una secundaria pública de la ciudad de México. Se emplearon la ficha de datos sociodemográficos (Lucio, Durán, León & Hernández 2003) empleada para describir las características de la muestra. El Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS-A (2003) Por Quetzalcóatl Hernández Cervantes y Emilia Lucio Gómez-Maqueo. Y el Cuestionario de Sucesos de Vida (versión adolescente) Por Lucio Gómez-Maqueo Emilia, Duran Patiño Consuelo (2003). Los resultados obtenidos indicaron que, en el grupo con autolesiones, el 42 % son mujeres. En cuanto a la relación entre autolesiones y riesgo suicida, estos indicaron que entre más adolescentes de la muestra se autolesionan, mayor es el riesgo suicida y el riesgo suicida disminuye cuando los adolescentes de la muestra no se autolesionan. Y en relación al análisis de autolesiones y sucesos de vida estresantes, se hallaron correlaciones entre los adolescentes que se autolesionan, pues presentan un mayor número de sucesos estresantes que la muestra de adolescentes que no se autolesionan. Lo que se observó fue la necesidad de obtener datos más precisos a través de una entrevista, con los adolescentes, durante la aplicación de instrumentos. Sin embargo, se observa que las autolesiones como un proceso complejo, requieren de un análisis que implique el estudio del tipo de autolesión, la frecuencia y la fecha en que se llevaron a cabo los últimos episodios

Palabras clave: adolescencia temprana, autolesiones, riesgo suicida, sucesos de vida estresantes.

ABSTRACT

The main objective of this research was to analyze the relationship between suicide risk and coping strategies; secondly to know the differences between the adolescents with suicide risk and suicide risk with respect to the strategies of coping and finally to analyze the relationship between suicide risk and family problems, to early adolescence; for which conducted a study of comparative descriptive cross-sectional study. Participants were 102 adolescents between 12 and 15 years old from a public high school in Mexico City. Instruments were: demographic data form (Lucio, Duran, León & Hernández, 2003) to describe the characteristics of the sample. The Inventory of Suicide Risk for Teens IRIS-A (2003) by Quetzalcoatl Hernández Cervantes and Emilia Lucio Gómez-Maqueo and the coping scale for Mexican adolescents (EA-A) by Lucio Gómez-Maqueo Emilia, Duran Patiño Comfort and Cristina Heredia C. (2011). The results obtained indicated that in the group with suicide risk, 76% are women. About the relationship between suicide risk and coping strategies, results indicated that the as the coping strategies used are functional, the suicidal risk decreases and when dysfunctional coping strategies are used, the suicidal risk is greater. In relation to the analysis of suicide risk and family problems, no correlations were found. IT was concluded that to obtain more precise data may be necessary an interview, for parents and adolescents, during the process of the instruments' administration. It is noticeable that the coping as a complex process requires an analysis that involves the study of different factors, such as the family, to be an important source of modeling of adaptive processes such as the coping strategies (Barcelata & Gómez-Maqueo, 2012).

Keywords: Early adolescence, self-injury, suicide risk, Stressful life events.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día dentro de la salud mental existen dos temas que son prevalentes en relación con la Adolescencia: el Riesgo Suicida y las Autolesiones. Los adolescentes muestran una proclividad a menudo intensa y compulsiva a la acción, uno de sus mecanismos preferidos para reducir la tensión es el acting Out, cuando nos referimos a grupos de mayor riesgo es posible observar que utilizan estrategias de afrontamiento poco saludables (Gould, 2004) inefectivas o pobres de calidad (Dear, Slattery, Hillan 2001), siendo esto un factor de riesgo importante para la conducta suicida (Yufit & Bongar, 1992)

Este trabajo ayudará a saber si existen diferencias de riesgo suicida entre los adolescentes que se autolesionan y los que no lo hacen. También será posible observar si los adolescentes que se autolesionan, tienen más sucesos de vida estresantes, que aquellos que no se autolesionan, y cuáles son esos Sucesos de Vida que más los estresan.

Para comprender mejor el tema fue necesario incorporar al marco teórico, algunos conceptos, teorías, características, modelos, factores de riesgo y factores de protección y toda aquella información que nos permita comprender cómo estas conductas se deben a la alta frecuencia de alteraciones en la dinámica familiar, en antecedentes de violencia sexual (Ulloa, Contreras, Paniagua y Gamaliel, 2013) y cómo un mal manejo parental y el maltrato, pueden aumentar el riesgo de estas conductas al estar estrechamente ligadas a las dificultades de la adolescencia (Boxel, 2010) tanto la epidemiología como los resultados obtenidos en este estudio reflejan el nivel de participación de las mujeres en estas conductas con una mayor tendencia para las autolesiones, y a los hombres conductas de riesgo (Ross y Heath, 2002) las cuales son ocasionadas con la finalidad de disminuir el estrés (Walsh, 2005) eliminar representaciones angustiosas que atormentan al adolescente (Agazzi, 2006) y también el cómo se encuentran

asociadas con baja tolerancia a la frustración, síntomas de depresión, ansiedad e impulsividad, además de eventos estresantes (Ulloa, Contreras, Paniagua & Gamaliel, 2013)

El capítulo de sobre la adolescencia nos dará oportunidad de saber algunos aspectos que hacen que el adolescente intente este tipo de conductas, por ejemplo, por una intensa activación emocional, siendo esta un desahogo e implicando en ocasiones intentos por llamar la atención del entorno en el que se desenvuelve (Toro, 2010)

El capítulo de autolesiones nos hablará de estudios para los cuales el dolor está asociado con el alivio y en donde la autoestima juega un papel fundamental para elegir autolesionarse o no (Franklin, 2013) y otros estudios en donde se observa que los adolescentes son especialmente vulnerables después de un episodio de autolesión si no se recibe un seguimiento médico; así como las edades de inicio de estas conductas las cuales se encuentran entre los 10 y los 15 años (Herpetz, 1995) Por lo que nos deja entre ver como lo importante no es solo detectarlas sino también poder prevenirlas desde la infancia.

Por ultimo dentro de los capítulos dedicados a la parte teórica, está presente el tema del suicidio, que nos hablará de sus antecedentes, todos aquellos conceptos importantes con los que es necesario familiarizarse, para identificar los alcances y la delicadeza del tema, así como sus diferencias con respecto a las autolesiones.

Capítulo 1. Adolescencia

Adolescencia

Para esta investigación es de suma importancia tener un capítulo que se refiera específicamente a los elementos de la adolescencia, sus etapas y sus características, no solo porque las edades que se eligieron para este estudio engloban la adolescencia temprana, sino porque es necesario saber sobre esta etapa para poder comprender de mejor manera las autolesiones y el riesgo suicida en la adolescencia e identificar las características de sus pensamientos así como la intensidad de sus emociones, pues éstos no se viven de la misma forma que en la etapa adulta.

1.1 Teorías de la Adolescencia

Para Castillo (2007) la adolescencia es entendida como un periodo crítico en el desarrollo evolutivo del ser humano, pues se trata de una etapa fundamental, al ser el nexo entre el niño y el adulto y por ser aquel en que se producen importantes cambios psicológicos, fisiológicos y sociales.

De la Villa & Silvert (2011) la adolescencia es entendida como parte de un proceso adaptativo en el que se prueban diferentes modelos de interacción con el entorno y el propio cuerpo, y no como un periodo caracterizado por tumultuosos cambios que habrían de derivar en transgresiones o conductas externalizantes

De acuerdo con Urzúa (1998) en la adolescencia el individuo se encuentra totalmente vulnerable, ya que atraviesa grandes cambios en un período de corto tiempo y requiere importantes esfuerzos de adaptación. La persona es más sensible a la influencia del ambiente y las expectativas sociales empiezan a cumplir un rol importante, además, existe mayor presencia de comportamientos de riesgo (Carvajal, 1993)

(Erikson, 1974; Santrock, 2007) explican que el objetivo principal de esta etapa es la consolidación de una identidad flexible, que ayude al individuo a adaptarse en múltiples situaciones de la vida diaria

Costello et al (2003) nos dice que es una etapa evolutiva en la que los adolescentes cuentan con una gran labilidad emocional debido a los cambios que deben enfrentar y al estrés que esto puede desencadenar.

Lo cierto es que para otros autores esta etapa es esencial, debido a que el cuerpo cumple una función primordial. Específicamente, la piel que lo recubre tiene como función ser un primer límite entre el organismo y el mundo externo, que a su vez recibe estímulos del interior, como del exterior. Esta constante interacción ejecuta diversas funciones para el desarrollo del aparato psíquico (Reisfeld, 2004). Por ello, en general, la piel podría ser considerada como una protección del individuo hacia el mundo externo y sería, también, la vestimenta con la que cada ser humano se relaciona con los demás (Hernández, 2010).

Para González Núñez (2007) todas las épocas de la vida son épocas de crecimiento y de una vulnerabilidad específica, pero en la adolescencia coinciden crisis biológicas, psicológicas, sociales, emocionales, religiosas, estéticas y otras más. Así mismo en la adolescencia, las metas son más bien activas: es decir, buscan satisfacer pulsiones con nuevas metas y nuevas personas.

Para este autor aun cuando la adolescencia es definida como un periodo de la vida que oscila entre la niñez y la adultez, no existe una sola adolescencia sino varias, ya que en el desarrollo no existen etapas cronológicas sino metas a cumplir, las cuales poseen su propia vulnerabilidad, donde cada una de ellas constituye un prerrequisito para la madurez.

A lo largo de este capítulo es posible observar como cada uno de los autores que se han dedicado a estudiar la adolescencia, ha asignado diferentes nombres y formas para describir lo que caracteriza a la adolescencia, algunos por ejemplo los presentan en fases, etapas, problemáticas, crisis del desarrollo etc. Sin embargo, todas tienen como objetivo mencionar aspectos que tienen en común estas conductas y las diferencias.

1.2 Clasificación

En la tabla 1 se hace referencia a la clasificación de edades cronológicas aproximadas de cada etapa Peter Blos (1962/1986)

Tabla 1.

Clasificación

Etapa	Edad
Latencia	7 a 9 años
Pre-adolescencia	9 a 11 años
Adolescencia temprana	12 a 15 años
Adolescencia propiamente como tal	16 a 18 años
Adolescencia tardía	19 a 21 años
Post adolescencia	22 a 25 años

Investigadores de la adolescencia como Erikson (1977), no distinguen fases de la adolescencia como tales, sino un proceso de identidad que se trata de llevar a cabo y como el principal proceso a resolver; el periodo global adolescente estudiado por este autor comprende lo que sería la adolescencia propiamente dicha de acuerdo con la clasificación de Blos (González et al, 2001)

Para Erikson (1980) el plan epigenético, las tareas internas y externas se cumplen si hay la madurez para lograrlas. Los periodos de la escuela primaria, secundaria, preparatoria y universidad, pueden cambiar el desarrollo del adolescente. Lo que se propone como parte del proceso adolescente son tareas internas a cumplir; las tareas externas son el aprendizaje.

Este proceso de desarrollo interno va conforme a la personalidad de cada joven y el medio externo puede o no colaborar en el cumplimiento de las metas internas y a su vez, plantea también metas externas normales. La vulnerabilidad está en que el medio obstaculice dicho cumplimiento; o que el mismo desarrollo y sus metas presenten sus propias problemáticas para su cumplimiento.

Aun cuando se podría afirmar que la adolescencia es distinta en una comunidad rural, ya que las jovencitas de 11, 12, y 13 años, pasan de inmediato de la niñez a la adolescencia, a asumir las responsabilidades de una mujer; a diferencia de las zonas urbanas en donde las etapas por las que atraviesa el adolescente son más y quedan bajo la tutela de los adultos. Se está tomando como forma clásica de adolescencia un proceso externo, ya que la adolescente que se casa o se embaraza a los 15, 16 o 17 años, sigue siendo un adolescente, aunque no vaya a la par de su proceso.

1.3 Características

De acuerdo con González & Nahoul (2007) se mencionan las características de la adolescencia que abarcan las edades de los 9 a 11 años como preadolescencia y de los 12 a 15 años como adolescencia temprana, con la finalidad de tener un referente de las características en los límites del inicio a la adolescencia temprana.

Pre-adolescencia (9 a 11 años)

En esta etapa el adolescente no puede distinguir objetos amorosos ni metas pulsionales nuevas. Existe una socialización de la culpa a través del líder. Compartir la culpa con los demás es sólo un instrumento para evitar el conflicto con el superyó.

El preadolescente tiene que sobreponerse a sus deseos de seguir siendo niño, dependiente del vínculo materno y debe completar su tarea del periodo pre-edípico.

Adolescencia Temprana (12 a 15 años)

Hay una continuación progresiva de las metas pulsionales, una falta de catexia (energía afectiva) el adolescente necesita estar cerca de personas que puedan admirar y amar, además es preciso que estén fuera del ámbito familiar. Existe un episodio bisexual transitorio, que le angustia, y niega por vergüenza de poseer fantasía al respecto. Requiere figuras de identificación. Se favorece el ideal de yo, posee características narcisistas.

1.4 Problemáticas y características

De acuerdo con González Núñez (1988) las problemáticas que caracterizan a los adolescentes son:

1. Incremento de la pulsión

Característica: Maduración de las glándulas sexuales.

2. Desequilibrio en el funcionamiento intrapsíquico.

Característica: El adolescente vive en un conflicto entre el principio de la realidad, el principio del deber y el principio del placer.

3. Predominio de defensas como el ascetismo y la intelectualización (Freud, a., 1977)

Conformismo y racionalización (Blos, 1962/1986)

Característica: La intelectualización implica que los jóvenes suelen desarrollar discursos basados en algún tipo de idea con la que están tratando también de explicar todo el movimiento interno por el que están pasando.

4. Relación interpersonal en movimiento

Característica: Se requieren desprender de los padres con todo el temor y la necesidad de la primera relación con la madre, pasando por una fase autoerótica; luego un periodo bisexual, seguido por el periodo homosexual, hasta llegar a la relación de objeto, interpersonal.

5. Distorsión del tiempo

Característica: Como si predominara el proceso primario y el tiempo no existiera. Existe el presente, el aquí el instante, perdiendo importancia el pasado. Si se alcanza a percibir el futuro, éste causa angustia e incertidumbre. Las urgencias son inmediatas, no soportan la demora, no adquieren destreza en la capacidad de espera.

6. Proceso de identidad en movimiento

Característica: Todos los hombres y mujeres atraviesan por un momento bisexual consciente o inconsciente y luego uno homosexual, para posteriormente hacer un recorrido hasta llegar a un momento heterosexual.

7. Conflicto de autoridad

Cómo oscila la conducta: Por un lado, de sumisión frente a la autoridad y, por otro de rebeldía frente a la misma.

8. Lenguaje no verbal

Característica: Expresar sin palabras sus efectos, a través de gestos, ruidos, etcétera. Lo que podría debilitar la personalidad del adolescente es querer expresar sus afectos en forma no verbal, en lugar de nombrarlos y expresarlos con palabras.

9. Emociones nuevas y específicas

características: Algunas son muy absorbentes en determinados aspectos de las relaciones sexuales. Esto puede llevar al adolescente a retraerlo completamente del mundo externo, a meterlo en su mundo y a estar sintiendo todas esas nuevas emociones. Existe una hipersensibilidad que procede del organismo o del entorno, y por ello las emociones se tornan más vivas, más difíciles de dominar y dirigir (Leao, 1977)

1.5 Duelos de la adolescencia

Cada nueva fase en el desarrollo del adolescente supone una pérdida o separación mayor de su guardián yoico. (González, 2004). El yo funciona mediante el principio de realidad. También se pierden modelos de vivir y de relacionarse: son las transiciones psicosociales, sobre todo en la adolescencia. Esto conlleva procesos de duelo, porque se pierden roles, papeles, configuraciones y seguridades, ya que se camina en el sentido de la maduración que implica responsabilidad, autonomía y seguridad para sobrevivir ante la pérdida de la dependencia.

Tabla 2*Duelos internos de los adolescentes*

1	Duelo ante la pérdida de la imagen de los padres de la infancia
2	Duelo ante la bisexualidad resuelta, por lo tanto, perdida
3	Duelo ante el cuerpo infantil perdido dado su evolución corporal determinada.
4	Duelo ante la identidad y los roles infantiles superados; por lo tanto, perdidos (Aberastury & Knobel, 1994), que lo obligan a renunciar a la dependencia infantil.

En la tabla 3 es posible observar las vulnerabilidades propias del desarrollo de acuerdo a las fases de la adolescencia González & Nahoul (2007)

1.6 Fases de la Adolescencia**Tabla 3***Fases de la Adolescencia*

Fase	Edad	Vulnerabilidad
Pre-adolescencia	9 a 11 años	Ambivalencia hacia la madre.
Adolescencia temprana	12 a 14 años	Conflicto ante la bisexualidad.
Adolescencia tardía	18 a 20 años	Decisión ante la vocación y los valores.
Post-adolescencia	21 a 25 años	Decisión ante la jerarquización de los valores, terminación de la formación ideal del yo.

En el adolescente la estabilización de la personalidad no se logra sin pasar por un cierto grado de conducta patológica. Es decir, el adolescente atraviesa por un desequilibrio e inestabilidad extremas de acuerdo con lo que conocemos de él. Esto hace que no pueda haber una línea de conducta determinada, y por ello se habla de una “normal anormalidad”, de una inestabilidad permanente del adolescente. La depresión y el duelo identifican a la adolescencia,

pues la calidad y elaboración de los duelos de esta etapa determinarán la mayor o menor intensidad de esta expresión de sentimientos. La búsqueda de satisfacción puede ser tan intensa que obligue al individuo a refugiarse en sí mismo, presentándose un sentimiento de soledad, frustración y aburrimiento. La frecuencia e intensidad de los procesos de introyección y proyección pueden obligar al adolescente a realizar modificaciones de su estado de ánimo y estos cambios típicos y faltos de elaboración pueden aparecer como microcrisis maniacodepresivas. (Aberastury, 2004)

La falta de estructuras es propia de la adolescencia, incluso sana, el ser humano requiere aprenderlas y recibir ayuda desde su nacimiento pues de otro modo moriría. Sin embargo, en la adolescencia los padres poco logran hacer, pues el adolescente experimenta una fuga de los límites del comportamiento habitual. En este punto el fantasma del suicidio es inevitable en el adolescente. Pues se vuelve imaginario y natural al ser lo mórbido el deseo de terminar. El adolescente puede incluso revivir el supuesto de que sus padres no lo esperaban cuando nació, y probablemente aquellos adolescentes que llegan al final de sus vidas estaban convencidos de que estaban demás en su familia y sienten culpa de haber nacido, experimentan un vacío, e incluso es probable que no haya habido una muestra afectiva en su nacimiento. Puede ser que, al crear el adolescente al fantasma del suicidio, experimente placer, de poder sobre sí mismo y marcara el sentido de su vida pasando al acto al cado de cierto tiempo de convivir con el fantasma del suicidio. Sin embargo, en la infancia procurará no causarlo pues sabe que lo echaran de menos y eso lo vincula a la aventura. (Dolto, 1992)

El adolescente no es considerado un ser depresivo, rebelde o patológico; pues esta imagen solo muestra que no son tomados en serio cuando necesitaban ayuda, pues sus sentimientos y conducta son parte de una fase normal del desarrollo. Sin embargo, es necesario distinguir entre los adolescentes “normales” y los que padecen aflicciones psicológicas serias, mediante un diagnóstico adecuado, pues los síntomas psiquiátricos presentados durante la adolescencia, pues por lo general están mal definidos, son inestables y transitorios por naturaleza, y no simbolizaba indicadores estables de enfermedades psiquiátricas. Es probable que el adolescente presente defensas como la represión, la formación reactiva y el desplazamiento, pues de esta forma desarrolla intereses que son aprobados por sus compañeros de juego, además de dedicarse a muchas actitudes sobre compensatorias en conductas compulsivas y pensamientos

obsesivos para aliviar su angustia. Existen incluso descargas tensionales en esta etapa, como lo son: dolores fuertes de cabeza y de estómago, comerse las uñas, taparse los labios, tartamudeo, el taparse la boca con la mano, jugar con sus cabellos o estar tocando constantemente las cosas. Durante esta etapa ocurre una reorganización de la vida emocional, una elaboración de defensas extremas y transitorias mantiene la integridad del yo. Algunas maniobras defensivas tienen un valor adaptativo que facilita la integración de talentos, capacidades y ambiciones que son un prerequisite para la vida adulta. El poner los impulsos en armonía determina las pautas fluctuantes del estado de ánimo, los cambios de conducta y los cambios en la capacidad de ver la realidad. Algunas características de la adolescencia temprana involucran la inestabilidad, la incongruencia, la sumisión, rebelión, torpeza emocional, aislamiento, egoísmo, pesimismo, argumentos absurdos (Blos, 1971)

La sintomatología de la adolescencia puede ser una secuela directa del influjo instintivo, que el aún imperfecto aparato psíquico no es capaz de manejar sobre todo al inicio de la adolescencia (Bernfel, 1935)

Hartmann (1954) nos dice que cuando el adolescente ve agotada su energía como defensa, puede tornarse tan crítico que puede llegar a un punto patológico.

Ana Freud (1985) postuló que la adolescencia está típicamente acompañada por perturbaciones emocionales y alteraciones conductuales, señaló que los adolescentes que no demostraban características de desajuste estaba en riesgo de desarrollar síntomas psicopatológicos serios en la edad adulta.

Anteriormente se habló ya de gran parte de los síntomas y características que suele presentar el adolescente y como es que requiere de todo un proceso que le permita llegar a la etapa adulta, tomar decisiones e incluso llevar una buena salud mental, como parte de este proceso, Coleman y Hagell (2007) nos plantean que parte del periodo adolescente conlleva un sentido de incertidumbre acerca del estatus y el rol que debe desempeñar en la sociedad. Por lo que el desarrollo cognoscitivo de los jóvenes en interacción con las experiencia social, familiares y culturales, influyen sobre la comprensión de sí mismo, convirtiendo esto en una de las principales tareas del desarrollo de esta etapa (formación de la identidad).

Como parte de su crecimiento y formación personal, así como sus necesidades de adaptación con el medio, de acuerdo con Santrock (2003) el adolescente muestra una gran motivación para estar con otros chicos de su edad y experimentar independencia, lo que nos habla de esta transición a la edad adulta los lleva a tener contactos intensos entre los amigos y la entrada a nuevos contextos sociales, pues esto se hace esencial para el adolescente, el establecer amistades y fortalecer sus lazos afectos es también una etapa y un camino por el que el adolescente invariablemente busca atravesar.

Es probable que las relaciones entre pares ocupen un porcentaje alto de tiempo en la vida de los adolescentes, consideran que estos buscan cada vez más la compañía de sus iguales y el estar fuera del contexto familiar, así como la iniciación de relaciones amorosas y amistades (Engels y Bogt, 2001)

Los amigos y compañeros se convierten en una fuente de afecto, simpatía y entendimiento, un lugar para experimentar, para recibir una gran información del mundo, y una fuente de apoyo para lograr la autonomía buscada y la independencia de los pares. Además de que los pares proporcionan retroalimentación sobre sus habilidades, aciertos y desaciertos, ayudando de este modo a avanzar en su proceso de crecimiento (Coleman, 1985, Coleman y Hagell, 2007, Papalia y Wendkos, 1999)

De acuerdo con Coleman y Hagell (2007) la mayoría de los adolescentes navegan por esta etapa de vida con relativamente pocos traumas importantes, pues a pesar de los retos a superar la mayoría de los adolescentes encuentran la forma de hacer frente a los problemas de manera adecuada. Es posible que puedan existir jóvenes que experimenten dificultades serias durante esta etapa, sin embargo, representan la minoría de los casos.

Por lo que respecta al logro de autonomía o independencia, Coleman nos dice que lejos de estar relacionado con la idea de la salida del hogar, para el adolescente representa tener mayor libertad dentro de la familia para adoptar decisiones, tener libertad emocional para establecer

nuevas relaciones, así como libertad personal para asumir una responsabilidad propia en asuntos como educación, política y en la elección de una carrera profesional.

Para Coleman, durante la adolescencia los jóvenes tratan de encontrar un balance entre los valores internos y los externos, por lo que se ven numerosos en diversas tareas como aprender roles de género, alcanzar cierta independencia social y familiar, prepararse para la entrada al mercado laboral, así como establecer escalas de valores, que les permitan tener un adecuado desenvolvimiento en la sociedad. Todas estas tareas deben ser resueltas, aun cuando los cambios sean rápidos o extremos u ocurran simultáneamente en varias áreas del individuo.

1.7 Psicopatología del Adolescente

Dentro de algunos aspectos de Psicopatología del adolescente, encontramos que la depresión en niños y adolescentes no había recibido demasiada atención. Sin embargo el interés ha ido en aumento debido a una serie de influencias, por ejemplo la identificación y el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en los adultos han desempeñado un papel importante y han facilitado la aplicación de criterios diagnósticos a los niños y adolescentes, pudiendo ser la depresión es un factor de riesgo para el suicidio en la adolescencia y poseer algunas características asociadas con las sensaciones que experimenta algunos adolescentes que se autolesionan.

La pérdida de experiencias placenteras, el retraimiento social, la baja autoestima, la incapacidad para concentrarse, los trabajos escolares insuficientes, las alteraciones en las funciones biológicas (dormir, comer, eliminación) y los síntomas somáticos. En la adolescencia hay mayor prevalencia de la depresión que en la infancia.

En el trastorno depresivo hay presencia de síntomas de un estado de ánimo negativo que van acompañados de ciertos problemas somáticos, cognitivos y de conducta, pero a diferencia de un síndrome, estas características están presentes en de forma persistente, y se observa en el adolescente un deterioro social.

Existe una perspectiva que sostiene que la depresión en el adolescente se ve enmascarada, sin embargo, hay muchos casos en los que el estado de ánimo disfórico, así como otras

características normalmente consideradas esenciales para el diagnóstico de la depresión, no se encuentran presentes. El adolescente se ve enmascarado por otros problemas (equivalentes depresivos) tales como la hiperactividad o la delincuencia. Es decir, la depresión no se manifiesta de modo directo, sino que el clínico debe inferirla. No hay ningún modo operativo de decidir si un síntoma determinado es o no in inicio de depresión (Wicks-Nelson, 1997)

La depresión en la adolescencia existe y puede mostrarse a través de una serie de manifestaciones relacionada con la edad, y en modos que pueden ser distintos de los de la depresión adulta.

En 1978, se afirmaba que la depresión en la niñez podía no existir como una entidad clínica diferenciada de los fenómenos corrientes y transitorios del desarrollo. Lefkowitz y Burton (1978). El punto de vista dominante se basa en que la depresión en la niñez es un síndrome o trastorno cuyas características esenciales son las mismas que las que se manifiestan en los adultos.

En el DSM 5 para el diagnóstico de la depresión mayor ya existen notas que indican las características para niños y adolescentes, por ejemplo, en el criterio 1 que habla del estado de ánimo nos dice que este ser irritable, y en el criterio 3, que habla sobre la pérdida de peso o aumento de peso corporal, la nota nos dice que es necesario considerar el fracaso para el aumento de peso esperado. Y en el criterio 9, a pesar de que no se encuentra específicamente diferenciado, nos habla sobre los pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

En el caso del Trastorno depresivo persistente (distimia) también menciona en el criterio A, una nota que dice que, en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año. En el criterio B, se citan 6 síntomas:

1. Poco apetito o sobrealimentación
2. Insomnio o hipersomnia
3. Poca energía o fatiga
4. Baja Autoestima
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.

6. Sentimientos de desesperanza

Y en el criterio C, nos dice que durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas del criterio A y B durante más de dos meses seguidos.

Ebata y Moss (1991) encontraron que los adolescentes con sintomatología depresiva y aquellos con trastornos de conducta usaban con mayor frecuencia estrategias de evitación frente a una situación estresante; estresante; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wasworth (2001), determinaron que en niños y adolescentes, las estrategias de aproximación al problema son las menos asociadas a rasgos patológicos, a diferencia de las estrategias de evitación que sí estarían asociadas a sintomatología psicológica.

De acuerdo con Wicks R. (1997) Existen también influencias genéticas, por ejemplo, los niños cuyos padres sufren un trastorno depresivo mayor corren un mayor riesgo de padecer dicho trastorno, de que un aumento de la depresión entre los miembros de la familia está relacionado con el inicio de la misma antes de los veinte años, y de que los índices de depresión son más elevados en los parientes adultos de niños a quienes se le ha diagnosticado depresión.

En lo que respecta a las influencias de tipo social y psicológicas; quizá la explicación psicológica más común de la depresión es la pérdida por separación. Es decir, en lo referente a un ser querido, ya sea por una muerte o una separación prolongada, pues podría tener como consecuencia una disminución de las fuentes de reforzamiento positivo para el niño. La pérdida precoz pone al individuo en una situación de riesgo para desarrollar depresión posterior, pues una pérdida puede desencadenar circunstancias adversas como falta de cuidados, cambios en la estructura familiar y dificultades socioeconómicas que hacen que el individuo corra el riesgo de desarrollar un trastorno posteriormente.

Habilidades interpersonales, las distorsiones cognitivas, las opiniones sobre uno mismo y las creencias sobre el control, la autorregulación y el estrés constituyen el centro de estas perspectivas sobre la depresión en el niño y en el adolescente.

La combinación entre un nivel de actividad reducido y unas habilidades interpersonales insuficientes, es lo que desempeñan un papel importante en el desarrollo y el mantenimiento de

la depresión. De tal forma que los individuos deprimidos no estimulan respuestas positivas en los demás, manifestando un déficit en el funcionamiento social y de que gustan menos a los demás.

También existen la teoría de la indefensión aprendida sobre la depresión (Seligman & Peterson, 1986) la cual nos indica que algunos individuos debido a su historia de aprendizaje, llegan a percibirse a sí mismos como individuos con muy poco control sobre su entorno. Esta indefensión aprendida esta a su vez asociada con el estado de ánimo y los comportamientos característicos de la depresión. La separación puede ser un caso especial de indefensión aprendida: los intentos del niño para recuperar a su progenitor pueden tener como consecuencia que el niño piense que las acciones personales y los resultados positivos son independientes entre sí.

La dimensión de control, forma parte de la perspectiva de la indefensión, pues se cree que el déficit de una o más conductas específicas de autocontrol (autovigilancia, autoevaluación y autoreforzamiento) contribuyen al desarrollo de la depresión.

También es posible que los problemas que presentan los niños y adolescentes pueden estar ligados a las alteraciones originadas como consecuencia de tener un progenitor que manifieste disfunciones. Por lo que estos niños y adolescentes corren el riesgo de desarrollar una serie de problemas de adaptación, entre los que figuran trastornos disociales, trastornos por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de ansiedad, problemas escolares y un deterioro de la competencia social.

También se ha encontrado una relación significativa entre la edad en la que se inició con la depresión en los progenitores y la depresión de los niños, es decir, los hijos de padres con depresión corren, de hecho, un riesgo psicológico mucho mayor, si bien puede ser que el riesgo no esté vinculado únicamente con la depresión. La gravedad de la tensión familiar está ligada a las alteraciones en los niños. En los casos en los que la depresión en los padres ha remitido, seguían estando presentes ciertos estresores y problemas distintos a la depresión. Puede haber un retraso en la mejora del funcionamiento del niño y la depresión de los padres puede seguir un patrón clínico de aparición y remisión.

Es posible que los padres con depresión transmitan estos estilos a sus hijos. Estas formas desadaptativas de pensar también pueden tener repercusiones en el modo general en el que los adultos deprimidos tratan y crían a sus hijos (Nolen- Hoeksema et al., 1995).

Así mismo los padres deprimidos pueden percibir como problemáticos comportamientos que otros padres no percibían de este modo. En las últimas décadas los conflictos matrimoniales y la depresión de los padres, son variables a que su vez están relacionadas en con problemas en los adolescentes y niños. (Cummings y Davies, 1994; Downey y Coyne, 1990). Las familias en las que uno de los progenitores está deprimido puede tener que vivir acontecimientos vitales de una gran tensión (por ejemplo, problemas de salud y económicos). A su vez estos acontecimientos vitales estresantes pueden exacerbar episodios depresivos del progenitor, contribuyendo a producir alteraciones en la crianza.

1.8 Sucesos de Vida Estresantes en la Adolescencia

La adolescencia es una etapa de especial estrés. Un número de influencias físicas, psicológicas y sociales son ejercidas sobre el individuo en esta etapa del desarrollo, así de esta manera se presenta una lista de estresores típicos del adolescente: crecimiento puberal, cambios hormonales, vulnerabilidad y dependencia en la relación con los padres, cambios en la relaciones de los padres hacia los adolescentes, desarrollo de habilidades cognitivas, expectativas culturales y sociales, roles de género, presiones de otros adolescentes, psicopatología de los padres, cambios en la escuela, mudanzas familiares, poca armonía marital entre los padres y divorcio, encuentro con las autoridades, maltrato sexual, hospitalización y enfermedad física.

La depresión, los desórdenes en la alimentación y el abuso de sustancias son expresiones actuales de estrés en países como México (Arnold, 1990).

Para Freud (1958) la adolescencia es un periodo en el que se incrementa la ansiedad debido al manejo que se le da al desarrollo. Esto está acompañado por un aumento en el conflicto, más allá del impulso en la expresión, defensas intensificadas contra impulsos y la habilidad emociones y regresiones.

Para (Kohlberg, 1971; Arnold, 1990) tener habilidades cognitivas ayudan a los adolescentes arreglar sus vidas, lo que incrementa sus habilidades por todos los cambios que se generan.

Según Small, (1983) los efectos sobre los padres en los cambios del desarrollo que ocurren durante la adolescencia producen otro estrés para el adolescente. Así, los padres bajo

estrés no proporcionan un apoyo adecuado a sus hijos, lo que resulta en un incremento de estrés para todos los involucrados.

Cohen, (1986); Arnold (1990) Es probable que el estrés sea más alto para los padres cuando se sienten en desacuerdo con sus hijos, pues el adolescente se convierte en una amenaza para el control de sus padres.

Estresores Psicosociales en los adolescentes de acuerdo con Arnold (1990)

1. La presión social (los otros adolescentes) pueden tener fuertes influencias sobre el comportamiento saludable y no saludable. El estrés de resistir una presión no saludable del resto de los adolescentes, puede ser equilibrado por buenas relaciones familiares, o por una alta autoestima, y es frecuente que aquellos adolescentes que no tienen ninguno de estos elementos son quienes sucumben a la presión no saludable de sus pares (Sandín, 2003)
2. El estrés de los padres: La enfermedad mental de los padres, el desempleo de los padres, bajo estatus socioeconómicos y discordias maritales, son algunos de los importantes factores de estrés relacionados con los padres, y que es enfrentado por muchos adolescentes. El efecto de los padres sobre los adolescentes es probablemente el que está relacionado con el involucramiento de la persona joven la psicopatología de los padres y los modos de interacción que el padre ha tenido con el adolescente.
3. Los cambios en la escuela. Durante la adolescencia cambian de escuela, por ejemplo, de la escuela primaria a la secundaria y a la preparatoria, y el cambio en los programas de aprendizaje y expectativas. El cambio de escuela es un evento lleno de estrés para muchos adolescentes y resulta en una más baja autoestima. Teniendo en este sentido una regla que se puede generalizar y que se refiere a que a mayor estrés corresponde menor autoestima, y mayor autoestima menor estrés. (Álvarez Icaza y Lucio Gómez Maqueo, 2004). Esto resultando en un incremento en el ajuste de sus problemas, especialmente cuando la transición de las escuelas ocurre al mismo tiempo que el cambio puberal.

4. Estrés de las mudanzas, es decir de la movilidad geográfica también conocida por afectar a la salud del adolescente. Los ajustes adversos manifestados por sí mismo en una de tres formas 1) el adolescente ha incrementados los desórdenes fisiológicos, 2) la comunicación padre hijo se deteriora, 3) los desórdenes psicológicos se desarrollan más comúnmente asociados con el aislamiento y la soledad. Los adolescentes que viven con una familia armoniosa y unida se ajustan más rápidamente con los nuevos ambientes, sin embargo, los adolescentes cuya familia funciona bien o los adolescentes que han sufrido, disturbios antes de la mudanza, se han encontrado más vulnerables al estrés que esta provoca.
5. El divorcio entre los padres, es aún otro factor de estrés entre los adolescentes. En los adolescentes se ha encontrado que un factor importante es su abandono real o percibido y su rechazo por la no custodia de los padres. El estrés de esta pérdida percibida resulta en pena, depresión y posible autoculpa. El factor más importante para predecir el resultado postdivorcio es la adaptación de la familia postdivorcio, El éxito de esta familia para adaptarse a sus nuevas circunstancias. El mayor daño ocurre cuando el divorcio ha fallado en resolver cualquiera de los problemas existente de la familia y además ha creado nuevos problemas, tales como: daños a las finanzas, cambios en la residencia y pérdida de los miembros de la familia. Este estrés continuado puede aplastar las habilidades de afrontamiento de adolescentes y los padres.

Los adolescentes presentan algunos desordenes relacionados con el estrés, como por ejemplo la depresión, el abuso de sustancias y los desórdenes de alimentación, además de las variaciones en las características biológicas, psicológicas y sociales que interactúan con los estresores ambientales para crear desordenes en el desarrollo de los adolescentes.

Los factores de riesgo genéticos claramente influyen el desarrollo de la depresión en los adolescentes. La evidencia de cantidades anormales de neurotransmisores se ha encontrado en personas jóvenes con depresión (Kashani y Cantwell, 1982; Arnold, 1990)

Al evaluar el potencial de suicidio en los adolescentes es importante evaluar el estrés ambiental y la habilidad de afrontamiento del adolescente, Parte de esta explica el aumento del suicidio en los adolescentes, ya que el estrés en los adolescentes se ha incrementado, mientras que los apoyos ambientales han disminuido, conduciendo al adolescente a mayor vulnerabilidad.

Estudios también han reportado el efecto contagio, que ocurre cuando hay un rol que va modelando hacia el suicidio. (Gould y Shafer, 1986: Arnold, 1990) tales como los medios de publicidad.

De acuerdo con Amezcua (2003) existe un objetivo preventivo que es la disminución en la incidencia y prevalencia de los trastornos ya existente en el niño y el adolescente, mediante dos mecanismos: un diagnóstico precoz y la realización de intervenciones planificadas sobre el individuo y en los niveles o estratos donde se desenvuelve.

La prevención tiene dos dificultades especiales, por un lado, el hecho de que todavía no están plenamente identificados los factores de riesgo y en similar medida los de protección, aunado a la existencia de un perfil inconsistente de los factores de riesgo en el adolescente, puesto que no hablamos de adolescencia como un término homogéneo, sino de adolescencias. Y en segundo término las modificaciones del medio ambiente dependen de otros servicios además del sanitario, como el legislativo, el educativo y el social. Para una eficaz prevención del suicidio entre adolescentes, los programas deben basarse no sólo en la creación de centros de tratamiento, apropiados para los adolescentes que han tratado de poner fin a sus vidas, sino de centrar el foco de atención en los jóvenes que pueden estar más expuestos a este riesgo; de ahí la necesidad de incrementar la investigación no solo desde el punto epidemiológico, sino sobre la evaluación de factores psicosociales capaces de producir cambios conductuales en los jóvenes para que puedan llegar a influir en las tendencias generadoras del suicidio.

Capítulo 2 Autolesiones

Como ya se mencionó en el Capítulo 1, la adolescencia es una etapa de gran importancia para este estudio sobre todo porque contribuye a la comprensión del tema de las autolesiones, pudiendo identificar las dificultades propias de la adolescencia y lo que representa la combinación de esta etapa con las autolesiones, ya que al conocer la variedad de características que presentan y el nivel de intensidad con el que viven sus emociones la mayoría de los adolescentes, nos permite ir un paso adelante y encontrarle sentido a los factores de riesgo y los tratamientos más adecuados entre otros aspectos. Por lo que es conveniente dar inicio a este capítulo con una pequeña introducción acerca de lo que son las autolesiones y sus diferentes términos de acuerdo con la literatura científica.

Prácticamente se puede decir que a lo largo de los últimos años se han utilizado varias formas de referirse a las autolesiones, las cuales han ido evolucionando, y que aún existen autores poco consistentes en sus términos, sin embargo, hay autores afines de los cuales podemos encontrar que el uso más común para referirse a las autolesiones es el de self-injury.

2.1 Definición

Las siguientes definiciones enfatizan el hecho de que el acto es sin intención suicida y como un comportamiento y deliberado o intencional. Ya que es el tipo de autolesiones a las que se refiere la presente investigación.

Favazza (1996) le asignó el nombre de automutilación y lo definió como la destrucción o alteración del tejido corporal de uno mismo, sin intención suicida. Para él tiene un significado personal que varía entre los perpetradores de las autolesiones y la menciona como una conducta que puede llevarse a cabo en forma ritualizada y habitualmente sin testigos, pues su finalidad es modificar o reducir estados de ánimo perturbadores.

Para el año siguiente (Barbiker & Arnol, 1997) coincidieron con la idea de que las autolesiones son actos que implican hacer daño deliberadamente al propio cuerpo sin intención

suicida. Alderman (1997) por su lado nombra a las autolesiones como violencia autoinfligida e intencional al propio cuerpo, pero sin una intención suicida consciente.

Para Conterio (1998) la autolesión es definida, como una mutilación deliberada del cuerpo, descartando la intención de cometer suicidio, pero si como una forma para manejar las emociones que parecen demasiado dolorosas para ser expresadas con palabras, y menciona que puede incluir cortar la piel, quemarla, rascarla hasta sangrar, inferir la curación de las heridas o hacerse moretones a uno mismo a través de un accidente premeditado.

Para Levenkron (1998) estas conductas en raras ocasiones ponen en peligro la vida de la persona, en la mayoría de los casos la ubicación de las heridas es una zona fácil de ocultar, se trata de heridas en tejidos del cuerpo (Muehlenkamp,2005) por lo que es la piel la que se lastima y el daño suele restringirse a cicatrices. El síndrome de la conducta autolesiva tiene la intención de causar daño (V.J. Turner, 2002) y por lo general el cuerpo sólo será dañado, más que destruido (Gardner, 2001) y sin intención de morir como consecuencia de este comportamiento (Simeon y Favazza, 2001)

Gratz (2006) nos dice que las autoagresiones, tienen por objetivo poder regular el estado emocional, pues la persona carece de esta habilidad por alguna razón.

De acuerdo con Walsh (2006) el daño producido por las Autolesiones es de baja letalidad y de una naturaleza socialmente inaceptable; la cual puede implementarse de forma crónica como una forma de reducir el estrés o malestar emocional, el cual no tiene como último fin terminar con la vida, pues para él, se trata de un mecanismo de afrontamiento autodestructivo.

Para Plante (2007) las autolesiones son denominadas de manera intercambiable como corte y automutilación, las cuales continúan siendo consideradas intencionales, deliberadas y sin intención de matarse.

Mosquera (2008) describe las autolesiones como el acto de dañarse uno mismo con la intención de tolerar un estado emocional que no puede ser contenido o expresado de una manera más adaptativa. Para ella es una acción a la que recurren las personas, que es efectiva a corto plazo y que pretende ser adaptativa en la mayor parte de los casos, ya que en ocasiones el sujeto

persigue frenar el dolor, o sentirlo como algo real y palpable o bien como un castigo. Por lo que por ultimo lo describe como el “lenguaje del dolor” pues son personas que sufren.

En 2011, se generó una condición clínica conocida como Autolesión no suicida (NSSI) por sus siglas en inglés Non Suicide Self Injury, caracterizada por daño autoinfligido no destinado al suicidio, en donde las personas pueden cortar su piel, quemarse, golpearse, pinchar, incrustar objetos bajo la piel o involucrarse en otros comportamientos destinados a causar dolor, pero no a acabar sus vidas (Whitlock, 2011)

Para Santos (2011) las autolesiones dejan una marca que dura al menos una hora, en donde se presenta una conducta repetitiva que intenta aliviar el dolor emocional y la tensión fisiológica provocada por emociones intolerables; pero no son un intento de suicidio.

De acuerdo con (Villarreal et al. 2013) la conducta autolesiva deliberada, se utiliza para denominar todo acto deliberado, con la finalidad de producir daño al cuerpo, sin intención de quitarse la vida. Considerándolo un acto intencional.

Por su parte el DSM 5 (2013) lo define como daño autoinfligido de manera intencional a la superficie del cuerpo. Puede producir hemorragias, moretones o dolor con la esperanza de que el daño físico pueda aliviar algún tipo de malestar interno. Excluye la intención suicida enfatizando que la conducta debió ser inferida por el mismo sujeto; y explica que la autoflagelación debió haberse realizado múltiples veces y que la persona sabe o ha aprendido, que no es probable que el acto concluya en deceso.

Asimismo, señala que el individuo realiza la conducta autolesiva con una o más de las siguientes expectativas: obtener alivio de un sentimiento negativo o estado cognitivo, resolver una dificultad interpersonal y/o inducir un estado emocional positivo. La autolesión está asociada con al menos una de las siguientes circunstancias: problemas personales; sentimientos y pensamientos negativos reflejados en crisis depresivas, ansiosas, tensas o en la autocrítica. Estas crisis se producen en el periodo inmediatamente anterior al acto autolesivo. Otra posibilidad que se asocia a la autolesión es que antes de realizar dicha conducta, hay una preocupación difícil de controlar. Luego, el alivio se experimenta durante, o poco tiempo después de la autolesión.

La OMS (2015) nos dice que los jóvenes que se autolesionan en realidad no buscan acabar con su vida, menos llamar la atención, sino aliviar una pena emocional.

Por último para (Ulloa, Contreras, Paniagua & Gamaliel, 2013) la forma más frecuente de autolesión corresponde a cortes, golpes y quemaduras; y menos frecuentes son la inserción de objetos bajo la piel, rascarse, alguna parte del cuerpo en exceso, morderse, arrancarse el cabello o la ingestión de cuerpos o líquidos extraños.

Es importante mencionar que todas aquellas conductas que puedan llevar a una persona a morir de manera consciente o inconsciente son conocidas como conductas suicidas o, parasuicidas. Teniendo como relación que las autolesiones que es el tema a tratar en este capítulo, también forman parte de las conductas parasuicidas.

En este sentido aquellas formas de conducta que atentan contra la vida de la persona, ya sea de forma activa o pasiva son propiciadas por una variedad de factores como: genéticos, biológicos, demográficos, antecedentes familiares, factores ambientales, rasgos de personalidad, estilos cognitivos, salud, antecedentes psiquiátricos, creencias religiosas, entre otros.

De acuerdo con Hernández (2007) el comportamiento parasuicida es una analogía comportamental del suicidio cuando no pueden establecerse conclusiones sobre la orientación psicológica o intenciones letales del acto Autolesivo. Las conductas varían desde intentos de manipulación hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida e incluye actos deliberados que no tienen un fin fatal, pero que provocan daños en la persona que los ejecuta. El término parasuicida resulta particularmente importante en la discusión del presente tema, debido a que comprende a las autolesiones.

Para la OMS (2014) el parasuicidio es un acto con desenlace no fatal que intenta deliberadamente el individuo y sin la intervención de otras personas, cuyo objetivo es obtener cambios en su propia situación vital a través de las consecuencias físicas esperadas o derivadas del propio acto.

Kreitman (1977) utilizó el parasuicidio para referirse a toda conducta autolesiva no mortal, sin considerar esencial en la definición la intencionalidad hacia la muerte. Siendo el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce un daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Formando como parte del para-suicidio las auto-

laceraciones (cortes en las muñecas) los auto-envenenamientos (ingestión medicamentosa) y las autoquemaduras.

Para (Brown, Comtois & Linehan, 2002) la conducta parasuicida puede ser una autolesión deliberada o el riesgo inminente de muerte, con o sin intento de morir. Considerándola como el mejor predictor aislado de una muerte por suicidio. Lo dividen en tres subtipos: intento suicida, intento suicida ambivalente y autolesión no suicida, distinguiéndolas por la claridad, la intensidad del intento de morir y la expectativa de muerte. Así mismo diferencian la autolesión de las otras dos categorías por su baja letalidad y sin intención de morir, así como la motivación psicológica subyacente o razones del acto.

A continuación, se presentan algunos conceptos que nos hablan de las conductas suicidas, que, aunque no son un sinónimo de las autolesiones, pues estas si llevan implícita un deseo suicida, contribuyen a familiarizarse con este término que resultaría un predictor de suicidio.

La OMS (2002) en la publicación de su informe mundial sobre la violencia y la salud, en donde divide en dos a los Comportamientos Suicidas; Comportamiento Suicida No Mortal, en donde incluye las Autolesiones y la Automutilación. Y Comportamiento Suicida Mortal, en donde intervienen los pensamientos suicidas, los intentos suicidas y los suicidios consumados.

Según (Sauceda, Lara & Fócil, 2006) La conducta suicida varia en grados, desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, pasando por la elaboración de un plan para hacerlo, obtener los medios necesarios e intentar suicidarse

Para Quintanar (2007) el comportamiento suicida considera formas de comportamiento que pone en riesgo la vida de las personas. No se restringe al acto particular de atentar contra la vida; por el contrario, permite percibir y reconocer comportamientos que de diferente manera evidencian el deseo de morir de las personas.

Mosquera (2002) Nos dice que el comportamiento suicida es un continuum o gradación secuencial que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio. La presencia de cualquiera de estos indicadores debe considerarse como un signo de riesgo.

La investigación nacional de gente joven y autolesión, por ejemplo, incluyeron el “autoenvenenamiento” en su definición. Hawton y Rodman en su libro *By Their Own Young Hand: Deliberate Self Harm and Suicidal ideas in Adolescents* (2006) hacen lo mismo: “La autoagresión deliberada incluye cualquier acto intencional de autolesión o autoenvenenamiento (sobredosis) independientemente de la aparente intención o motivación” (Hawton, K. Et al., 2002) y (De Leo, D. & Heller T.S., 2004) incluyen las drogas recreativas o ilegales en la definición. El Colegio Real de Psiquiatras (2004) va más allá e incluye “excesivas cantidades de alcohol”.

Quintanar (2007) nos habla de cómo el ser humano lleva a cabo acciones destructivas, como fumar, beber en exceso o practicar deportes de riesgo, pero aquí por ejemplo la intención habitualmente no es acabar con la propia vida sino experimentar un placer determinado, aspecto que a la fecha (Villaroel, 2013) coincide en que a pesar de que en efecto son actos que causan malestar, el principal motivo de búsqueda es el placer. Lo que no ayuda a comprender de forma más clara la razón por la que estas acciones se han ido alejando del concepto de autolesión como tal.

Tabla 1.

<i>Terminología que describe el acto de autodañarse a sí mismo</i>			
Término en inglés	Siglas en inglés	Termino en español	Sigla en español
1. Deliberate Self-Harm	DSH	Auto	ADD
2. Parasuicide	PS	Parasuicidio	PS
3. Self-mutilation	SM	Automutilación	AM
4. Self-abuse	SA	Autoabuso	AA
5. Self-inflicted Violence	SIV	Violencia autoinfligida	VA
6. Self-injury	SI	Autolesión	AL
7. Self-injurious Behaviour	SIB	Comportamiento Autolesivo	CL
8. Self-cutting	SC	Autocortarse	AC
9. Self-destructive behaviour	ADB	Conducta autodestructiva	CAD
10. Self-wounding	SW	Autoherirse	AH
11. Self-torture	ST	Autotortura	AT

De acuerdo con la Tabla 1. De acuerdo con (Sutton, 2001) es posible observar cómo se utilizan varios términos para nombrar a las autolesiones, de los cuales algunos terminan englobados por tener un objetivo similar.

En la literatura más antigua, especialmente la que precede el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, se refería casi exclusivamente a la automutilación, la cual ahora es sinónimo de “autolesión”, tal como también lo refleja la figura 1. Y en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales versión DSM-IV-TR apareció con la palabra automutilación, como el criterio 5 del Trastorno Límite de la Personalidad; en el DSM 5, como ya se mencionó anteriormente, se utiliza el término Autolesiones No suicidas. Y en el CIE-10 se localiza en el apartado X84 y se utiliza el término “Lesión autoinfligida intencionalmente” por medios no especificados. Por lo que estas son las formas en las que podemos consultarlo de manera más oficial.

Hasta ahora, hemos podido conocer los diferentes conceptos de las autolesiones y comprender que es un tema que debe abordarse con cautela, pues, aunque todo parece indicar que las autolesiones sin intención suicida suelen realizarse como una forma de afrontamiento poco saludable, no está de más conocer sus antecedentes, su evolución y la gran variedad de nombres que se han usado para referirse a esta conducta.

2.2 Historia

De acuerdo con lo que se venido identificando en esta investigación, es probable que aún no exista una historia, sin embargo, hay testimonios de diversas culturas sobre este fenómeno, por ejemplo, en la antigüedad las conductas autolesivas se practicaban públicamente como parte de ciertas costumbres y creencias en algunas sociedades. En la edad Media, la práctica de la auto flagelación estaba presente en las tres principales religiones (judaísmo, cristianismo e islam), como un ejercicio moral de santidad y expiación de culpas.

En México las Autolesiones son conocidas por haber sido un ritual de la civilización Maya, en donde el sacerdocio lleva a cabo auto-sacrificio por el corte y perforación de sus cuerpos con el fin de extraer sangre.

Años más tarde se dieron los primeros estudios formales gracias a (Emerson, 1913) por medio *The case of miss A*. Un caso de corte psicoanalítico de una mujer, que se había realizado aproximadamente 30 cortes en el cuerpo tras haber sufrido varias agresiones sexuales a lo largo de su vida, a lo que, de acuerdo a este estudio realizado por Emerson, se creía que la mujer lo hacía porque deseaba escapar de la angustia y por el anhelo de castigarse a sí misma, por lo que este dato nos remonta a la posibilidad de que las autolesiones se relacionaban con la autoflagelación, solo que en el caso de las mujeres era difícil su estudio ya que la mayoría de lo que les ocurría se interpretaba como rareza médica.

Para 1935 reaparece un artículo en donde se habló de una diferencia entre los comportamientos suicidas y la automutilación, considerando esta última como una expresión no fatal de un deseo de muerte atenuada (Menninger, 1938)

Pao (1969) distinguió como cortadores delicados a aquellos jóvenes con múltiples episodios de cortes superficiales y generalmente tenían diagnósticos de Trastorno Límite de la Personalidad.

Ross y McKay (1979) clasificaron a los auto-mutiladores en 9 grupos: Cortar, morder, abrasión, inserción, quemarse, ingestión o inhalación y golpear con mucha presión.

Walsh y Rosen (1988) crearon III categorías con grados de automutilación de superficial a leve y de leve a moderadas.

Tabla 2

<i>Categorías con grados de autolesión</i>				
Clasificación	Ejemplos de comportamiento	El grado de lesión física	Estado psicológico	La aceptabilidad social
I	Perforación de las orejas, tatuajes, pequeños morderse las uñas, la cirugía estética (no se considera autolesiones por la mayoría de la población)	Superficial a leve	Benigno	Parcialmente aceptado
II	Piercings, cicatrices de sable, la cicatrización del clan ritualista, marinero y tatuajes, las bandas de menor importancia de la herida-excoriación, tricotilomanía	Leve a moderada	Benigno de agitado	la aceptación subcultura
III	De pulsera corte de órgano, quemaduras de cigarrillos auto-infligidas y tatuajes, gran herida-excoriación	Leve a moderada	crisis psíquica	Aceptado por algunos subgrupos, pero no por la población en general

Es posible observar en la tabla 2, en la clasificación III que el estado psicológico ya es considerado como una crisis psíquica cuando se trata de autolesiones autoinfligidas, las cuales en aquellos tiempos no eran aceptadas por la población en general.

En la década de los ochenta de los ochenta comenzó a ser un tema común. Desde entonces se puede ver una detallada lista donde aparece el asunto de la autolesión, ya sean películas, música y videos, confesiones públicas de celebridades, que muestran cómo este fenómeno afecta.

Para Sepowitz (1990) los investigadores comenzaron a ver al suicidio y a la automutilación como problemas diferentes pero relacionados.

No fue sino hasta 1994 que con la publicación popular del libro Elizabeth Wurtzel Nación prozac y el nacimiento de internet, que multitudes de mujeres jóvenes que se autolesionaban comenzaron a articular sus propias experiencias fuera del estrecho ámbito psicológico.

En 2004, en la película “La pianista” se aborda el tema de como una mujer de 40 años se corta con una navaja para lidiar con sus emociones negativas, producto de la relación simbiótica y ambivalente con sus madres, de sus frustraciones sexuales y faltas pretensiones profesionales.

Por lo que es posible observar como el tema de las autolesiones empieza a dejar de ser un tema tan reservado en donde se desprenden una lista de películas entorno a este tema.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) emitió un boletín titulado: Presentaremos un perfil psicológico depresivo, en donde participantes expertos como Bertha Blum académica de la Facultad de Psicología de la UNAM, lograron que esta publicación tuviera un efecto tanto mediático como académico, contribuyendo a que los emos se convirtieran en sinónimo de autolesión, depresión y suicidio. Blum por su parte, coincide con lo mencionado con anterioridad en el capítulo 1 de Adolescencia, pues señala que los jóvenes en esta etapa pasan por una crisis de identidad que les obliga a reunirse en espacios transicionales como los grupos, en el caso de los grupos emos, presentan características particulares como una identidad andrógina, la mayoría de son de clase media o alta, además de tener una posición económica estable y acceso a internet. (Blum, 2008) desde aquel momento se considera grave el hecho de que este grupo promueva la tristeza, pues los jóvenes que ingresan a él exacerbaban sus conflictos y arrastran a los depresivos al suicidio.

En los últimos años se comenzó a emplear a nivel mundial una cinta color naranja cada 1 de marzo, para sensibilizar al público sobre el tema de las autolesiones.

2.3 Antecedentes

Investigaciones recientes permiten saber que este fenómeno se presenta en una gran diversidad de países y que existen cierta coincidencia que nos permiten generalizar un poco las tendencias que se están observando principalmente en los niños y jóvenes.

La OMS (2002), reconoció que son pocos los países que tienen datos fidedignos sobre el comportamiento suicida no mortal (Autolesiones) la razón principal reside en la dificultad de recopilar información por lo que admite no conocer claramente la magnitud de los intentos de suicidio o autolesiones en la mayor parte de los países. Pues hay problemas para tener un registro por parte de los servicios de salud:

Solo una minoría de los que se autolesionan van a los hospitales para recibir atención médica.

En muchos países en desarrollo, la tentativa de suicidio sigue siendo un delito penado o no es obligatorio notificar las autolesiones, por lo que no se recopila la información sobre ellas, como es la situación de México donde no se tienen un registro nacional sobre las autolesiones.

Se requiere registrar no solo la presencia de autolesiones o intento de suicidio, sino también otros factores como la edad, el método de la tentativa de suicidio, la cultura y la accesibilidad de la atención de salud.

Muchos padres no ven o no pueden percibir los indicios de autolesión o suicidio, incluso otros consideran estos síntomas como normales de la adolescencia.

Los jóvenes que se autodañan y buscan ayuda se encuentran ante el ridículo y el desprecio de médicos y enfermeras que los reprenden, por lo que dejan de acudir a estos servicios.

En la misma línea, la alta frecuencia de alteraciones en la dinámica familiar y el antecedente de violencia sexual presentes en el estudio hecho por (Ulloa, Contreras, Paniagua & Gamaliel, 2013) han sido reportados como los factores de mayor peso en relación con la conducta auto-lesiva. Se sabe que un mal manejo parental y el maltrato puede aumentar el riesgo de auto-lesiones debido a que están estrechamente ligadas con las dificultades interpersonales durante la etapa adolescente (Boxer, 2010) así mismo, la piel simboliza un primer límite entre el individuo y su medio; esta interacción genera diversas funciones psicológicas que influyen en el comportamiento adolescente (Reisfeld, 2004) si bien no se han reportado diferencias significativas en la presencia de autolesiones entre mujeres y hombres, Ross y Heath (2002) encontraron discrepancias en el medio que utilizan los adolescentes para autolesionarse: las mujeres tienden a realizarse cortes en la piel, mientras que los hombres, a realizar conductas de riesgo.

Diversas investigaciones afirman que las autolesiones son ocasionadas con la finalidad de disminuir el estrés (Walsh, 2005). En la misma línea, al experimentar dolor, el adolescente concentra su malestar en la herida, como si el origen del sentimiento se redujera a la autolesión en sí (Nasio, 2007) de esta forma, eliminaría representaciones angustiosas que lo atormentan (Agazzi, 2006) el 42.1% de casos aplicados en México asociaron dicha conducta con una baja tolerancia a la frustración (Ulloa, Contreras, Paniagua & Gamaliel, 2013) ello coincide con un estudio hecho con escolares provenientes de Bélgica, Inglaterra, Hungría, Irlanda, los Países Bajos, Noruega y Australia, cuyo resultado revela que, principalmente, las autolesiones estaban relacionadas con síntomas de depresión, ansiedad e impulsividad, además de eventos estresantes (Magde, et al., 2011)

Ahora bien (Toro, 2010) explica que el adolescente auto-agresivo realiza este tipo de conductas, dado que está inmerso en un estado de intensa activación emocional, es así que la autolesión sería un desahogo, aunque en algunas ocasiones también impliquen intentos por llamar la atención del entorno en el que se desenvuelve. A su vez, debido a la relación directa entre los estados emocionales y las conductas auto-agresivas, es común que se desarrollen junto con otros trastornos: depresión y ansiedad, trastornos de personalidad (sobre todo, el trastorno límite), problemas alimenticios de riesgo, conducta anti-social, consumo de sustancias, relaciones conflictivas con el medio y problemas crónicos de naturaleza psicosocial y conductual (Hilt et al., 2008; Hawton et al., 2002) respecto a las relaciones familiares, se ha hallado que la emoción expresada por parte de los padres, especialmente el exceso de críticas, está asociado significativamente con la conducta auto-lesiva. (Hilt et al., 2008) han encontrado que la relación familiar puede influir en el mantenimiento de estas conductas. Los autores trabajaron con adolescentes que se habían autolesionado. Se encontró que, durante el año siguiente, los sujetos experimentaron una mejoría en la calidad de las relaciones con sus padres varones. Ello sugeriría que las autolesiones podrían producir consecuencias sociales gratificantes y reforzadoras, así el adolescente no sea consciente de este hecho.

De acuerdo con la explicación del DSM 5 las autolesiones se producen por no lograr controlar alguna situación estresante y tampoco poder solucionar el problema mediante palabras.

Para algunos autores el tema de la autolesión tiene como función manejar en los adolescentes que se autolesionan: estilos de afrontamiento y afecto, estados emocionales intensos como la rabia, la frustración, la vergüenza y el vacío (Suyemoto & MacDonald, 1995; Connors, 1996)

Para los años 1992 y 2008, El instituto de Psiquiatría del King's College de Londres, realizó un estudio a 1,800 jóvenes de entre 15 y 29 años en donde los cortes y quemaduras fueron las formas más comunes de autolesión para los adolescentes, sumadas a otros métodos como el envenenamiento y las sobre dosis. Los cambios cerebrales en la adolescencia debido al desarrollo de la corteza prefrontal, la cual se asocia al planeamiento, la expresión de la personalidad, la moderación de la conducta, la presión de los pares, las dificultades emocionales y las tensiones familiares, fueron un factor clave para determinar que, al llegar a la edad adulta de los adolescentes, el 90% ya no se lastimaban, sin embargo, el otro 10% si continuó autolesionándose al crecer (Patton & Moran, 2008)

Altos niveles de búsqueda de sensaciones y experiencias nuevas, síntomas depresivos de consideración, un historial de abuso emocional y el uso ilícito de drogas han demostrado una correlación importante con la autolesión.

La opinión médica pondrá bajo régimen de evaluación clínica forzada a pacientes que se autolesionan pero que no tienen tendencia suicida, ya que para ellos no siempre resulta práctico o aconsejable (Crandall, 2011)

En las salas de emergencia de algunos hospitales ya se sugiere contar un test psiquiátrico rápido que les permita determinar la gravedad de los pacientes, pues hay una gran saturación de las salas de emergencia y estos pacientes se presentan con gran variedad de trastornos clínicos (Baraff 2011)

Reuters Health de Nueva York, realizó una investigación con 665 niños, sobre sus pensamientos y conductas asociadas con la autolesión y observó que casi el 8% de los alumnos de tercer grado, 4% de los de sexto y el 13% de los de noveno grado se habían golpeado,

quemado o lesionado de alguna manera y a propósito por lo menos una vez. Al indagar lo que pasaba a los 7 años, se encontró que en estos más pequeños los golpes fueron la forma más común, mientras que los más grandes preferían cortarse o colocar objetos en la piel. Diez chicos (1,5%) reunían los criterios psicológicos para el diagnóstico de autolesiones no suicidas: se habían cortado por lo menos cinco veces y con muchas emociones negativas asociadas (Pediatrics, online 2012)

En un estudio realizado por la revista Pediatrics en 2015, sobre pacientes con traumatismos, en donde se incluyó 287,000 menores de 10 a 18 que habían sido tratados en una sala de emergencias entre 2009 y 2012. El 1.3% fueron diagnosticados con una autolesión, donde la causa más común fue cortarse, seguido de lesiones causadas por armas de fuego, las quemaduras, las caídas intencionales, las asfixias y las intoxicaciones eran algunas formas en las que los niños se autolesionaban. Poco más del 4% murieron por sus lesiones, haciendo que los niños que se autolesionaban fueran 13 veces más propensos a morir en la sala de emergencias que los niños tratados por otros motivos. Dado que acciones como cortarse o quemarse se pueden ocultar con facilidad, los expedientes de emergencias capturan solo un pequeño porcentaje de todos los niños que se autolesionan, por lo que aquellos que se autolesionan están en un riesgo más alto que promedio, de intentar suicidarse en algún momento (Cutler, 2015). Así mismo hubo una baja en el número de lesiones con armas de fuego, pasando del 27% al 22% de todas las autolesiones, sin embargo, aún no está claro por qué las lesiones con arma de fuego bajaron, mientras que las autolesiones aumentaron. Por lo que es posible que los adultos estén haciendo una mejor labor al mantener las armas de fuego lejos del alcance de los niños, o quizá haya habido un cambio en los mecanismos que los niños usan para autolesionarse.

El acto de lastimarse a uno mismo en la adolescencia se ha vinculado con problemas de salud mental, abuso de sustancias en la adultez temprana, según revelan investigadores de la Universidad de Bristol, Oxford y College London, pues como parte del Children of the 90s, se recolectaron datos de 4,799 adolescentes para examinar las consecuencias de auto-lastimarse por primera vez y encontraron que el 19% de los adolescentes de 16 años de edad tenían un historial de lesiones auto-infligidas y no habían buscado ayuda de profesionales de la salud. Cuando los científicos examinaron su progreso durante los 5 años posteriores, hallaron que incluso aquellos

que se autolesionaron sin intentos de suicidio presentaba un alto riesgo de desarrollar problemas de salud mental (depresión y ansiedad) comparados con adolescentes que no se habían autolesionado. Además, fueron más propensos a volver a autolesionarse y a tener problemas de abuso de sustancias.

En un estudio en Reino Unido en el que se realizaron entrevistas a adolescentes sobre las autolesiones se vio que las conductas autolesivas eran consideradas por los que las realizan como conductas privadas y focalizadas en la expresión de estrés a menudo como una búsqueda de ayuda. Sin embargo, las personas que no manifestaron haberlas realizado las concebían como una llamada de atención. Pero, de hecho, son conductas que se reservan a la práctica privada, ya que los adolescentes que informaron sobre la experiencia de haber sido descubiertos en esta práctica imprimieron en su relato una importante carga negativa (Kineberg, Kelly, Stansfeld & Bhui, 2013). Estos datos nos muestran de nuevo la naturaleza privada de estas conductas que tienen más que ver con sucesos internos que externos.

Como plantea en sus estudios (Kirchner et al., 2011), las conductas autolesivas entre los adolescentes han sido poco estudiadas. A pesar de que se pueden empezar a detectar en la adolescencia temprana, los estudios están más enfocados a la adolescencia tardía. Dada la gravedad de este tipo de conductas, sería importante no solo detectarlas lo antes posible sino también poder prevenirlas desde la infancia.

Por otro lado, saber de qué manera llevan a cabo los adolescentes las distintas conductas de riesgo para la salud puede ayudar a comprender e identificar a los adolescentes que se encuentran en situación de riesgo de desarrollar conductas autolesivas, puesto que los adolescentes que realizan estas conductas son también más propensos a realizar otros comportamientos de riesgo. Por eso, cuestiones como la asociación entre el consumo de sustancias y las autolesiones pueden presentar los mismos factores subyacentes (Giletta, Scholteb, Engelsb, Ciairanoa & Prinsteinc, 2012)

Una forma de identificar a los adolescentes en situación de riesgo de conductas autolesivas, es el observar algunos de sus comportamientos, como por ejemplo cuáles son sus

reacciones ante situaciones complejas, lo que nos llevaría a observar sus estrategias de afrontamiento.

Pues como parte de las investigaciones realizadas, ha sido posible hallar diferencia de estilos de afrontamiento entre los adolescentes que presentan autolesiones e ideas suicidas y aquellos que no se autolesionan. Una de las estrategias más frecuentes de acuerdo con (Kirchner, et al.,2011) es la descarga emocional como medio para enfrentarse a un problema. Las mujeres que se autolesionan, por ejemplo, poseen estrategias de análisis lógico, evitación cognitiva, aceptación-resignación, y en menor medida, resolución de problemas, en comparación a las que no se autolesionan. Así también las mujeres que se autolesionan se muestran más resignadas ante una situación estresante, evitan pensar en el problema y tienden a ventilar más sus emociones. En el caso de los hombres, hay diferencias significativas respecto al uso de afrontamiento, se halló una tendencia a mostrar más sus emociones negativas y a las conductas evitativas.

Hablando del caso específico de la conducta suicida y los estilos de afrontamiento, (Montoya, Figueroa, Abundiz & de Mendoza,2005) lograron explicar cómo esta población afronta una situación estresante, basándose en los estilos de afrontamiento de (Vitalino et al., 1993) en (Quintanilla, Valadez, Valencia & González de Mendoza 2005), su fundamentación teórica fue basada en los trabajos realizados anteriormente por (Lazarus & Folkman, 1986) esta clasificación considera que existen cinco formas de afrontamiento: la primera es focalizada en la solución de problemas; la segunda, centrada en la búsqueda de soporte social; la tercera, basada en la auto-culpa; la cuarta, centrada en la alteración del significado emocional (fantasía) y finalmente, el estilo evitativo. En términos generales, los autores consideran que los dos primeros estilos mencionados suelen ser más adaptativos que los tres últimos. Ahora bien, a través del estudio realizado por (Montoya et al., 2005) se evidenció que el 42% de los adolescentes utilizaba una estrategia auto-culpabilizante, el 29%, la alteración del significado emocional y solo el 8%, el estilo de identificación y solución de problemas (Montoya et al., 2005) estos datos concuerdan con los hallazgos de (Gould et al.,2004) y (Dear, Slattery & Hillan, 2001), quienes afirman que las personas que han presentado conducta suicida o de auto-agresión usan estrategias poco efectivas en comparación con aquellas sin comportamiento autolítico.

Es posible identificar en este apartado que es muy poco el sustento teórico que podemos encontrar sobre las escuelas, la manera en la que están detectando estas situaciones y en qué forma están siendo atendidas, así como en los contextos familiares, en donde pareciera que no se están detectando oportunamente a los adolescentes y optando por algún apoyo psicológico que contribuya a la prevención del suicidio, el cual parece ser un tema que está profundamente ligado a esta conducta en el adolescente, al menos de forma inconsciente.

A pesar de que existen las autolesiones fatales y no fatales, existen afirmaciones que nos indican que las ideas e intentos de suicidio si están significativamente asociadas con las Autolesiones (Laye-Gindhu, Shonert-Reich, 2005)

Es frecuente plantearse las preguntas de ¿por qué si alguien puede experimentar alivio del dolor al autolesionarse, no son muchas o todas las personas las que lo hacen? ¿Por qué los que se autolesionan se dañan a sí mismos en lugar de optar por formas más saludables o más agradables de aliviar el dolor emocional?

En este sentido la literatura científica nos permite observar las diversas posturas que ocupa los diferentes autores que se dedican al estudio de este tema, cómo, por ejemplo, Mosquera (2002) quien habla de que las autolesiones describen a alguien que sufre y le llama el “lenguaje del dolor” en donde la persona intenta con ello tolerar un estado emocional de una manera adaptativa, dando por entendido que para la autora adaptativa significa frenar el dolor o sentir un castigo. Pues las personas que se autolesionan tienen dificultades para identificar sentimientos y expresarlos y al no tener aprendidas nuevas formas para calmarse, controlar el estrés y la frustración estas personas recurren a la acción, resultándoles más sencillo y de gran alivio, que intentar comprender o expresar lo que sienten, pues ello conlleva un esfuerzo y habilidades de las que carecen las personas que se autolesionan. Para Mosquera, es el recurso que mejor le funciona a la persona, y la probabilidad de que recurra a conductas diferentes será pequeña sin la intervención de un profesional, pues resulta más fácil tolerar el dolor físico que el emocional.

Por otra parte, el Dr. Joseph Franklin Psicólogo y Suicidólogos de la de la Universidad de Harvard, desde 2010 se ha dedicado a estudiar porqué las personas que se autolesionan se sienten mejor después de lastimarse a sí mismos, cuáles son sus principales beneficios emocionales y sus motivaciones detrás de ello. Por lo que realizó un estudio de forma experimental y biológica, el cual consistió en utilizar una tarea que midiera las respuestas defensivas como el parpadeo antes y después de que las personas sumergen las manos en agua helada. Los resultados indicaron que las personas que se autolesionaban se sentían mejor después de este acto. Y el segundo hallazgo que encontró fue que las personas que no se autolesionaban mostraron exactamente el mismo grado de actitud defensiva fisiológica y alivio posterior fisiológico en comparación con aquellos que se autolesionaban. Posteriormente en 2013, en un artículo para *Clinical Psychological Science*, el equipo del Dr. Franklin replicó el hallazgo y también mostró que la mayoría de la gente tenía cambios equivalentes en las emociones positivas en respuesta a los estímulos impactantes. Y basándose en la literatura del dolor de los años 70' encontró la existencia de un fenómeno llamado desplazamiento del alivio del dolor. Y de acuerdo con este concepto se puede decir que prácticamente todo el mundo experimenta una reacción física desagradable a un estímulo doloroso. Por lo que la extracción del estímulo no devuelve al individuo a su estado preestímulo. Más bien se le lleva a un estado corto pero intenso de euforia. Así mismo haciendo uso de una técnica llamada "Pain Offset relief conditioning" identificó que con el tiempo la gente reaccionaba de manera más favorable ante el dolor porque habían aprendido a asociarlo con el alivio. Pudiendo ser que la persona que se autolesiona, sin darse cuenta puede hacerlo a causa de la exploración de ese mecanismo de compensación. Por lo que las personas que se autolesionan experimentan dolor desagradable. Pero si continúan practicándolo, estas experiencias alivian el dolor, y de este modo comienzan a asociar las autolesiones con el alivio, y vuelven a hacerlo en repetidas ocasiones.

Por lo que contrario a lo que mucha gente supone acerca de cómo las personas que se autolesionan perciben y experimentan el dolor de forma diferente a los demás, parece no ser la respuesta absoluta. Ya que las personas que se autolesionan pueden sentir de forma diferente, pues los hallazgos sugieren que asocian este tipo de imágenes con el alivio del dolor. Así mismo Franklin infirió que no toda la gente sería excesivamente aficionada a los estímulos que representan la sangre, heridas, cuchillos o imágenes equivalentes.

Al parecer las personas que han participado en una Autolesión no suicida en el último año o que han tenido 10 o más episodios en la vida de auto-corte son menos propensos a reportar aversión a este tipo de estímulos que aquellos que no se autolesionan.

Otra perspectiva desde donde observar a las personas que se Autolesionan, es través de Hooley (2008) quien se enfocó en investigar sobre las explicaciones psicológicas que llevan a una persona a autolesionarse, pues sabía que los que se autolesionan suelen soportar el dolor físico por mayor tiempo. Sin embargo, decidió responder a la pregunta que muchos se hacen sobre el ¿Por qué?, y por ello Hooley exploró algunos de los factores psicológicos que se asocian comúnmente con la autolesión; como la depresión, la desesperanza o la disociación. Sorprendentemente, su equipo no encontró ninguna asociación significativa entre ellos y fue entonces que uno de los factores se destacó: ¿Con qué frecuencia se describen de forma espontánea a sí mismos como “malos”, defectuosos” o como que “valen la pena”? “Era como si dañarse a sí mismos o experimentar el dolor de alguna manera fuera congruente con la percepción negativa de su propia imagen” explicó la autora. Para probar esta posibilidad, su equipo desarrolló una medida que evaluó específicamente sus auto-creencias acerca de ser “malo” y la autocrítica que cada uno sentía merecer y encontró que la puntuación de las personas resultaba más alta en auto-creencias negativas, dependiendo de la cantidad de tiempo o de la cantidad de dolor que eran capaces de soportar.

Paralelo a esta conclusión Franklin (2010) concluyó que, en un contexto general, la mayoría de la gente se gusta a sí misma y por lo tanto no desea hacerse daño.

Hooley (2012) desarrolló un estudio de neuroimagen y observó cómo las personas al procesar los estímulos de dolor, las imágenes de las autolesiones se activan en las zonas de procesamiento de recompensa en el cerebro de individuos que practican la autolesión no suicida, sin embargo, en las personas que no se autolesionan parece no activarse. Así mismo después de que aquellas personas que practicaban autolesiones no suicidas recibieron una intervención, los investigadores lograron probar que entre más aumentaba su sentido de autoestima, menos estaban dispuestos a permanecer en una situación dolorosa.

Sin embargo, las personas que se practican las autolesiones, no necesariamente ven el dolor como algo que evitar. Para ellos experimentar el dolor válido su sentido de ser una mala persona y esto los inclina a probar métodos dolorosos de regulación del estado de ánimo.

Asociar el dolor con alivio y con pensamientos negativos, son buenos predictores de la autolesión. Por lo que el informe de Franklin sugiere que las tareas especificadas en su estudio, podrían ser utilizadas como herramientas de detección temprana para la Autolesión no suicida, y un trabajo terapéutico enfocado en aumentar la autoestima podría socavar esta práctica de auto-daño.

2.4 Epidemiología

Las conductas autolesivas deben ser consideradas como dignas de ser estudiadas en profundidad ya que, según los datos existentes, afectan a una parte significativa de la población adolescente, pues en este ciclo se generan importantes cambios psicológicos, fisiológicos y sociales en el individuo (Castillo, 2007)

Las conductas de riesgo se expresan de múltiples formas, un ejemplo de ellas son las autolesiones (Hawton, 2000) que presentan una prevalencia entre 30% y 40% en poblaciones clínicas adolescentes, quienes frecuentemente llegan a la hospitalización en contraste con la población general, tanto en duración como en frecuencia. Todo parece indicar que la prevalencia en la muestra clínica se ve afectada por la extracción de los pacientes, ya sea que estos provengan de un medio intrahospitalario o hayan sido captados por el servicio ambulatorio (Briere et al. 2011 en Villarroel et al., 2013)

En la misma línea, en los últimos años se ha evidenciado a nivel mundial un crecimiento en la cantidad de adolescentes y jóvenes que ingresan a los servicios de salud por consultas vinculadas a intentos de suicidio y otras conductas auto-lesivas. De esta manera, se puede afirmar que el aumento de las conductas de riesgo es alarmante, dado que, en múltiples países occidentales, el suicidio es una de las tres causas principales de muerte en adolescentes (Anderson, 2002; Gould et al., 2003)

Estas investigaciones van en la misma línea que estudios clínicos y poblacionales, donde se indica que la edad de inicio se encuentra entre los 10 y los 15 años, siendo infrecuente luego de los 30 años (Herpetz, 1995) además, la conducta auto-lesiva ocurre mayormente en la esfera privada y hace que sea difícil lograr identificar a los individuos que realizan estos actos. Aparentemente son los sentimientos de vergüenza los que impiden que el sujeto busque ayuda. A su vez, se ha demostrado que los adolescentes con una historia de intentos de suicidio o de autolesión presentan un mayor riesgo de violencia en la etapa adulta (Apter et al., 1995)

En los Estados Unidos la prevalencia de las autolesiones oscila entre el 14% del que informan (Gratz, Conrad & Roemer, 2002) y el 14% que ponen de manifiesto los estudios de (Nock & Prinstein, 2005)

Los resultados de las investigaciones llevadas a cabo por (Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006) en Reino Unido una muestra de 2875 estudiantes, muestran que la tasa de prevalencia de conductas autolesivas fue de un 17.0% y entre aquellos que las realizaron, el 75% lo hicieron más de una vez, el 36% informó que nadie sabía de sus conductas autolesivas y solo el 3.29% indicó que había recibido atención médica relacionada con estas autolesiones.

En Reino Unido también se realizó un estudio en el que participaron 6020 alumnos de entre 15 y 16 años de edad. Y se investigó la prevalencia de las autolesiones. Los resultados indicaron que el 6.9% de los participantes informaron de autolesiones durante el año anterior a la entrevista, de los cuales únicamente el 12.6% se presentaron en el hospital a causa de las lesiones reproducidas (Hawton, Rodham, Evans, & Weatherall, 2002)

McLoughlin directora del Truth Hurts, 2006 afirmó que se estima que aproximadamente 25 000 jóvenes son ingresados cada año en hospitales del Reino Unido después de hacerse deliberadamente. La mayoría por sobre dosis de drogas o cortados por ellos mismos. Señala que el Reino Unido es el país con la tasa más alta de autolesión de Europa. Las investigaciones demuestran que cada 15 personas se han lesionado a sí mismas. Se cree que estas cifras están

infravaloradas, es decir, que en un aula de 40 puede que haya más de cuatro que se corten, se queman, se arañen, se muerdan, etc., para aliviar su ansiedad, sin que nadie lo sepa, lo que demuestra que es un problema bastante común.

Por su parte (Ferreira, Martins, Machado & Silva, 2012) en las investigaciones llevadas a cabo en Portugal con una muestra de 569 estudiantes de entre 12 y veinte años, dieron con un 28.9% de los adolescentes entrevistados refería haberse autolesionado alguna vez en su vida, de estos participantes, un 21,37% dice haberlo hecho de forma ocasional (entre 1 y 4 veces) y un 7,55% informa de hacerlo en repetidas ocasiones (más de 5 veces). Estas cifras alarmantes llaman a profundizar en la etiología de esas conductas que, al igual que la ideación suicida y autolítica, son indicadores sobre todo si te si tenemos en cuenta que nos referimos a una población de tan corta edad.

En Irlanda del Norte, aproximadamente la mitad de todas las personas que se han autolesionado con antelación, mueren por suicidio (Gillespie K, R McClelland, Patterson C,1999) y en el Reino Unido, 15-20% visita un hospital por motivos de autolesión en el año anterior a su muerte (Gairin, 2003)

En países como Australia se ha reportado que el 8.1% de la población se ha auto-lesionado alguna vez en su vida (Taylor et al., 2011). En Chile esta situación se refleja en un porcentaje mayor al 10% de ingresos hospitalarios vinculados a traumatismos, envenenamientos y causas externas en adolescentes de 10 a 19 años (MINSAL, 2013). En el Perú, (Vásquez, 2009) realizó un estudio sobre el tema en un grupo de 213 escolares y encontró que más del 20% se había autolesionado alguna vez en su vida. Este hallazgo es cercano al de la investigación realizada por (Rospigliosi, 2010), quien contó con la participación de 465 adolescentes y halló que el 27.4% se había autolesionado alguna vez en su vida o continuaba haciéndolo.

Un estudio publicado por el Journal of The American Colegio de la Salud, reportó que sólo un tercio de los estudiantes con Autolesiones no suicidas, informaron haberse herido tan intensamente que debían haber sido vistos por un profesional médico, pero solo el 5% buscó tratamiento (Whitlok, 2011)

Los casos de autoagresión que se presentan en los hospitales son una gran oportunidad para la prevención del suicidio, ya que la tasa de suicidios en población de pacientes que se autolesionan es hasta 100 veces más alta que la de la población general (Zahl DL, 2004)

Además, entre el 30 y el 40% de los adolescentes que son hospitalizados, la causa es la autolesión (Briere, 1998; Jacobson, Muehñenkamp, Miller & Turner, 2008, como citó en Villarroel, Jerez Montegro, Igor Silva, 2006)

El uso indebido de alcohol y otras sustancias también tiene mucho que ver con la autoagresión (McCloud et. al. 2004) También se encontró que aquellos pacientes bajo tratamientos psiquiátrico con mayor índice de abuso de alcohol eran también los que arrojaban los niveles más altos de Autolesiones deliberadas. Sin embargo, no sólo los enfermos mentales presentaban estos datos. En un estudio hecho en Oxford, Inglaterra se observó que los sujetos con los que trabajaron, particularmente las mujeres, y que solían beber alcohol en exceso o incluso ya presentaban dependencia, tenían una mayor tendencia a presentar episodios de Autolesiones deliberadas que aquellos que ingerían cantidades consideradas normales (Haw et. al., 2005)

(Whitlok et. al., 2006) Después de realizar una serie de encuestas entre estudiantes universitarios, encontró que aquellas personas que habían reportado niveles considerables de Autolesiones deliberadas tenían un historial de abuso emocional o sexual, y mostraban características tales como ideas o intentos de suicidio, altos niveles de estrés o desórdenes alimenticios.

El maltrato infantil parece ser una de las principales causas de las Autolesiones deliberadas. Wekerle et al. Citados por (Goldstein et. al., 2009) dicen que el sujeto, años más tarde, se ve a sí mismo como una víctima, razón por la cual se duda que la autoagresión deliberada se lleva a cabo para no abandonar el rol que se tuvo durante las primas fases de su vida.

Es interesante observar como la cultura es un aspecto importante y que puede llegar influir en los adolescentes, sobre todo aquellos que simpatizan con aspectos peculiares de ellas, como

por ejemplo la subcultura gótica, pues al parecer los adolescentes que se identifican con ella podrían tener un mayor riesgo de sufrir depresión y autolesionarse, de acuerdo con Rebeca Pearson, de la Universidad de Bristol (Reino Unido) los jóvenes que se consideran góticos tienen tres veces más probabilidades de ser diagnosticados con depresión y cinco veces más probabilidad de autolesionarse a los 18 años, que los adolescentes que se identifican con otras tribus urbanas. Incluso aquellos que no estaban integrados del todo en la cultura gótica tienen cerca del doble de posibilidades de desarrollar depresión. Es común observar que, al no seguir con las normas establecidas por la sociedad, esa comunidad acoge a las personas marginadas de todos los ámbitos, incluidos aquellos con problemas de salud mental.

Los adolescentes más propensos a la autolesión son en primer lugar las mujeres, ya que han sido por lo general más propensas a participar en un comportamiento perjudicial de esta clase, a diferencia de sus homólogos masculino, que son consistentes en patrones que indican que los hombres tienden a utilizar métodos más letales que las mujeres en una serie de actos de autolesión, y aunque esta hipótesis ha sido cuestionada, los hombres hoy en día pueden autolesionarse a una velocidad tan alta como sus contrapartes femeninas. Es posible que los hombres tiendan más a ejecutar alguna acción que exteriorice su malestar ante una situación estresante (Andover, Primack, Gibb & Pepper, 2010)

Según las revisiones de (Villarreal et al.,2013) las primeras apariciones se encuentran entre los 10 y 15 años, siendo muy infrecuente que estas comiencen a aparecer una vez cumplidos los 30. Ya que es probable que una persona pruebe las autolesiones, pero que no necesariamente continúe con ellas, todo dependerá de las cuestiones de fondo de las que se trate (Conterio, 2008)

En un estudio en Reino Unido en el que se realizaron entrevistas a adolescentes sobre las autolesiones se vio que las conductas autolesivas eran consideradas por los que las realizaban como conductas privadas y focalizadas en la expresión de estrés a menudo como una búsqueda de ayuda. Sin embargo, las personas que no manifestaron haberlas realizado las concebían como una llamada de atención. Pero, de hecho, son conductas que se reservan a la práctica privada, ya que los adolescentes que informaron sobre la experiencia de haber sido descubiertos en esta práctica imprimieron en su relato una importante carga negativa (Kineberg, Kelly, Stansfeld &

Bhi, 2013) estos datos nos muestran de nuevo la naturaleza privada de estas conductas que tienen más que ver con sucesos internos que externos.

Como plantean en sus estudios (Kirchner et al., 2011) las conductas autolesivas entre los adolescentes han sido poco estudiadas. A pesar de que pueden empezar a detectar en la adolescencia temprana, los estudios están más enfocados a la adolescencia tardía. Dada la gravedad de este tipo de conductas, sería importante no solo detectarlas lo antes posible sino también poder prevenirlas desde la infancia.

Por otro lado, saber de qué manera llevan a cabo los adolescentes las distintas conductas de riesgo para la salud puede ayudar a comprender e identificar a los adolescentes que se encuentran en situación de riesgo de desarrollar Conductas Autolesivas, puesto que los adolescentes que realizan estas conductas son también más propensos a realizar otros comportamientos de riesgo.

Por eso, cuestiones como la asociación entre el consumo de sustancias y las autolesiones pueden presentar los mismos factores subyacentes (Giletta, Sholteb, Engelb, Ciairanoa & Prinsteinc, 2012)

Dado que las investigaciones apuntan a que los adolescentes que se autolesionan utilizan unas estrategias de afrontamiento emocional menos adaptativas que los que no lo hacen (Kirchner et al., 2011) la presencia, ya vemos que elevada, de estas conductas de riesgo en adolescentes puede constituir, además, un factor de riesgo en la vida adulta para padecer una psicopatología.

Así mismo los adolescentes con trastornos de depresión, trastornos alimenticios, trastornos de adaptación, dificultades sociales, conflictos sexuales y a menudo problemas normativos relacionados con el desarrollo de los adolescentes, pueden buscar la catarsis, el control y la comunicación a través de actos físicos autodestructivos.

El corte en el cuerpo se está convirtiendo en un fenómeno cada vez más frecuente que se propaga en adolescentes, padres de familia y escuelas. Manteniendo una prevalencia estimada en alrededor de 1000 por cada 100,000 jóvenes (Plante, 2007)

Las autolesiones aún se vinculan casi exclusivamente con experiencias caóticas/ traumáticas en la infancia, tales como disfunción familiar, abuso sexual, violencia, enfermedades mentales, etcétera (Santos, 2011)

Datos de la Universidad de Wisconsin-Eau reflejaron que el 15% de los estudiantes han participado en una autolesión no suicida al menos una vez en su vida (Muehlenkam, 2011)

En Londres estudios indican que una de cada 12 jóvenes, en su mayoría mujeres, disfruta de autolesionarse mediante cortes, quemaduras o tomando riesgos que ponen en juego su vida, y cerca del 10% de estos adolescentes sigue lastimándose deliberadamente en la adultez (Reuters, 2011)

En Estados Unidos las personas hospitalizadas recientemente por autolesiones reflejan una tasa de suicidio entre 30 y 130 veces más alta que la población general. Uno de cada 12 alumnos de tercero, sexto y noveno grado se habrá autolesionado por lo menos una vez sin intención suicida (Hakkin, 2012)

Según (Conterio & Lader, 2008) el 75% de las personas que se autolesionan utiliza más de un método. Algunos ejemplos son: cortarse, golpearse, arrancarse el pelo, rascarse hasta producir herida, quemarse, morderse, ingerir objetos, fármacos o tóxicos, interferir en la cicatrización de heridas o romper huesos.

Registros de pacientes hospitalarios que se autolesionaron, indican que el 11% tuvo un episodio de repetición dentro del año posterior al que presentó su primera autolesión (Morthorst, 2012)

La repetición de las autolesiones también se ha asociado con un aumento adicional en el riesgo de suicidio, pues los pacientes que se presentan al hospital por autolesiones en más de una ocasión, tienen aproximadamente el doble de riesgo de un suicidio posterior en comparación con los que presentan una sola vez (Zahl DL, 2004)

Según la literatura sobre el riesgo en la repetición de las autolesiones, se estima que alrededor de una cuarta parte de los suicidios están precedidos por autolesiones no fatales en el año anterior (Owens, House, 1994) así como también se han incluido estudios basados en cohortes cada vez más grandes con muchos años de seguimiento (Owens, 2002)

En una revisión sistemática de estudios desde países del Reino Unido y desde otros países aproximaron tasas de repetición fatal y no fatal de la autoagresión (Reino Unido e Irlanda 36%, Escandinavia y Finlandia 26%, América del Norte 11%, Australia y Nueva Zelanda 8%, y el resto de Europa 19% (Owens, Horrocks & House, 2002) encontraron que:

- Hay una fuerte asociación entre autolesión y suicidio.
- Más tarde el suicidio aumenta en algunos lugares de Reino Unido en 1 de cada 200, y 1 de 40 pacientes que se autoagreden en el primer año de seguimiento.
- Después de 9 años o más, dicha cifra es aproximadamente 1 de 15 personas.

Ellos llegaron a la conclusión de que el “el riesgo de suicidio entre pacientes que se hacen daño es cien veces más alto que en la población en general”

Término usado	Estimación de cuanta gente se autolesiona por año	Estudio/Fuente de información
Autoagresión deliberada	170.000	Web del Centro para Investigación del suicidio (2005)
Autoagresión	160.000	The Samaritans (200). Basado en cifras de 1998 para Inglaterra y Gales.
Autoagresión intencional	150.000	Nice (Instituto Nacional para la excelencia clínica (2002)
Autoagresión deliberada	140.000	Colegio Real de médicos y Colegio Real de psiquiatras (2003)
Autoagresión deliberada	100.000	Mental Health Foundation (1997)
Parasuicidio	87.000	Gunnell, Brooks & Peters (1996)

En la provincia de Córdoba, Argentina y según datos del Ministerio de la salud de la Nación sólo en 2009 murieron 242 personas por lesiones autoinfligidas y 94 fueron en la ciudad de Córdoba según un estudio que realizó el Centro de Investigación Ricardo Núñez, del Poder Judicial de Córdoba.

En México las autolesiones son un tema que se conoce poco y en donde no hay muchos estudios sobre el tema. Sin embargo, estimaciones oficiales señalan que por lo menos el 10% de los niños y adolescentes suelen lastimarse, aunque según la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, 2014) la cifra podría ser de hasta el 14% de esta población.

Es probable que en México y en América Latina se desconozca la magnitud real de este padecimiento, pues las investigaciones que se han hecho son recientes, pero reportes de la Secretaria de Salud indican, en los últimos seis años, un aumento en el caso de menores atendidos en hospitales públicos, con lesiones producidas por ellos mismos. (BBC Mundial, 2011)

En la actualidad las personas que se autolesionan tienen 7 veces más probabilidad de llegar al suicidio (Santos 2011)

De acuerdo con (Carroll R, Metcalfe CD Gunnell, 2014) una de cada 25 pacientes que requiere atención en un hospital debido a las autolesiones se suicidará en los próximos 5 años. Pues la incidencia de la repetición de las autolesiones y el suicidio en esta población no ha cambiado en los últimos 10 años.

Si bien a la fecha se asume que las Autolesiones inician en la adolescencia y que el problema va en aumento, sin embargo, las estimaciones de prevalencia varían de un autor a otro.

En Canadá (Nixon, Cloutier & Jansson, 2008) estudiaron la prevalencia de las autolesiones ocurridas sin criterio temporal mediante una serie de entrevistas con una muestra de 568 adolescentes, cuyo promedio de edad fue de 17.8 años la cual estaba balanceada por sexo. Adicionalmente realizaron evaluaciones complementarias del estado emocional y mental. En

donde hallaron que el 16.9% cumplía criterios de autolesión, siendo que el 71.1% eran mujeres y el 22.9% hombres. Las autolesiones fueron vinculadas a humor depresivo e impulsividad.

(Jacobsen, Muehlenkamp & Miller, 2008) realizaron una investigación enfocada al estudio específico de la conducta autolesiva, así como de la intención suicida con una muestra de 227 pacientes de extracción psiquiátrica cuyo rango de edad fue de 12-19 años (media de 15 años). Realizaron entrevistas semiestructuradas sin contemplar un criterio temporal específico. En este caso, la muestra estuvo constituida en su mayor parte por mujeres (66%). La serie de conductas exploradas y contempladas en la definición operacional de autolesión incluyeron las siguientes: cortarse, quemarse, inducción de sobredosis, saltar de alturas e ingerir veneno, considerando que ninguna de las conductas anteriores tenía una franca intención suicida. La prevalencia hallada fue de 12% para las autolesiones sin intento suicida, y de 17% para la autolesión con historial de intento suicida adicional. Los autores concluyeron que las mujeres tuvieron una probabilidad mayor de ser incluidas en alguno de los 3 subgrupos: autolesión, autolesión con intento suicida y grupo con intento suicida.

(Heath, Schaub, Holly & Nixon, 2009) resumen los hallazgos de su investigación en los términos siguientes:

La prevalencia es más alta en población clínica versus la no clínica (de comunidad, escolar) en proporción aproximada de 21%-4%. Aún falta determinar si estas diferencias son reflejo de diferencias en las características de la muestra (mayor gravedad en la sintomatología) o si se deben a la naturaleza misma del fenómeno, es decir, que hay una subestimación en la población de comunidad debido a que las Autolesiones no suelen ser considerada un problema por el perpetrador, además de que el acto suele realizarse en forma privada. La prevalencia en población adolescente de comunidad varía del 10% al 20%. Las diferencias por sexo son más notables en estudios de población clínica, donde las mujeres tienden a presentar autolesión en mayor frecuencia. Las autoras tienen hipótesis de que esto es debido a que las mujeres tienen menos prejuicios al buscar ayuda. Las Autolesiones son más frecuentes en jóvenes caucásicos (en las muestras norteamericanas estudiadas), así como en personas con preferencia homosexual, conflictuados por su sexualidad.

A pesar de que las autolesiones no son un tema tan conocido ni estudiado, es posible que los adolescentes comiencen a autolesionarse en promedio a la edad de 13-15 años, siendo que una minoría puede comenzar antes (Ross & Heath, 2002)

De acuerdo con otros autores, parece haber evidencia preliminar de que algunas personas inician en edad infantil, por ejemplo (Yates, Carlson & Egeland, 2008) nos dicen que existe evidencia preliminar de que algunas personas inician en la edad infantil, pues se reportan casos de inicio a la edad de 4 años. Cabe mencionar que a menudo estos datos se obtienen de reportes de adolescentes y adultos entrevistados, más no de muestras en edad infantil.

Los estudios de prevalencia con población mexicana indican que las características generales son similares a las observadas en otros países.

En México se reportó que, en el estado de Guanajuato, en una muestra de 2530 adolescentes, el 3.1% de los varones, y el 10.7% de las mujeres, se habían autolesionado al menos una vez. En el Distrito Federal se realizó un estudio con 10,578 adolescentes que indicó que el 17.4% de los hombres, y el 15% de las mujeres, presentaron autolesiones. Otro estudio en la misma entidad, con una muestra de mil adolescentes, arrojó que al menos el 10% se autolesionaron de manera repetitiva durante al menos un año, presentándose en todos los niveles socioeconómicos.

2.5 Características

De acuerdo con (Marín, 2013) las Autolesiones presentan características sintomáticas.

- **Daño físico.** La persona se produce a sí misma lesiones en la piel, habitualmente cortaduras con navajas u otros objetos; se incluyen las excoriaciones con material abrasivo (trozos de madera, tapas de envases, etc.) así mismo, quemaduras con cigarro e irritaciones con material químico, tal como jabón, detergente, ácido, etc. (Levenkron, 2006) en esta característica también se incluye la introducción de objetos lesivos en

orificios corporales, impedir la sanación de heridas, pincharse con objetos punzo cortantes, golpearse, etc.

- **Intencionalidad.** 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. Otras conductas que implican riesgo, por ejemplo, la conducta alimentaria restrictiva-purgativa, la conducta violenta, la promiscuidad sexual, el sexo inseguro y conducta impulsiva en general no son contemplados dentro de esta clasificación, debido a que las mismas se insertan en otras categorías del comportamiento anormal. La definición de autolesión es descriptiva, no peyorativa (Walsh, 2006)
- **Baja letalidad.** Esta característica marca una diferencia fundamental con el intento suicida, debido a que la persona que se autolesiona no busca conscientemente terminar con su vida (Nixon & Heath, 2009)
- **Socialmente inaceptable.** Esta característica indica que las autolesiones no poseen un significado social específico, es decir, a través de la misma no se busca únicamente aprobación, aceptación ni pertenencia a grupos sociales, 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, los tatuajes, perforaciones, autolesiones rituales/grupales, etc. Esta conducta puede iniciar por imitación puesto que en la cultura adolescente suele existir un fuerte reforzamiento de este comportamiento, pero el significado atribuido a las Autolesiones es personal, el cual es distinto para cada perpetrador (Favazza, 1996)
- **Mecanismo de enfrentamiento.** La principal función que tiene este comportamiento para el perpetrador es la reducción de estados emocionales perturbadores (Mc Kay & Wood, 2007) se ha descrito que estas personas experimentan emociones intensas, difíciles de manejar en forma asertiva; tales emociones varían desde la ira, la ansiedad, la tristeza, el desamparo, la culpa, etc. Las Autolesiones les permiten 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 (Armeij & Crowther (2008); Walsh & Rosen, 1988)

- **No hay causa física.** Las autolesiones no son debido a una causa física, tal como una Intoxicación (con medicamentos y/o por el abuso de sustancias), una enfermedad o deficiencia mental. Por tanto, las acciones autolesivas debidas a alucinaciones, delirios, autoestimulación, etc. propias de estados psicóticos y/o retraso mental no, se incluyen en esta clasificación, debido a que la intencionalidad consciente es parte esencial del proceso de identificación positiva (Prinstein, 2008)

2.6 Clasificación

De acuerdo con Marin (2013) las autolesiones mantienen la siguiente clasificación:

Conductas de Auto-daño

La conducta de autodaño es la que realiza una persona en una situación de riesgo emocional o físico. Las razones por las que una persona lleva a cabo conductas de auto-daño son diversas. En términos generales se puede decir que la ayudan a evitar situaciones o emociones dolorosas. La autolesión se considera una conducta de auto-daño (Santos 2011)

Dentro de esta clasificación existen tres componentes que se identifican en los actos de auto-daño son:

Conducta Directa. Cuando la persona tiene la intención de hacerse daño y lo hace en el momento en que lo necesita. Está consciente y busca producir un daño en el tejido del cuerpo.

Conducta de Baja letalidad. Cuando la intención de la persona no es poner un alto definitivo a su vida. Su intención es, lejos de morir, vivir sin el dolor emocional que la acosa.

Conducta Repetitiva. Cuando cada vez que siente que no puede sobre llevar su dolor emocional se autolesiona. Y lo sigue haciendo, ya que a corto plazo le ha funcionado para hacer un alto a sentimientos negativos e inmanejables que lo invaden.

(Santos, 2011) clasifica este tipo de Autolesiones como Autolesión típica o autolesión moderada/Superficial. Puede presentarse en la población en general, y su cometido es cuando la persona, deliberadamente, se hace daño a su cuerpo sin ayuda de otro. Se puede llevar a cabo de manera compulsiva, episódica o repetitiva.

La herida es lo suficientemente severa para causar daño en los tejidos del cuerpo y dar como resultado cicatrices o marcas. Pero, en la mayoría de los casos, es lo suficientemente superficial para no requerir de atención médica.

El estado emocional en el que se presenta la autolesión típica está permeado por la soledad, la angustia, el miedo, la tristeza, el enojo y la impotencia. La autolesión es una alternativa para enmascarar este estado emocional.

El perfil de la persona que presenta Autolesión es diverso, así como la pauta y conductas autolesivas específicas de cada perpetrador. Por esta razón, con la finalidad de definir y circunscribir el síndrome comportamental objeto de estudio, a continuación, se expone la clasificación de (Simeon y Favazza,2001)

Autolesión Impulsiva. Esta categoría se refiere al síndrome comportamental descrito hasta ahora como objeto de estudio. Como ya se ha dicho, en este caso la Autolesión es intencional y tiene una motivación psicológica; las acciones comunes incluyen cortarse la piel, quemarse, golpearse, etc. En la literatura, estos actos suelen estar asociados a distintos trastornos, tales como el trastorno límite de la personalidad (Mendoza y Pellicer, 2002), trastorno antisocial de la personalidad (Jeglic, Vanderhoff & Donovan, 2005) trastorno de estrés postraumático (Weierich & Nock, 2008; Weaver, Chard, Mechanic & Etzel, 2004) y trastornos de la conducta alimentaria (Levitt, Sansone & Cohn, 2004; Vanlinden & Vandereycke 1997)

Sub-clasificación de la autolesión impulsiva

(Simeon & Favazza, 2001) dividen a su vez a esta categoría en dos subtipos: episódica y repetitiva.

a. Autolesión repetitiva. Este tipo de Autolesión se constituye como una actividad organizada y repetitiva, de interés central para quien la realiza. En la dinámica particular de la misma pueden incorporarse elementos rituales (por ejemplo, un mismo lugar, un mismo objeto, un mismo procedimiento); la Autolesión adquiere tintes adictivos y es incorporada al sentido de identidad de la persona. En este subtipo, la Autolesión se convierte en una respuesta casi automática para distintos estímulos perturbadores, tanto internos como externos, comúnmente inicia en la adolescencia y puede perdurar por décadas.

b. Autolesión episódica. Se refiere a la Autolesión que ocurre ocasionalmente, en la cual, la persona no atribuye mucha importancia a este comportamiento, no se identifica con una conducta específica asociada a su pauta de Autolesión (por ejemplo, no se identifica como un cortador), si bien lesiona deliberadamente su cuerpo para sentirse mejor, para obtener un alivio rápido de las emociones y pensamientos perturbadores y recuperar un sentido de control (Favazza, 1996)

Resulta importante tener clara la distinción entre autolesión e intento suicida; en el suicidio el sujeto busca realmente quitarse la vida, mientras que, en el caso de la autolesión, el individuo únicamente busca sentirse mejor (Jones, 2001) así mismo, (García-Nieto, Blasco-Fontecilla, Paz Yepes & Baca-García, 2013) hallaron que las autolesiones se inician a una edad más temprana que los planes de suicidio. Las autolesiones así, podrían tener una función liberadora de tensión, mientras que la planificación suicida podría estar más relacionada a una sintomatología depresiva o sentimientos de soledad. Además, es importante mencionar que los resultados obtenidos por (Mitchell & Ybarra, 2007) indicaron que, aun no presentando conducta auto-lesiva, ni suicida, la presencia de la primera es un factor de riesgo para la segunda.

2.7 Diagnóstico Diferencial de autolesión

La autolesión forma parte de un síntoma conductual/emocional de diferentes trastornos psiquiátricos, por lo que no se considera una condición que pueda ser diagnosticada. Por lo que sólo puede ser identificada en relación con los criterios Sintomáticos descritos en el del DSM 5 o

CIE 10. Por lo tanto, de acuerdo a estos manuales los trastornos a los que se encuentran vinculadas las autolesiones son: la depresión, la conducta suicida, trastorno límite de la personalidad, tricotilomanía y trastorno obsesivo compulsivo. (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis & Walsh, 2011)

Diferencias entre la Autolesión y el intento suicida

Según (Walsh, 2006) la distinción de las autolesiones permite identificar y prevenir con prontitud las acciones letales.

- En las Autolesiones se presenta un malestar emocional alternado con periodos positivos y un sentido de control. Mientras que en la ideación suicida la persona atraviesa periodos prolongados y constantes de malestar, tristeza, desesperanza y desamparo.
- Cronicidad en las Autolesiones; las personas pueden autolesionarse en múltiples ocasiones por un periodo prolongado de tiempo por el alivio emocional que producen; en tanto que los actos suicidas se derivan de reacciones agudas e intenciones letales ante un estrés crónico.
- Utilización de más de un método a través del tiempo para comportamientos autolesivos. Para el caso de intento suicida la persona sólo recurre a un método con intención letal para terminar con su vida (Walsh, 2006)
- Las personas que recurren a la autolesión tienen la capacidad de contemplar otras alternativas para controlar su estrés o malestar emocional, sin embargo, eligen autolesionarse, a diferencia de que las personas que intentan suicidarse, pues presentan una visión de túnel, producto de un malestar prolongado, por lo que se les dificulta recurrir a otras alternativas que no sean quitarse la vida propia vida. De acuerdo con el modelo de Beck, la persona suicida, presenta un funcionamiento mental dominado por distorsiones cognitivas e ideas irracionales disfuncionales (Beck, 1979) las cuales no es preciso encontrarlas en personas que se autolesionan.

- Las autolesiones tienen la finalidad de modificar un malestar emocional que les es perturbador, buscando un alivio con esta conducta. A diferencia del suicida quien busca terminar escapar por completo del dolor emocional que se le ha prolongado y que percibe como intolerante.
- Las autolesiones generan una mejora rápida en el estado de ánimo de quien se autolesiona. En cambio, la persona que intenta suicidarse mantiene un estado emocional crítico que puede incluso llegar a agravarse.
- En las autolesiones por lo general ocurre un daño físico de grado mínimo a medio que usualmente no compromete la vida de quien se autolesiona. Mientras que en el intento suicida el daño producido puede ser severo en razón de la letalidad de su intención.
- En las autolesiones puede encontrarse una percepción ocasionalmente pobre sobre la imagen de su cuerpo. En el caso del suicida la depresión es significativa, con una intensa ira, por un malestar emocional percibido como inevitable.

2.8 Causas

Imposibilidad del manejo del dolor emocional

Para una mejor comprensión, debemos tomar como punto de partida que las autolesiones se deben a una imposibilidad del manejo del dolor o tensión emocional.

El dolor emocional consiste en una experiencia sensorial y emocional desagradable, molesta, incómoda, de la que uno se quiere librar lo más rápido posible.

El manejo del dolor emocional tiene que ver con la consciencia, el control, y con la posibilidad y capacidad que tiene el individuo de ser el amo de sus sentimientos.

La imposibilidad de manejo de dolor emocional puede deberse a tres razones:

1. La dificultad en el reconocimiento o identificación de emociones para poder manejarlas, es imperativo, primero identificarlas. Al no lograrlo, el individuo se encuentra en una posición endeble, de duda y confusión.
2. La dificultad en la expresión de lo que se está sintiendo.

Aún no se tiene bien identificada la emoción, el poder expresarla de alguna forma (hablando, pensando, dibujando, etcétera) ayuda para poder manejarla, elaborarla y desahogarse. Ante la imposibilidad de expresarlo, el dolor emocional que se va generando busca formas de expresión, casi siempre dañinas.

La falta de control de las emociones y sentimientos.

Cuando se parte del miedo, la angustia y la soledad, es difícil tener control sobre lo que uno siente, y se puede acabar actuando impulsivamente de forma destructiva.

El dolor emocional es común y sucede a diario a nuestro alrededor o en nosotros mismos. Nadie está exento de sentirlo en uno o muchos momentos de la vida. Para manejarlo, es importante identificar, expresar y controlar las emociones y sentimientos que lo cimientan.

En la mayoría de las personas que se autolesionan, la incapacidad en el manejo del dolor emocional las lleva a hacerse daño. Las habilidades que requiere una persona para el manejo de emociones incluyen:

- Identificar las experiencias emocionales
- Modular su activación física
- Tolerar el malestar
- Inhibir reacciones impulsivas
- Meditar en maneras aceptables de expresar el malestar.

Existen algunas posibles causas de esta incapacidad y las características generales de una persona que se autolesiona:

Disregulación Emocional

La autorregulación emocional es la capacidad específica para modificar el curso y la generación de las propias emociones tanto antes como durante la emoción misma (Santos, 2011)

En contraparte, también se define la disregulación emocional como una vulnerabilidad con bases biológicas, que implica un incremento en la reactividad emocional, así como una incapacidad de utilizar estrategias efectivas para controlar las emociones.

Hay evidencia de que algunas personas experimentan las emocionales de manera más fuerte e inmediata que otras. Una situación puede provocar para algunos un pequeño disgusto o ligero pesar, mientras para aquellos con disregulación emocional, la misma situación provoca una tragedia instantánea.

En general, una persona que presenta disregulación emocional, y que se autolesiona, reacciona de una de las siguientes tres maneras cuando se enfrenta a una situación difícil de manejar:

- A) Contesta brusca e intempestivamente. La persona se altera muy rápido y no sabe cómo expresar su enojo de manera efectiva. La vergüenza que le causa no poder expresarse apropiadamente y las consecuencias de su respuesta la llevan a autolesionarse.
- B) Actúa impulsivamente. Su enojo, frustración o tristeza son emociones a tal grado sobrecogedoras, intensas e incómodas, que sin más la persona procede autolesionarse.
- C) Se siente abrumado y necesita calmarse a sí mismo, No sabe ni registra lo que siente, pero sabe que necesita cariño y protección contra su dolor. La autolesión le ayuda a sentir algo concreto, calmarse y cuidar de sí mismo.

Hay diversos estudios que revelan que lo que tienen en común las personas con disregulación emocional, es el haber crecido en un ambiente de “invalidación emocional”. Esto significa que las emociones que tenían cuando eran niños no eran tomadas en serio y/o validadas, y a menudo eran castigadas. Por ejemplo, reprimirle el llanto a un niño, o burlarse de él cuando está triste o enojado es devaluar la expresión de sus emociones difíciles o dolorosas (Santos, 2011)

Los niños en este ambiente aprenden a reprimir e ignorar sus sentimientos, a no confiar en sus emociones como experiencias válidas. Esto hace que sus emociones cada vez se vuelvan más confusas y les provoquen miedo.

Llega un momento en que ignoran o reprimen muchas emociones, tanto leves como moderadas, hasta que estas emociones reprimidas o ignoradas llegan a un nivel crítico en el que se viven como una tormenta emocional que los arrastra sin dirección. La manera de ponerles un alto inmediato es la autolesión.

Es así que la persona que se autolesiona se encuentra limitada para el manejo del dolor emocional, ya que no desarrollado la capacidad y habilidad de controlar lo que siente y sus reacciones se vuelven impulsivas y dañinas.

A una persona con disregulación emocional se le puede enseñar cuatro habilidades para reducir las dimensiones de las oleadas emocionales, y ayudarlas a mantener el equilibrio ante lo abrumador de vivirlas.

1. Desarrollar una tolerancia a la angustia/al dolor emocional para hacer frente a los eventos dolorosos. Esto se logra reforzando poco a poco la resistencia y el poder de recuperación, y brindando formas de suavizar los efectos de sucesos desestabilizadores.
2. Desarrollar la atención consciente, la cual consiste en sentir las cosas tal y como están sucediendo, percibiendo claramente los pensamientos, sensaciones físicas, emociones y eventos en el momento en que ocurren, sin reaccionar automáticamente o de manera habitual. Al vivir en el presente cuando se piensa o se siente algo, se le da menos peso a las experiencias dolorosas que atribuimos del pasado o al miedo al futuro.
3. Modular los sentimientos sin tener que actuar de manera reactiva y destructiva. La regulación emocional sirve para reconocer lo que siente y observar así cada emoción que emerge sin que esta se vuelva abrumadora y aplastante.
4. Desarrollar efectividad interpersonal, con herramientas que enseñan a expresar las creencias y necesidades, poner límites y negociar la solución de problemas. Todo esto protegiendo la relación interpersonal y tratando al otro con respeto.

2.9 Escalas de Medición

Escalas Pre-Estructuradas Autoadministradas

(Gratz, Conrad & Roemer, 2002) emplearon como medida base de autolesión el instrumento desarrollado por la autora principal en 2001, que explora la presencia de esta conducta y las pautas particulares de la misma. Las escalas empleadas fueron:

Functional Assessment of Self-Mutilation	Evaluación funcional de la Automutilación	Lloyd et al, 1998
Self-Harm Behavior Questionnaire	Cuestionario de la Conducta Auto-lesiva	Gutiérrez, 2001
Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality	Agenda para la personalidad no Adaptativa y Adaptativa	Clark, 1996
Deliberate Self-Harm Inventory	Inventario de Autolesión Deliberada	Gratz, 2001
Self-Injury Questionnaire	Cuestionario de Autolesión	Santa Mina, Baan, Gallop, links, Helesgrave, pringle, Wekerle y Grewal, 2006

Cuestionarios elaborados para la investigación

En diez de los estudios revisados los investigadores decidieron emplear un instrumento elaborado por ellos mismos para su investigación, este instrumento podía estar destinado a identificar la presencia de autolesión no suicida, así como a determinar las características del patrón de autolesión.

En algunos casos la elaboración del mismo se sustentó en una definición determinada claramente especificada, ya sea por un investigador reconocido en el campo por ejemplo (Favazza, 1998); o bien, en la definición de un grupo científico reconocido (WHO/EURO *Multicentre Study of Suicidal Behavior*). Por tanto, el instrumento no contaba con datos de

confiabilidad ni validez al momento de ser utilizado, los cuales tampoco se reportaron al concluir el estudio.

Las investigaciones que siguieron este procedimiento fueron:

Andover y Peper (2002)	Frequency of Activities Scale	Escala de Frecuencia de Actividades
Laye-Gindhu y Schonert- Reichl (2005)	Sel-Harm Survey	Encuesta de Autolesión
Whitlock, Eckenrode, Silverman (2006)	Assessmen of Self-Injury Behavior	Evaluación de la Conducta de Autolesión
Nixon, Cloutier y Jansson (2008) Matsumoto et al. (2004, 2005) Tolmunen et al. (2008)	Victoria Healthy Youth Survey	Encuesta Victoria de Salud Juvenil
Zoroglu (2003) Ittzu et al. (2006) Hawton et al. (2002)		Cuestionario de autoreporte

Cuestionarios que generan respuestas abiertas

Solo la investigación de Rodham, Hawton & Evans (2004) empleó este procedimiento, los autores combinaron el uso de un instrumento desarrollado para identificar autolesión, al cual se adjuntó una serie de preguntas abiertas que pretendían explorar de una manera cualitativa la experiencia emocional previa y posterior a los incidentes autolesivos.

Convocaron a los participantes a describir con sus propias palabras la razón para autolesionarse/intentar suicidarse: *“Por favor, describe en tus propias palabras por qué tomaste una sobredosis o trataste de hacerte daño en aquella ocasión”*. Se realizó un análisis del discurso (sin datos de la confiabilidad) y se otorgó una categoría a cada respuesta de una lista pre-estructurada, dicha categoría se integró al análisis general de los datos. Es un procedimiento

costoso, por lo que no se emplea con frecuencia, sin embargo, es enriquecedor para la información cuantitativa.

Entrevistas Clínicas de confirmación

En algunos casos se decidió no utilizar instrumentos estructurados, y con intención de ir un paso más adelante, complementaron el tamizaje con entrevista semiestructuradas destinadas a confirmar la presencia de autolesión, las cuales llevaron a cabo clínicos entrenados; dichas entrevistas se basaron en criterios clínicos derivados de la revisión de la literatura. Solo el estudio de (Ross & Heath, 2002) siguió este procedimiento en el cual los autores detectaron autolesión a través de un instrumento que contenía una pregunta específica, quienes contestaron afirmativamente fueron invitados a una entrevista, donde el dato era corroborado con base en una definición de autolesión previamente establecida.

De lo anterior se desprende la gran importancia de realizar estas entrevistas de confirmación, básicamente por dos razones: primera, la disparidad de los datos entre lo que arroja la sola administración de un instrumento y lo que corrobora la entrevista (por ejemplo en el estudio citado, de una prevalencia de 21.2% inicial ésta se redujo a 13% tras realizar la entrevista); por lo cual, queda claro que la entrevista puede ayudar a obtener un perfil más sensible de los datos; segunda, conforme se estudia más el tema se hace evidente la complejidad de la autolesión como síntoma, por ejemplo, diferencias pasadas por alto entre autolesión actual, episódica, repetitiva, etc. pueden llevar a englobar en una misma categoría dinámicas virtualmente distintas, produciendo con ello resultados confusos.

Cedula de Autolesiones (Marín, 2013) es un cuestionario desarrollado para investigación, y se utilizó en un estudio como parte de una familia de instrumentos que acompañaron el estudio Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos, el cual tuvo por objetivo conocer la asociación de algunos padecimientos como la depresión, la ansiedad y las autolesiones no suicidas. Por lo que el instrumento no contaba con datos de confiabilidad ni validez al momento de ser utilizado.

El estudio de validación se realizó con 455 estudiantes de una secundaria pública de la Ciudad de México, en donde el 49.7% eran hombres y el 50.3% mujeres con una edad promedio de 13.1 años.

El instrumento se compone de 13 reactivos diseñados para detectar y medir temporalmente autolesión no suicida. Los reactivos 1 al 12 presentan ejemplos de auto-lesiones específicas (basados en la bibliografía sobre el tema) y se contestan en una escala dicotómica (presencia-ausencia). En caso de respuestas afirmativas, se proporcionan cinco opciones de respuesta para registrar: 1. frecuencia y 2. cuándo fue la última ocasión en que ocurrió la autolesión. El reactivo 13 pregunta la edad al hacerlo la primera vez. Los datos se transformaron con un algoritmo a fin de obtener puntuaciones en una escala continua, donde un mayor puntaje indica mayor gravedad y frecuencia de cada tipo de autolesión.

Para concluir este capítulo y de acuerdo con la teoría anteriormente citada es posible decir que cuando sabemos de casos en los que existen adolescentes que se autolesionan, podemos considerar esa conducta como un factor de riesgo para el suicidio, pero no solo por lo que la mayoría de los autores tratan de recalcar sobre la falta de intención consciente en el sujeto para llegar al suicidio, sino porque nos referimos a una estrategia de afrontamiento que pretende ser adaptativa, y que quizá cumple con la función de calmar la ansiedad y de reducir estados de ánimo perturbadores en el adolescente, pero al final no genera un bien psicológico, porque a todo este le precede un sentimiento de culpa prolongado.

De acuerdo con el DSM 5 el simple hecho de que la persona haya realizado la autolesión en múltiples ocasiones, hace que la persona aprenda que no es probable que el acto concluya en un deceso, pero ¿qué pasa entonces cuando el adolescente vuelve de esta conducta un ritual o incluso una actividad crónica, en donde convive por periodos largos y solitarios con el dolor, con el contacto visual de observarse sangrar una y otra vez? Es probable que en efecto tenga la idea de que con la autolesión no tiene que llegar al suicidio. Sin embargo, habría que preguntarse si su aprendizaje quedará limitado en verdad solo a eso. Es como pretender dejar que aprenda a vivir con el dolor y sufrimientos ocultos y que ya no distinga de intensidades y fomentar que en algún momento esta estrategia que le sirve de anestesia ya no sea suficiente y permanezca vulnerable

ante otras opciones incluso peores, que desde luego solo le postergaran su sufrimiento por no contar con una mente suficientemente madura que le permita procesar sus emociones y pensamientos de una manera adecuada y en donde pueda tomar las mejores decisiones. Debe resaltarse el hecho de que la estructura de personalidad que construya un adolescente, será el mejor predictor de cómo perciba la vida en la etapa adulta y como se conduzca ante futuros conflictos, por lo que no es difícil suponer que, si en la adolescencia le esté resultando difícil superar problemas propios de la etapa, quizá también lo sea al convertirse en un adulto.

Las investigaciones encontradas son muy acertadas para saber cómo se está presentando esta problemática, pero aún es necesario convocar a la apertura de una puerta más amplia para investigaciones sobre autolesiones en la infancia y en la adolescencia temprana, ya que al parecer el trabajo en prevención es bueno, pero aun así se han subestimado los alcances que puede llegar a tener esta conducta. Si se logra tomar consciencia de ella como un mecanismo de enfrentamiento autodestructivo en el que se encuentran inmersos una gran número de contextos, como el familiar y el social, por citar algunos ejemplos, habrá una reducción de prejuicios, tabús observados a diario, y la educación mal enfocada junto con la ignorancia ya no serían reforzadores silenciosos de esta conducta.

Así como existen contextos responsables de esta conducta, también existen muchas áreas de oportunidad en el ámbito clínico y escolar, pues pareciera que hace falta reflexionar y reconsiderar si las instituciones que resguardan a gran cantidad de adolescentes para hacerse cargo de su educación y de su salud verdaderamente se encuentran preparados para saber qué medidas preventivas tomar, que acciones realizar para canalizar, si existe suficiente difusión de los protocolos de atención de estos casos, sin duda ya se está haciendo algo, pero habría que preguntarse si es suficiente y si esta direccionada esa ayuda por personal especializado en el tema y se está generando un seguimiento efectivo pues ahí radica el principal problema de que los registros y los antecedentes no sean totalmente precisos.

2.10 Modelos teóricos

Suyemoto (1998) resume las formulaciones teóricas existentes, las cuales pueden agruparse en 5, aclarando que para esta discusión se incluyen dos más: 1) modelo ambiental, 2) modelo de pulsiones, 3) modelo de la regulación afectiva, 4) modelo de la disociación, 5) modelo de los límites/fronteras, 6) formulaciones psicofisiológicas, y 7) modelo integral (evitación de la experiencia). En esta sección se presenta cada uno de estos modelos teóricos, exponiendo los hallazgos que sustentan a cada uno, el apoyo experimental recibido, así como la metodología que les subyace.

Modelo ambiental

Este modelo asume a las variables ambientales como mediadoras en la génesis y mantenimiento de la Autolesión. Las respuestas positivas del ambiente inmediato (atención, cuidado, preocupación) refuerzan tal comportamiento, a la vez que colocan la responsabilidad del conflicto emocional fuera de la persona, quien aprende a manipular y controlar el ambiente a través de la Autolesión; el enfoque conductual y de análisis del comportamiento se ha centrado en esta perspectiva y ha encontrado sustento en resultados para esta formulación en algunos reportes de investigación, especialmente con población clínica y pacientes con trastorno límite de la personalidad (Brown, Comtois & Linehan, 2002; Rosen & Walsh, 1989), así como en población no clínica, por ejemplo, Nock y Prinstein (2004), si bien estas autoras hallaron una menor proporción de reforzamiento externo respecto a otras pautas de reforzamiento. El aprendizaje social puede estar también en el origen de la Autolesión, así como en el seguimiento de modelos, especialmente entre pares (Suyemoto, 1998).

Modelo de las pulsiones

Este modelo es propuesto principalmente por autores con orientación psicoanalítica y asume que la autolesión es resultado de la represión de las pulsiones de vida, de muerte y sexual. Dentro de este modelo, (Firestone & Seiden, 1990) proponen que la autolesión es un *sustituto*

del suicidio, la cual sería entonces un microsicidio que sustituye a la acción destructiva letal, permitiendo conjuntar de esta manera los afectos y acciones negativos hacia uno mismo y al mismo tiempo crear una ilusión de dominio sobre la muerte; se trataría por tanto un mecanismo de enfrentamiento que ayuda a evitar el suicidio.

Dentro de este mismo modelo, existe una propuesta que asume que la autolesión tiene dos funciones: 1) proporciona gratificación sexual, 2) proporciona un castigo por sentimientos sexuales, permitiendo así evadir las conductas sexualmente motivadas, así como controlar la sexualidad y maduración psicosexual en general (Suyemoto, 1998). La autolesión como acción distorsionada serviría como solución a la expresión de pulsiones en conflicto, a lo cual subyacen problemas edípicos, y, por tanto, de naturaleza sexual. El modelo se sustenta en estudios de caso presentados como investigación cualitativa, así como en formulaciones basadas en la teoría psicoanalítica. Cabe destacar que este modelo se basa en estudios anecdóticos interpretados a la luz de estas teorías, pero sin un sólido apoyo experimental.

Modelo de regulación afectiva

Esta es una de las propuestas más compartida por los diversos autores del tema, e incluso es vista como la función primaria de la Autolesión. Desde esta perspectiva, la acción lesiva intencional se utiliza para expresar y externalizar emociones perturbadoras e intolerables, a la vez que se crea un sentido de control sobre las mismas (Allen, 1995; Linehan, 1993).

Emociones tales como ira, ansiedad, frustración y vergüenza, comúnmente se han asociado al momento previo del acto Autolesivo en autoreportes en diversos estudios, tales emociones son seguidas de experiencias subjetivas de alivio y calma cuando la acción se ha concretado.

Esta conclusión se ha obtenido a partir de estudios cualitativos, en los cuales se ha realizado análisis del discurso en población no clínica (por ejemplo, Gallop, 2002) y en población forense (Jeglic, Vanderhoff & Donovanick 2005).

Asimismo, esta función ha sido reportada en estudios cuantitativos con respuestas cerradas, en población clínica y no clínica. Vanderlynden y Vandereycken (1997) proponen que

el alivio se obtiene a través de: 1) catarsis directa, 2) al generar distracción y/o 3) induciendo una disociación. No obstante, la gran aceptación de esta propuesta, el mecanismo preciso que genera un alivio emocional precedido de estados afectivos perturbadores no ha sido completamente aclarado (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Modelo de Disociación

Este modelo explicita el vínculo hallado frecuentemente por los investigadores entre la Autolesiones y los síntomas disociativos. La formulación se extiende en dos vertientes: la primera asume que la Autolesiones induce una disociación como una forma de lidiar con afectos perturbadores. Desde esta perspectiva, las Autolesiones son un mecanismo de afrontamiento estrechamente vinculado a experiencias disociativas que inducen la relajación y alivio subsecuente.

Esta formulación ha encontrado sustento en estudios que han evaluado la relación entre síntomas disociativos y conductas autolesivas en población clínica, por ejemplo, el trabajo de Mendoza & Pellicer (2002) con pacientes con trastorno límite de la personalidad (población mexicana) estos investigadores reseñan los cambios fisiológicos que hipotéticamente inducen la disociación con el acto Autolesivo, así como la anestesia que disminuye la percepción del dolor durante el acto.

La segunda vertiente postula que la autolesión rompe/termina con un estado disociativo perturbador. Desde esta perspectiva, tal acción busca crear/mantener un sentido de identidad cuando coexisten estados emocionales desagradables y perturbadores.

Se ha especulado que tanto la impulsividad como los síntomas disociativos se encuentran en la raíz de la autolesión (Vanderlynden & Vandereycken, 1997) y este modelo explicaría la relación que se ha establecido entre la autolesión y el trastorno de estrés postraumático, donde los flashbacks y niveles altos de ansiedad generan afectos intensos, desagradables y disociación. No obstante, aún no ha sido aclarado cuál es el mecanismo específico a través del cual se rompe una disociación. Se ha propuesto que la visión de la sangre puede ser el posible agente (el impacto del color rojo), así como las cicatrices resultantes, las cuales servirían para crear una

continuidad con el episodio disociativo (y las experiencias y emociones previas), las cuales de otro modo no podrían ser integradas al sentido de identidad (Suyemoto, 1998)

Modelo de los límites/fronteras

Este modelo afirma que la autolesión cumple la función de afirmar los límites del *self*. Marcar la piel -la cual separa a los individuos del medio ambiente y de otras personas-, puede ayudar a crear un sentido de mayor independencia, autonomía y distinción de los otros (Klonsky, 2007); en este sentido, la sangre y las cicatrices son la indicación de la realidad del *self*, creando una representación única, distinta y separada de sí mismo. Esta propuesta se basa en la teoría de las relaciones de objeto, así como en la psicología del desarrollo del yo.

El modelo argumenta que las raíces de la autolesión se encuentran en la infancia, en una falla para formar representaciones de objeto estables (debido a experiencias de poca empatía con los padres), de modo que la persona experimenta de forma recurrente y en especial durante la adolescencia, un temor al abandono, así como a perder consecuentemente su identidad al relacionarse con otros; como resultado, la autolesión es una manera de mantener la identidad y la separación de los demás (Suyemoto, 1998). Este argumento se sustenta en estudios de caso y en el análisis del discurso y experiencias vitales (aproximación fenomenológica), explorado a través de entrevistas abiertas y formulaciones teóricas (Woods, 1988)

Aproximaciones psicológicas

Un estudio clásico en la materia fue implementado por Haines, Brain y Wilson en 1995; estos investigadores estudiaron el efecto psicofisiológico que producían imágenes mentales de Autolesión inducidas en 3 grupos de estudio: 15 prisioneros con autolesión, 11 prisioneros control sin Autolesión, y 12 no prisioneros (estudiantes) sin Autolesión. La evocación de imágenes fue personalizada y se dividió en 4 fases: a) descripción de la situación, b) la conducta de aproximación o momento previo, c) incidente actual o descripción durante el episodio, y d) consecuencia del episodio, incluyendo reacciones específicas. Se tomaron medidas fisiológicas como: pulso sanguíneo, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, nivel de resistencia cutánea, entre otras. Los resultados indicaron una disminución en la respuesta fisiológica y subjetiva

durante la fase de imaginación guiada solo en el grupo con autolesión, lo cual sugiere de acuerdo a los autores, que la autolesión se establece y mantiene por su función reforzante de alivio de la tensión.

Un estudio más reciente respecto a etiología exploró la interacción entre las características biológicas y las medioambientales en adolescentes que presentaban autolesiones (Crowell, Beauchaine, McCauley, Smith, Vasilev & Stevens, 2008)

Los autores hallaron que las deficiencias en la función serotoninérgica (nivel bajo de serotonina periférica 5HT), en conjunto con variables familiares: nivel alto de conflictos y emocionalidad negativa en la relación con los padres, se asociaban a los adolescentes con autolesiones. Estas familias presentaban menos afecto positivo, más afecto negativo y menos cohesión que el grupo de adolescentes sin autolesiones, con lo que podía hacerse una mejor diferenciación entre grupos al añadir la variable biológica descrita.

Al intentar profundizar en el mecanismo específico que genera alivio de tensión a través de la autolesión, Chapman, Gratz & Brown (2006) comentan que el mecanismo fisiológico que puede subyacer al alivio de estrés concurrente con la autolesión es la liberación de opioides endógenos, lo cual genera anestesia y alivio de la tensión emocional. A continuación, citan investigaciones que apoyan esta hipótesis, concluyendo que los resultados son aun inconsistentes. Una hipótesis alterna es propuesta por Saxe, Chawla & Van der Kolk (2002), quienes indican que, al experimentar estrés emocional, la persona mantendría un nivel elevado de opioides péptidos en general, lo cual ocasionaría síntomas disociativos aversivos; la autolesión cumpliría entonces la función de terminar con la disociación a través del dolor.

Simeon, Stanley, Frances, Mann, Winchel & Stanley (1992) exploraron las diferencias en comorbilidad psiquiátrica y variables fisiológicas en 52 pacientes con trastorno de personalidad, comparando dos grupos apareados: 26 con autolesión y 26 sin Autolesión. Se administraron diversos inventarios de psicopatología, así como medidas fisiológicas de la función serotoninérgica. Hallaron que los pacientes con AL presentaban patología del carácter más severa, más datos de historial de agresión y pautas antisociales. Asimismo, presentaron índices

más altos de depresión y desesperanza con las escalas de Beck; con medidas de impulsividad, enojo crónico y ansiedad somática.

En cuanto a las medidas fisiológicas, los resultados apuntan a la existencia de una disfunción de la función serotoninérgica que facilita la conducta Autolesiva. A este respecto, Mendoza & Pellicer (2002) realizaron una revisión de la literatura científica existente que apoya la formulación de la disfunción serotoninérgica en pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Los autores proponen una hipótesis que implica a las estructuras límbicas que procesan el componente cognitivo- afectivo del dolor, así como al sistema serotoninérgico; la autolesión resultaría de una disfunción de la percepción nociceptiva (de la autoconciencia), particularmente de los mecanismos de alto orden de procesamiento, donde se integra el dolor como experiencia consciente y aversiva. Relacionado a ello, las alteraciones nociceptivas se han asociado a la mayor incidencia de experiencias disociativas, explicando así el incremento del umbral del dolor durante el episodio Autolesivo.

Las autolesiones serían una consecuencia de esta disfunción en personas sometidas a estrés crónico y en aquellas biológicamente vulnerables.

Los estudios sobre las Autolesiones que integran la medición de variables fisiológicas parecen confirmar la interacción entre variables psicológicas y somáticas en el origen del problema.

Si bien aún no existen datos concluyentes, las hipótesis más estudiadas y sólidas involucran a la disfunción serotoninérgica, por tanto, asocian la Autolesión con sintomatología depresiva; así como la mayor presencia de opioides, propuesto este último mecanismo tanto como un regulador del dolor físico y/o emocional y como un posible generador de experiencias disociativas.

Modelo integral (de evitación de la experiencia)

La evidente heterogeneidad de los hallazgos apunta hacia la hipótesis de que las Autolesiones puede cumplir distintas funciones psicológicas. Chapman, Gratz y Brown (2006) formularon un modelo basado en el análisis conductual y teoría cognitiva, que propone 4 funciones básicas no excluyentes, dispuestas en 2 ejes. El primer eje contempla: contingencias automáticas (internas) – contingencias sociales (externas). El segundo eje contempla: reforzamiento positivo – reforzamiento negativo.

Este modelo sugiere que las Autolesiones son en esencia reforzadas negativamente (reforzamiento automático negativo) a través de la reducción de estados emocionales aversivos, displacenteros. Se asume que la persona con Autolesión presenta características particulares tales como: tendencia a la evitación, relacionada posiblemente a pobre tolerancia al estrés, respuestas emocionales más intensas, habilidades deficientes de regulación emocional y/o deficiencias en la implementación de estrategias de enfrentamiento adecuadas (cuando se encuentra emocionalmente alterado).

De esta manera, las Autolesiones se establecen y perpetúan debido a 4 factores: a) el efecto paradójico de la evitación/escape que produce, incrementando el estrés y facilitando su continuación; b) el fracaso para eliminar la respuesta afectiva aversiva (falla en el procesamiento afectivo, limitando la oportunidad de aprender otras respuestas); c) conducta guiada por reglas verbales poco flexibles y búsqueda de alivio inmediato; d) la habituación, que genera adicción, persistencia y disminución en la percepción del dolor (Nixon & Heath, 2009)

Este modelo pone énfasis en el elemento de reforzamiento negativo, es decir, en la función de escape que cumplen las Autolesiones, asimismo propone que actúan en menor medida otras tres funciones: 1) el reforzamiento positivo automático, es decir, cuando la autolesión genera un estado fisiológico/psicológico deseable, positivo; esta función se denomina también: generación de emociones/sensaciones. 2) reforzamiento social positivo, que ocurre cuando la autolesión genera atención, cuidado, afecto de otras personas, en este caso, este comportamiento puede tener intención de manipular y crear un efecto sobre el medio; 3) reforzamiento social

negativo, en este caso, las autolesiones cumplen la función de escapar de las demandas y obligaciones impuestas por otros (Nixon & Heath, 2009)

Chapman, Gratz & Brown (2006) van más allá y argumentan tras hacer una extensa revisión del tema, que todas las funciones descritas previamente en las investigaciones, así como las formulaciones teóricas, son evidencia de la principal función de la autolesión: el reforzamiento negativo. En este análisis se incluye a los estudios que presentan autoreportes para evaluar las funciones de la autolesión, los cuales pueden ser agrupados como sigue: a) decrementar síntomas disociativos, b) prevenir flashbacks y recuerdos agobiantes, c) reducción de estrés y tensión, d) expresar emociones perturbadoras, e) proveer un sentido de seguridad y protección, f) reducir el enojo, g) castigar a uno mismo, h) mostrar a otros la necesidad de ayuda, i) evitar que la persona dañe a otros. En cada caso se propone que el alivio emocional se encuentra en la base de la autolesión, así como el elemento clave, que es el escape de estados emocionales agobiantes y perturbadores.

Nock & Prinstein (2005) evaluaron empíricamente este modelo con 89 adolescentes (23 hombres y 66 mujeres), con margen de edad de 12-17 años, quienes presentaban Autolesiones, y fueron vistos en consulta psiquiátrica debido a ello. Se realizaron entrevistas estructuradas durante la admisión y se administraron escalas para medir la frecuencia de lesiones junto con la comorbilidad psiquiátrica. Los resultados señalan que las Autolesiones se implementaban de manera impulsiva, sin uso de alcohol/drogas y sin percepción de dolor; lo anterior sugiere la ausencia de planeación y la influencia de contingencias internas inmediatas. La principal función reportada fue el reforzamiento negativo automático (escape de experiencias emocionales displacenteras), la cual se asociaba a desesperanza e historia de intentos de suicidio. Las otras funciones: reforzamiento automático positivo, así como el reforzamiento social (positivo y negativo) ocurrieron en menor proporción. Los resultados se presentan como evidencia de la validez del modelo.

Las mismas autoras (Nock & Prinstein, 2004) realizaron un estudio previo con 108 adolescentes, 32 hombres y 76 mujeres con edades de 12- 17 años, pacientes psiquiátricos referidos por presentar pensamientos y autolesiones (sin síntomas psicóticos). Se les aplicó una escala de análisis funcional de autolesión (*The Functional Assessment of Self-Mutilation*). En

este caso, se halló mayor presencia de la función de reforzamiento negativo automático (interno), seguido del reforzamiento automático positivo, y en una menor proporción a las 2 funciones de reforzamiento social; particularmente el reforzamiento social puede estar menos presente debido a que los jóvenes que se autolesionan suelen ser personas socialmente aisladas. Los resultados aportan sustento empírico al modelo de la evitación de la experiencia, coherente con la teoría del aprendizaje.

En una excelente revisión del tema (Klonsky,2007) examinó las diferentes funciones reportadas en la literatura científica sobre el tema de la Autolesiones, resumiendo las diferentes investigaciones, su metodología y hallazgos. En su revisión de 18 estudios científicos con población clínica y no clínica, encontró que prevalece la metodología del autoreporte de las causas de la autolesión, tanto con cuestionarios cerrados como abiertos. Adicionalmente, una de las observaciones del autor fue que la función de regulación de los afectos, es decir, el alivio de estados emocionales perturbadores fue la única función que apareció en todos los estudios revisados. En proporción decreciente aparecieron: autocastigo, anti disociación, influenciar a los demás, búsqueda de sensaciones (inducir un estado emocional), etc. El autor concluye al hacer explícita la siguiente secuencia hallada: a) un estado emocional aversivo precede al acto; b) las Autolesiones producen alivio y reducción/eliminación del estado previo; c) la mayoría de los perpetradores argumenta el deseo de escapar de estados emocionales aversivos como la razón del acto; d) los estudios de laboratorio apoyan la función de alivio emocional.

En conclusión, se apoya la propuesta teórica de que las Autolesiones cumplen diversas funciones en una persona, lo cual explica que sea una condición difícil de tratar. Específicamente, la evidencia indica que las Autolesiones ayudan a regular las emociones en personas con vulnerabilidades (de tipo biológico o debido a experiencias traumáticas, déficits en habilidades para el procesamiento de emociones, etc.), en particular a través de un mecanismo de evitación que refuerza negativamente la conducta. Adicionalmente, las Autolesiones se pueden establecer y mantener por reforzamiento positivo interno (búsqueda de sensaciones), así como reforzamiento social tanto positivo como negativo, en cuyo caso, se busca influir en el ambiente de una determinada manera y es más común en personas que padecen de trastorno límite de la personalidad.

De acuerdo con Gratz & Chapman (2009) y Gratz (2007) la regulación afectiva en términos clínicos y con referencia a las Autolesiones, pone el índice en las formas adaptativas de respuesta al malestar emocional. Por tanto, la regulación emocional (opuesta a la disregulación) involucra: a) claridad, comprensión y aceptación de las emociones; b) habilidad para involucrarse en conductas dirigidas a metas e inhibir la conducta impulsiva cuando se experimentan emociones perturbadoras; c) uso flexible y apropiado de las estrategias para cada situación, a fin de modular la intensidad/duración de las respuestas emocionales (en lugar de eliminar la emoción solamente); d) aceptación de la experiencia de emociones negativas como parte de la experiencia vital enriquecedora. Una terapia para Autolesiones basada en estas premisas debe contemplar estrategias que ayuden a adquirir/desarrollar estas habilidades en los pacientes.

Modelos conceptuales de la autolesión

(Klonsky, 2007) realizó una abstracción de 3 diferentes métodos que los investigadores han empleado con la finalidad de estudiar las funciones de la autolesión:

a) Autoinformes de las razones para autolesionarse.

En estos estudios se pide a las personas que integran la muestra que especifiquen las motivaciones/causas que los llevan a autolesionarse; habitualmente se emplean listas de chequeo con descripciones de diferentes formas de autolesión, así como una lista de las razones potenciales. Suele añadirse también opciones de respuesta abierta para circunstancias no contempladas en las listas de chequeo. Un ejemplo de este tipo es el Self Injury Questionnaire (SIQ de Vanderlynden & Vandereycken, 1997)

b) Autoreportes fenomenológicos.

En estos estudios se pide a las personas que describan con amplitud la experiencia de la autolesión. Se solicitan respuestas abiertas acerca de las emociones y circunstancias que anteceden, acompañan y siguen al episodio autolesivo. Este enfoque aporta una gran riqueza al estudio comprensivo del fenómeno, pero tiene las siguientes limitantes: 1) la abstracción depende de un análisis del discurso, es decir, de la interpretación del investigador; 2) depende

asimismo de la interpretación que la persona que se autolesiona hace de su propia experiencia subjetiva, la cual puede ser mal expresada/comprendida. Este enfoque se utiliza fundamentalmente en estudios cualitativos y con el método narrativo y de análisis del discurso por ejemplo (Harris, 2000) algunos autores añaden observación cualitativa y conducen entrevistas abiertas por ejemplo (Crouch & Wright, 2004)

c) Estudios de laboratorio.

Se refieren a estudios realizados en contextos controlados, aislando y manipulando variables para determinar una relación particular entre las mismas. Un estudio clásico al respecto es el realizado por (Haines, Williams, Brain & Wilson, 1995) quienes estudiaron los componentes fisiológicos de relajación concurrentes al acto de autolesión en población forense. La ventaja de este procedimiento es que limita la interpretación subjetiva de la experiencia, añadiendo una serie de medidas fisiológicas que acompañan al autoreporte.

2.11 Métodos de Intervención

Tras varias décadas de investigación, se ha demostrado que existen intervenciones psicológicas eficaces cuando de adolescentes se trata, sin embargo, aún es importante determinar una intervención específica para adolescentes, cuando presentan un problema conductual, emocional o social (Ollendick & King, 2004)

Al parecer ningún tratamiento ha sido validado por completo, pues aun en aquellos más establecidos existen dudas con respecto a las características del usuario, así como los mecanismos o procesos asociados al cambio comportamental (Chambless & Ollendick, 2001)

A continuación, se expone la evidencia respecto a la efectividad de modelos de terapia adaptados a adolescentes, los cuales han demostrado eficacia para el tema de las autolesiones, por lo que se busca determinar las coincidencias de los componentes terapéuticos, para identificar los más efectivos.

Terapia cognitivo conductual

Las tres intervenciones cognitivo conductuales más estudiadas y con apoyo empírico en distintos trabajos son:

- 1) La Terapia Conductual Dialéctica (TCD)
- 2) El Entrenamiento en Solución de Problemas (ESP)

Terapia Conductual Dialéctica (TCD)

Las autolesiones son uno de los síntomas principales del trastorno límite de la personalidad, por lo que la TCD dedica las primeras intervenciones a la eliminación de este trastorno. A esta conducta se considera un síntoma al cual subyacen dos problemas centrales relacionados: disregulación emocional e impulsividad, los cuales se intenta corregir mediante el entrenamiento en habilidades, así como la consecuente generalización al ambiente cotidiano de la persona (Robins & Chapman, 2004)

Las técnicas específicas para autolesión empleadas por la TCD son: la validación de las experiencias de la persona, estrategias de solución de problemas, análisis y modificación conductual de las autolesiones, entrenamiento en mentalización y regulación de emociones, entrenamiento en asertividad y tolerancia al estrés (Linehan 1993 a; Muehlenkamp, 2006) este modelo de intervención cognitivo conductual fue desarrollado por (Linehan 1993a, 1993b) en su larga experiencia con pacientes suicidas y con comportamiento parasuicida.

si bien este tratamiento está destinado para la atención de personas con trastorno límite de la personalidad. Se trata de una terapia estructurada y con fuerte apoyo empírico tanto de estudios con control aleatorio, como de algunos con diseño de grupo único (Muehlenkamp, 2006) tiene de más de diez años de investigación multinacional, y puede considerarse un tratamiento con efectividad sustentable. Es importante mencionar que la conducta meta de esta terapia es la conducta suicida y no específicamente la AL (Crawford, Thomas, Khan & Kulinskaya, 2007) sin embargo, investigaciones reportan disminución de la conducta parasuicida

como principal efecto terapéuticos de intervención (Perseius, Ojehagen, Ekdahl, Asberg & Samuelsson, 2003)

Uno de los estudios actuales más influyentes sobre el tema de autolesiones fue realizado por (Linehan, et al., 2006) quienes compararon la efectividad de la terapia conductual dialéctica versus tratamiento no conductual por expertos. A fin de determinar si los componentes de la intervención producían cambios clínicos significativos. La muestra estuvo conformada por 101 mujeres de al menos 18 años, quienes cumplían con los criterios para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, presentaban conducta suicida y Autolesiones; se formaron dos grupos en forma aleatoria de acuerdo al tratamiento asignado. Los resultados al final del tratamiento y durante el seguimiento mostraron que el grupo tratado con TCD presentó una mejoría significativa en todas las medidas clínicas, incluidas las autolesiones. Los autores concluyen afirmando que sus resultados replican la efectividad demostrada por esta intervención en estudios previos, aseverando que los componentes únicos de su intervención son los agentes del cambio clave para el manejo de la conducta suicida y parasuicida. Algunos autores han llevado a cabo estudios para demostrar la eficacia de la TCD en adaptaciones específicas para el manejo exclusivo de las Autolesiones en adolescentes. Ejemplo de ello es el estudio preliminar en Nueva Zelanda de (Cooney, Davis, Thompson, Wharewera-Mika y Stewart, 2010) quienes investigaron la efectividad de la TCD para el manejo de la autolesión en adolescentes, sin embargo, no presentaron datos clínicos de eficacia, y concluyeron que los estudios aun son escasos para sustentar la efectividad de la TCD para autolesiones en adolescentes. Mientras tanto hubo un 93% de aceptación por parte de los familiares, con un 91% de asistencia en los participantes.

Uno de los primeros estudios sobre el tema fue realizado por (Wood, Trainor, Rothwell, Moore & Harrington, 2001) quienes evaluaron la efectividad de una intervención grupal basada en la TCD para la reducción de la frecuencia de las autolesiones, en adolescentes de 12 y 16 años, los temas del tratamiento fueron: relaciones personales, dificultades escolares y familiares, manejo de la ira, depresión y Autolesión, desesperanza y preocupaciones por el futuro. Los resultados indicaron que la terapia grupal mostró una reducción significativa en la repetición de las autolesiones, puntajes más bajos en depresión y mayor comportamiento adaptativo, lo cual fue significativo al compararlo contra un grupo en tratamiento usual. Los autores concluyen

asumiendo que el formato grupal de intervención es útil para el tratamiento de las Autolesiones repetitiva en adolescentes, pero sugirieron más investigación al respecto.

Sobre este mismo tenor James, Taylor, Winmill & Alfoadari, (2008) seleccionaron una muestra de 25 adolescentes mujeres de comunidad que presentaban autolesión resistente a tratamientos previos, y tenían un promedio de edad de 16 años (15-18 años). La intervención se enfocó al tratamiento de la Autolesión, entrenando a las participantes en habilidades de regulación de emociones, control de impulsos y de solución de problemas; el formato combinó tratamiento grupal, individual y de apoyo telefónico durante un año. Las medidas post-tratamiento y de seguimiento a los 8 meses de concluida la intervención indicaron una reducción significativa en las medidas repetidas de Autolesión, depresión y desesperanza, combinado con una mejora clínica general; por lo que los autores concluyen que la TCD es una intervención prometedoramente eficaz para el manejo de la Autolesión en adolescentes.

En resumen, los datos de investigación aún son limitados y la metodología de estos estudios no es rigurosa. La terapia esta combinada con terapia individual, familiar terapia para los padres y asistencia telefonica con una duración variable, por lo que no están especificados los componentes de cambio terapéutico y aún no esta especificado el formato idóneo.

Sin embargo las técnicas de la TCD que en conjunto con otras técnicas cognitivo conductuales se han empleado y han demostrado eficacia para la atención de las autolesiones en adolescentes son: entrenamiento en regulación de emociones (identificación de emociones, validación emocional, incremento de la tolerancia al malestar emocional), mentalización (*mindfulness*), entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas y manejo conductual de las autolesiones; por lo que hace falta estudios que evalúen las técnicas de manera particular para cada cambio sintomático.

Terapia de Solución de Problemas (TSP)

La Terapia de Solución de Problemas (TSP) fue formulada por (D'Zurilla & Goldfried,1971) se trata de una intervención cognitivo conductual que busca entrenar al paciente en habilidades de identificación y de resolución de problemas, dotándolo de estrategias que

deben practicarse y adquirirse para su aplicación a contextos reales; la intención es generar conductas efectivas que maximicen consecuencias positivas y disminuyan las negativas, lo cual se realiza ayudando al paciente a aplicar experiencias previas en forma de soluciones novedosas. La importancia de esta terapia es que puede favorecer la adaptación general y ha demostrado ser efectiva para diferentes padecimientos y grupos de edad. En relación a las autolesiones 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 & Hawton, 2005).

A continuación se mostrará una revisión dado que la TSP tiene una larga trayectoria de investigación aplicada sobre las autolesiones y conducta suicida. Spirito, Boergers, Donaldson, Bishop & Lewander (2002) realizaron un estudio de control aleatorio para evaluar la efectividad de una intervención grupal de entrenamiento en solución de problemas, la cual pretendía incrementar la adherencia al tratamiento después de un intento suicida. Eligieron a 63 adolescentes –hombres y mujeres-, quienes acudieron a consulta médica después de auto-infringirse lesiones; la muestra fue dividida en dos grupos de tratamiento: TSP, o bien tratamiento usual. Los resultados indican que el grupo atendido con TSP tuvo una mayor adherencia al tratamiento, datos corroborados durante el seguimiento 3 meses después de concluida la intervención. Estos resultados sugieren que la TSP es el tratamiento de elección para adolescentes en crisis emocionales que derivan en las autolesiones y/o intentos suicidas, pues fomenta la adherencia a tratamientos adicionales.

Una revisión realizada por (Hawton et al., 1998) quienes elaboraron un análisis sistemático de 20 estudios de control aleatorio cuya variable principal fueron las autolesiones repetitivas, contemplando intervenciones sistemáticas administradas tanto a adolescentes como a adultos e incluyeron tratamientos farmacológicos y psicológicos diversos. En cuatro de esos estudios se comparó la TSP contra el grupo control, contrastando las medidas pre-tratamiento, post-tratamiento y de seguimiento a los 12 meses de concluida la intervención. Los autores observan que la TSP produjo una disminución significativa en la frecuencia de las autolesiones al comparar contra el grupo control (Odds Ratio de 0.73), y que este efecto fue superior al resto de intervenciones revisadas en los otros estudios, por lo que los autores concluyen que la TSP es una intervención prometedora como primera opción en el tratamiento de las autolesiones.

En consonancia con el descubrimiento de que la autoestima es una variable importante en la intervención, Hooley toma una ruta cognitiva. Piensa que los médicos podrían ser capaces de levantar la inclinación a los autolesionadores y ayudarles a cambiar el cómo son vistos a sí mismos de manera profundamente arraigada.

Por último, un aspecto que pudiera ayudar para contemplar en futuros tratamientos es el incluir el trabajo con la autoestima, pues de acuerdo con Hooley & Germain, (2014) la búsqueda de cambio en las creencias que las personas que se autolesionan tienen sobre sí mismas pudieran convertirse en una alternativa que apoye la mejoría de las personas que se autolesionan, trabajando en la creación una imagen más real y de mayor credibilidad sobre sí mismos, que contribuyan a aumentar su seguridad personal y que sus pensamientos hacia sí mismos sean más positivos, pues las personas que en su mayoría se gustan más a sí mismas, son menos propensas a la autolesión.

Capítulo 3 Suicidio

En este capítulo se pretenden abordar algunas definiciones sobre el suicidio, además de mencionar varios conceptos que son importantes para entender todo el contexto que rodea esta problemática, ya que el suicidio es estudiado desde la suicidología, por medio las llamadas autopsias psicológicas, los factores de riesgo, los factores protectores y sobre todo es importante conocer métodos que sean útiles y efectivos para diagnosticar el riesgo suicida y métodos de intervención.

3.1 Definición

La palabra suicidio proviene del latín *sui*, de sí mismo, y *caedere*, matar. Creado por Desfontaines (Guyot, 1685-1745), para designar «el acto mediante el cual una persona se quita voluntariamente la vida». Desde su incorporación conceptual hasta hoy, los autores le han concedido distintas interpretaciones y conceptos, y sigue siendo un asunto delicado y discutido.

Halbwachs (1930) propone que se denomine «suicidio toda muerte que resulte de un acto llevado a cabo por la propia víctima, con la intención o con miras de matarse, y que no es un sacrificio». Él no lo hizo, aunque penara y muriera en el campo de Buchenwald en marzo del 1945.

Para la OMS (2000) el suicidio es un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende tener los cambios. En 1970, identificó al acto suicida como un problema mayor de salud Pública, que ha estado siempre ligado a la humanidad y sus costumbres.

Para el Gran Diccionario de la Lengua Española (1996) la palabra suicidio proviene del inglés *suicide*; desde la etimología latina *sui* significa sí mismo y *caedere*, matar. Por lo que suicidio significa asesinarse o matarse.

De acuerdo con Durkheim (1974) el *suicidio* es un acto totalmente consciente e intencional, que busca como resultado final producir la propia muerte.

Para Cols (1992) el suicidio es un proceso dinámico de la interacción de los seres humanos con el futuro y su contexto sociocultural

Para Moron (1992) el suicida es alguien que alejó Dios de su vida, alguien que perdió la fe y la esperanza. Para este autor el suicidio es considerado como un autoasesinato.

El concepto de suicidio se encuentra asociado con el de temeridad, en esos casos se le define com acción hecha o proyectada por una persona que puede perjudicarla gravemente (op. Cit. P. 1651) Es así como surge el hecho de que se menciona “es un suicidio” puede describirse tanto alguien que se quita la vida voluntariamente como a alguien que arriesga su vida, aunque no pretnda consciente morir.

Mas allá de todos estos conceptos, el más claro es el expresado por la propia etimología: «*la muerte voluntaria de un individuo*», y que Menniger (1938), cargando de agresividad el acto, lo define como «*el asesinato de sí mismo*».

El suicidio es un hecho humano transcultural y universal, que ha estado presente en todas las épocas desde el origen de la humanidad, ha sido castigado y perseguido en unas épocas y en otras ha sido tolerado, manteniendo las distintas sociedades actitudes enormemente variables en función de sus principios filosóficos, religiosos e intelectuales (Bobes García, González Seijo & Saiz Martínez, 1997)

Para hablar del suicidio, es muy importante no dejar de lado que esta vinculado a las conductas autodestructivas, al intento de suicidio, a la ideación suicida, a la planeación, los gestos suicidas, la comunicación suicida, e incluso la forma en la que puede volverse colectivo.

De acuerdo con Reyes Zubiria (1999) hay dos tipos de conductas destructivas a las cuales llamó directas e indirectas:

Las primeras ponen en peligro la vida y tienen la intención expresa de matarse (dándose un tiro, ahorcándose, arrojándose al vacío etc). Las segundas ponen en peligro la vida sin la intención explícita de hacerse daño, manejo de un automóvil a alta velocidad, deportes de riesgo, abuso de sustancias., en donde no se busca directamente la muerte, sino la sensación placentera con el riesgo propio de dichas actividades.

El intento de suicidio es clasificado como una forma de lesión autoinfligida (INEGI, 2006) asociadas con éste se encuentran las conductas autmutilantes como son: quemarse, cortarse o escabarse la piel, rascarse hasta sacarse la sangre, borrar la piel hasta que salga sangre, golpearse a sí mismo, jalarse el cabello, insertarse por debajo de la piel o de las uñas, morderse, picarse diferentes áreas del cuerpo hasta el punto de sacarse sangre. Entre las razones que llevan a algunos adolescentes a realizar dichas conductas se encuentran: aliviar el sentimiento de vacío, castigarse a sí mismos, parar los sentimientos negativos o desagradables o para sentirse relajados (Spirito & Overholser, 2003)

Así mismo como sucede con el capítulo de autolesiones en donde es necesario expresar todo lo que el concepto lleva implícito, también en el caso del suicidio, en donde es necesario incluir varios conceptos que nos permitan comprender mejor como es que el proceso del suicidio y el riesgo suicida comienza desde la conducta parasuicida, la conducta suicida etc.

La conducta parasuicida incluye diversas conductas autodestructivas que pueden clasificarse en las siguientes categorías (Garrison 1991, en Betancourt, 2002):

Suicidio consumado: Ocuere cuando el sujeto se quita la vida.

Intento de suicidio: Tiene todos los elementos del suicidio completo, excepto que las personas sobreviven generalmente debido a las circunstancias.

Gesto suicida: Consiste en un acto simbólico de suicidio pero que no constituye serias amenazas de muerte.

Amenaza de suicidio: incluye decir o hacer algo indicando el deseo de autodestrucción.

Ideación suicida: Implica tener pensamientos o fantasías acerca de la muerte.

Muerte subliminal: Provocar la muerte o aproximarse al lugar donde el individuo es extremadamente vulnerable.

Suicidio Colectivo: La conducta suicida que llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidios lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto del grupo son los dependientes. Pueden implicar un gran número de personas, o tan solo dos, representa una forma extrema de identificación con la otra persona. Tienen a ocurrir en sectas y en situaciones con una gran carga emocional.

Suicidio racional: Una persona que inmerso en una enfermedad crónica, incapacitante, deterioro progresivo, toma la decisión de que suicidarse es la solución a su sufrimiento.

Intento de suicidio: Se engloban aquellos actos autolesivos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal.

El parasuicidio o lesión deliberada sería el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Forman parte del parasuicidio las autolaceraciones (como cortes en las muñecas), los autovenenamientos (ingestión medicamentosa) y las autoquemaduras.

Perez Barrero (1999/2000) durante su larga trayectoria en el estudio del suicidio, ha generados algunos conceptos importantes para entender cual es proceso del suicidio y algunas de sus clasificaciones y características.

Acto suicida. Incluye el intento de suicidio y el suicidio

Amenaza suicida. Expresiones verbales o escritas del deseo de matarse. Tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder (acto suicida) a personas estrechamente vinculadas con el sujeto que realiza la amenaza.

Antecedentes suicidas. Incluye, principalmente, los actos suicidas previos que haya realizado un sujeto. Puede ser utilizado también para referirse a la presencia de familiares que hayan tenido estos.

Cybersuicidio. Influencia de la información sobre suicidio aparecida en Internet en la incidencia de los suicidios en quienes navegan en la red de redes. Se pueden encontrar juegos suicidas, chistes suicidas y música para suicidas de preferencia rock metálico. Uno de los grupos más activos es alt. suicide. Holiday (ash) aparecido en la década de los 80, para aquellos que quieren discutir las opciones suicidas y para los que consideran el suicidio como una posibilidad abierta a todos. Se describen los métodos suicidas, desde los más conocidos y eficaces hasta los más frívolos, llegando a más de 40. Pueden aparecer notas suicidas y anuncios incitando al suicidio.

Circunstancias suicidas. Son aquellas particularidades que acompañan al acto suicida, entre las que se mencionan la localización o lugar donde ocurrió (familiar, no familiar, remoto, cercano), la posibilidad de ser descubierto (elevada, incierta, improbable, probable, accidental), accesibilidad para el rescate (pedir ayuda, dejar notas u otros indicios que faciliten ser encontrado, o por el contrario, tomar las precauciones necesarias para no ser descubierto), tiempo necesario para ser descubierto, probabilidad de recibir atención médica, etc.

Comunicación suicida. Son las manifestaciones conscientes o inconscientes de la tendencia suicida. Tales manifestaciones deben aparecer en determinado contexto para ser interpretado como tales. En ocasiones esto no es posible hasta después de ocurrido el suicidio, lo cual se investiga mediante la autopsia psicológica. La comunicación suicida se clasifica de la manera siguiente:

Comunicación suicida directa verbal. Es aquella en la cual se expresa explícitamente los deseos del sujeto de poner fin a su vida, “Lo que tengo que hacer es acabar de una vez por todas”.

Comunicación suicida directa no verbal. Es aquella en la cual se realizan determinados actos que indican la posibilidad de que se realice un acto suicida en breve plazo como; acceder a los métodos, dejar notas de despedida, repartir posesiones valiosas, etc.

Comunicación suicida indirecta verbal. Es aquella en la cual se expresan frases que no manifiestan las intenciones suicidas explícitamente pero si están implícitas en dicho mensaje, como en las siguientes frases:

“Quizás no nos volvamos a ver nuevamente”, “Quiero que me recuerden como una persona que a pesar de todo no fue mala”, “No se preocupen que no les daré más molestias”.

Comunicación suicida indirecta no verbal. Consiste en la realización de actos que, aunque no indican la posibilidad suicida inminente, están relacionados con una muerte prematura: hacer testamento, planificar los funerales, predilección por los temas relacionados con el suicidio, etc

Crisis suicida. Es aquella crisis en la que, una vez agotados los mecanismos reactivo-adaptativos creativos y compensatorios del sujeto, emergen las intenciones suicidas, existiendo la posibilidad que el individuo resuelva o intente resolver la situación problemática mediante la autoagresión. Este tipo de crisis requiere un manejo apropiado del tiempo, ser directivos, y tratar de mantener a la persona con vida como principal objetivo. Su duración es variable, de horas o días, raramente semanas y la resolución puede ser el crecimiento

Efecto Werther. Término propuesto por D. P. Phillips en 1974 para describir el efecto de la sugestión en la conducta suicida. Johan Wolfgang von Goethe en 1774 publicó su novela Las penas del joven Werther en la que se cuenta la historia de un hombre joven, talentoso, quien se sume en especulaciones, ensoñaciones, y desesperanzado por pasiones amorosas, se suicida mediante un disparo en la cabeza. Su venta tuvo que ser prohibida en diversos lugares de Europa porque desencadenó numerosos suicidios en jóvenes mediante el mismo método.

Gesto suicida. Amenaza suicida tomando los medios disponibles para su realización pero sin llevarla a cabo. También queda incluido el intento de suicidio sin daño físico de importancia

Idea suicida. El deseo de morir, disconformidad del sujeto con su manera de vivir, representación suicida consistente en fantasías pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado), sin un método determinado, sin planificación en la cual el sujeto solo expresa sus intenciones suicidas.

Intención suicida. Deseo deliberado de realizar un acto de suicidio.

Plan suicida. Pensamientos o ideas suicidas con una adecuada estructuración, sumamente grave para quien los presenta pues significa que desea suicidarse, utilizando un método específico y no otro, a determinada hora, por un motivo concreto, para dejar de vivir y ha tomado las debidas precauciones para no ser descubierto.

En los últimos años se ha empezado a distinguir entre conducta suicida mortal y conducta suicida no mortal. El comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos o e intentos) debe considerarse como un signo de riesgo (Pérez Barrero & Mosquera, 2002)

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10 (OPS, 1996) el suicidio es: un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y donde la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social. La definición de conducta suicida hace referencia a una serie de comportamientos relacionados con ideas de suicidio, tentativa de suicidio y suicidio consumado.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) la ideación y tentativas suicidas pueden ser vistas como fases previas al suicidio, esto significa que existe un desarrollo desde los pensamientos hasta la acción en las cuales se ha realizado un acto intencionado y auto-inflingido que amenaza contra la vida y con resultado de muerte. La tentativa de suicidio incluye aquellas situaciones en las que la persona ha realizado un acto en el que amenaza su vida con la intención

de ponerle fin o dar esa apariencia y sin que tenga como resultado la muerte. Hay que diferenciar «la tentativa de suicidio» del «suicidio frustrado», este último hace referencia a la situación en que una persona realiza una acción que acabará con su vida, pero un elemento imprevisto ajeno a su voluntad impide la consumación del suicidio.

Por último, los pensamientos suicidas incluyen comportamientos que tienden hacia una posible amenaza vital, pero sin que el acto se haya realizado.

Siguiendo el uso que la Guía del National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004) hace del término suicidio, se han eliminado de la definición las situaciones que hacen referencia a conductas de riesgo autolítico, pero que son aceptadas culturalmente o por creencias religiosas. En esta exclusión se podrían incluir muchos comportamientos relacionados con el consumo de tabaco, drogas, alcohol, restricción en la ingesta de alimentos o formas de protesta política.

3.2 Antecedentes

En México. El suicidio en la época prehispánica fue una variante del auto-sacrificio, el cual se practicó antes y después de la Conquista de México, según el historiador Patrick Johansson (Rouen, Francia, 1946). El momento más dramático en torno al suicidio prehispánico –denominado *nenomamictiliztli*–, se ha ubicado en el siglo XV, cuando se registró una baja importante de pobladores indígenas mexicas, al pasar de 25 millones en el año 1500, a tres millones en 1600, de los que un gran número falleció en la guerra y la enfermedad, y otros a causa de muerte auto-infligida.

En los últimos doscientos años el suicidio ha sido adjudicado por la sociedad en los al ámbito médico. El componente psiquiátrico del suicida tiene cada vez más peso en su explicación y justificación. como señala Cohen (2007), se trata de una «posición de la medicina que, en última instancia, se funda en un argumento sin salida, circular: un suicidio es moralmente permisible si es racional. Pero como es causado por un trastorno psíquico, ningún suicidio es racional. En consecuencia, si somos consistentes con esta posición, ningún suicidio es moralmente permisible».

La OMS definió el acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que se conozcan o no los verdaderos motivos, y el suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida (Pascual Pascual & Otros, 2005). Es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida. Aunque el espectro completo del comportamiento suicida está formado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado.

Al interpretar los resultados de un estudio realizado, Carroll (2014) encontró que en 20 notas suicidas escritas por personas que intentaron suicidarse y 20 notas escritas por personas que efectivamente se suicidaron. Las cuales se evaluaron en cinco dimensiones: sensación de carga, sensación del dolor emocional, escape de sentimientos negativos, vida social alterada y desesperanza. La mayor diferencia fue que las notas de quienes se suicidaron incluyeron mucho más detalle -comparadas con quienes sólo lo intentaron-, respecto a *cómo eran una carga para otras personas y para la sociedad en general*. La sensación de carga fue la *única* dimensión que distinguió las cartas suicidas de estos dos grupos. Por lo que la desesperanza, intensidad del dolor, y la creencia de que la muerte terminará el dolor fueron temas comunes en las cartas de ambos grupos. Cabe destacar que otros estudios han replicado estos hallazgos.

En general, las personas no cometen suicidio porque estén sufriendo, cometen suicidio porque piensan que no hay una razón para vivir y que el mundo estará mejor sin ellos”

Etiología del Suicidio

El suicidio es un síndrome pluricausal en que intervienen factores sanitarios y psicológicos incluyendo creencias, cultura y filosofía vital. Sus causas se han intentado explicar desde distintos modelos etiológicos (Maris, Berman & Silverman, 2000)

Etiología Biológica

Las personas que parecen tener cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles de serotonina en el cerebro. Se han detectado niveles bajos de un

metabolito de serotonina, el 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético) en el líquido cefalorraquídeo en individuos con potencial riesgo de suicidio (Teraiza & Meza, 2009).

Las conductas suicidas se han relacionados con hallazgos bioquímicos como: la excesiva actividad del sistema noradrenérgico, (Van Heeringen, 2003), la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal (Gmitrowicz & Kolodziej-maciejewska, 2001), la hipo colesterolhemia con altos niveles de cortisol sérico (controversias y datos contradictorios al respecto) (Vevera, 2006). Datos recientes muestran como los porcentajes reducidos de ácido docosaheptaenoico y bajas proporciones de Omega -3 en el perfil lipídico son predictores de riesgo suicida entre pacientes deprimidos (Sublette, 2006).

En un estudio sobre Perfiles Neurocognitivos se ha encontrado que en personas con Proceso suicida el Lóbulo Frontal es el área más afectada debido a un deterioro en las capacidades del estado mental y la teoría de la mente, en lo que refiere al procesamiento de la información, pues lo ideal sería que este se mantuviera dividido en procesamiento intelectual y afectivo, sin embargo en un perfil con proceso suicida este se estima que este se convierte en un procesamiento paralelo, impidiendo al individuo empatizar con el otro, tomar decisiones, planear, organizarse y cambiar su pensamiento recurrente, así como obtener control de sus impulsos.

Etiología genética

Respecto al ambiente familiar y social diferentes estudios han mostrado que el riesgo de suicidio es más elevado en los individuos con antecedentes familiares de suicidio. (Fu., 2002) Se ha afirmado que la tendencia suicida se decide en una zona del cromosoma 2 (Willour, 2007)

Aunque hay evidencia de factores genéticos que contribuyen al riesgo de conducta suicida, esto no significa que la conducta suicida es inevitable para los individuos con historial familiar; simplemente significa que tales personas pueden ser más proclives.

Etiología psicológica

Los tres trastornos psicológicos más importantes que se han asociado con los intentos suicidas son: fracaso en la resolución de problemas interpersonales, altos niveles de desesperanza con respecto al futuro y una mala regulación del afecto (Sidley, 2001). En la mayoría de las

ocasiones la persona que realiza un acto suicida pone en juego su vida para que su vida cambie, ya que lo que puede ir buscando es que su vida sea otra porque la vive está llena de un sufrimiento inaguantable.

También se han estudiado algunos rasgos característicos que pueden presentar tendencias suicidas como: la tendencia al aislamiento social, la presencia de una baja autoestima, baja autoeficacia, pobre autoconcepto, sentimientos de abandono y desesperanza, visión negativa de sí mismo y su entorno, niveles elevados de impulsividad. Los rasgos de personalidad más frecuentes en los adolescentes suicidas son hostilidad, impulsividad, rabia y baja tolerancia a la frustración. (Vallejo Ruiloba, 2005).

El suicidio es un homicidio contra uno mismo, en el que la agresividad que se siente hacia el entorno se dirige hacia uno mismo.

Dentro de los aspectos más destacados de la psicodinámica de los suicidas se encuentran: venganza, poder, castigo, reparación sacrificio, restitución, evasión, rescate, renacimiento, reunión con los muertos, vida nueva.

La probabilidad de que el acto se realice se incrementa cuando se sufre una pérdida de un objeto querido, cuando se experimentan afectos abrumadores de furia o culpa (Teraiza & Meza, 2009).

Desde el punto de vista psicoanalítico es suicidio se considera un acto “logrado”. Es decir, un encuentro siempre fallido con el Otro. En este sentido se constituye en un intento de lograr separar en el plano real lo que no se logra o se logra fallidamente en lo simbólico. En este sentido el suicidio es siempre un acto singular. Socialmente se suele buscar las causas que llevan a un suicidio, pero la causa de un suicidio estructuralmente es una causa vacía, que responde a una trama subjetiva singular. Es así que el rastreo con el fin de encontrar situaciones de malestar nunca lleva a buen puerto, porque un problema dado no basta para provocar suicidio.

Etiología Sociológica

Desde el punto de vista sociológico se pretende considerar los factores de riesgo que pueden incrementar el riesgo de cometer un acto suicida.

1. La frecuencia del suicidio entre varones es mayor que entre las mujeres, proporción que se mantiene estable en todos los grupos de edad. Sin embargo, los intentos de suicidio son mucho más frecuentes entre las mujeres (principalmente mediante intoxicaciones medicamentosas) que entre los hombres (OMS, 2000).

Los varones apelan a procedimientos violentos como horca, armas de fuego y precipitación y las mujeres a sobredosis o la inmersión.

2. Las tasas de suicidio aumentan con la edad, destacando la crisis de la mediana edad. Entre los varones, la máxima incidencia de suicidios se observa a partir de los 45 años; entre las mujeres los números más altos de suicidios consumados se registran después de los 55 años. En las personas de la tercera edad los intentos son menos frecuentes, pero el éxito es mayor (Huergo Lora & Ocio León, 2009)
3. La frecuencia de suicidios es más alta en varones de raza blanca, siendo las tasas menores en varones de raza negra y en blancos de origen hispano (Huergo Lora y Ocio León, 2009)
4. Las tasas de suicidio entre las poblaciones católicas han sido inferiores a la de los protestantes ya a la de los judíos, pero es importante señalar el grado de ortodoxia y de integración en esta categoría más que la simple afiliación religiosa institucional (Huergo Lora & Ocio León, 2009)
5. El suicidio es mayor entre los solteros, divorciados y viudos que en los casados, la ruptura de relaciones significativas ejerce un peso importante en la conducta suicida, la separación marital y el hecho de vivir solo aumenta el riesgo (Teraiza & Meza 2009)

6. A mayor nivel social de una persona, mayor es el riesgo suicida pero una caída en la escala social también aumenta el riesgo. Tienen más riesgo las personas desempleadas, lo que probablemente esté mediado por la pobreza, las privaciones sociales, las dificultades domésticas y la desesperanza (Huergo Lora & Ocio León, 2009)

Emile Durkheim fue el primero en explorar la influencia del contexto social y cultural sobre el riesgo de suicidio, menciona que los factores que pueden influir en la conducta suicida son: falta de lazos familiares o relaciones sociales relevantes, cuando por adversidad económica o social se rompe el vínculo entre el individuo o la sociedad a la cual pertenece. Postuló que el acto suicida era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista, y lo definió como todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado.

A cada sociedad le corresponde un número de suicidios. Los hay de tipo egoísta (se da en sociedades donde el individuo carece de integración), anímico (se da en sociedades cambiantes en la que se pierde el control social), fatalista (se da en sociedades con un alto grado de regulación social) o altruista (el suicida se limita a representar lo que es la voluntad de su sociedad, pues su acto intenta afirmar y prolongar sus significaciones: Se da en sociedades en las que el individuo se suicida por su sensación de pertenencia a la sociedad –kamikazes-.) (Durkheim, 1995)

La suicidología ha tomado un papel muy importante la cual ha surgido como una necesidad de estudiar el suicicio, uno de los pioneros en contribuir en el campo de la Prevención del Suicidio fue Edwin S. Shneidman (1918–2009), considerado como el padre de suicidología. Su legado está basado teóricamente, en las causas psicológicas y sociológicas del suicidio. Sostenía que la vida se enriquece con la contemplación de la muerte y el morir; y pensó en la Psicología como la ciencia necesaria en el estudio de estas formas de expresión de la compleja individualidad del hombre, consideraba al suicidio, como una crisis psicológica (Chavez,2010)

Para Shneidman el suicidio es un acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor entendida como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que define una cuestión en la que el suicidio es percibido como la mejor solución. Pensó en el suicidio como *psychache* o dolor psicológico intolerable. Sostenía que el objetivo del suicida es la búsqueda de una solución. El suicidio no es un acto sin sentido o al azar. Para las personas que piensan en terminar con su propia vida, el suicidio simboliza una respuesta a una complicación de otra forma insoluble o un modo de salir de algún problema intolerante (Leenaars, 2010).

3.3 Clasificación

Una de las clasificaciones más antiguas sobre suicidio es la que propuso Durkeim (en Bardet, p.7), quien los organiza en cuatro categorías:

Egoísta. El suicida se aparta del conjunto de los seres humanos. Resulta del debilitamiento de las normas sociales: la aparente libertad de la que goza el individuo le conduce efectivamente a la insatisfacción y finalmente a la desesperanza, como en nuestras sociedades occidentales actuales.

Altruista. Producto de la creencia de que el mundo social con sus normas y valores se desmorona. El individuo se sacrifica por fines sociales: como valores colectivos en sociedades primitivas. La presión social no es la causante del sacrificio de uno mismo, pero suministra el contexto que favorece tal acto. El suicidio debe ser socialmente valorado y que el individuo que se suprime esté convenido de que rinde servicio a la colectividad.

Anónimo. Comete por una lealtad extrema a una causa determinada. Surge de suicidias donde efecto de una transformación brutal (cambio tecnológico, crisis económica etc.) los principales puntos de referencia y valores comunes se derrumban en una persona.

Mixto. Combinación de los estilos anteriores.

3.4 Características

De acuerdo con Shneidman (1918-2009) hay diez características comunes a todo suicidio:

1. El propósito frecuente del suicidio es buscar una solución
2. El objetivo común es el cese de la conciencia
3. El estímulo común es el Dolor Psicológico Insoportable
4. El estresor común son las Necesidades Psicológicas Insatisfechas
5. La emoción común es la desesperanza, la desesperación
6. El estado cognoscitivo común es la ambivalencia
7. El estado perceptual común es la constricción (visión de túnel)
8. La acción común es escapar
9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida
10. La consistencia permanente de los estilos de vida

Las aportaciones primordiales de Shneidman han sido conceptuales, estableció el estudio del suicidio como un campo interdisciplinario, ideó muchos conceptos y vocablos como suicidología, autopsia psicológica, posvención, muerte sub-intencionada, dolor psicológico.

Se le atribuye a Shneidman la invención de la llamada autopsia psicológica, metodología basada en técnicas cualitativas y cuantitativas para la obtención de información de carácter histórico, clínico y antropológico, para el estudio del suicidio consumado.

A partir de esta visión crítica, definió la Suicidología como la ciencia de los comportamientos, los pensamientos y los sentimientos autodestructivos, del mismo modo en que la Psicología es la ciencia referida a la mente y sus procesos, sentimientos, deseos.

3.5 Indicadores de Riesgo

Las personas con riesgo suicida realizan manifestaciones prodrómicas del suicidio.

Los indicadores de riesgo pueden ser conscientes o inconscientes y, en muchas ocasiones, es una señal de una persona que no es capaz de expresar lo mal que se siente o una petición de ayuda.

Aunque no indican necesariamente el suicidio, es conveniente tener en cuenta los indicadores de riesgo siguientes: ((Maris, Berman & Silverman, (2000); Asociación de investigación, prevención e intervención del suicidio, 2009).:

1. Verbalizar frases que indican un acto suicida como “prefiero estar muerto” “cuando me muera me echaras de menos.
2. Escribir notas sobre el suicidio o la muerte
3. Pasar bruscamente de un estado de ánimo a otro diferente
4. Visitar a amigos y familiares en plan de despedidas
5. Acumular farmacos
6. Hablar sobre el suicidio, incluso bromeando
7. Sufrir una depresión mayor
8. Cambiar de hábitos alimenticios y del sueño
9. Perder el interés en actividades habituales
10. Abandonar a los amigos y a la familia
11. Aumentar el consumo de alcohol y de drogas
12. Provocar situaciones de riesgo innecesarias
13. Sufrir un aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales
14. Tener un comportamiento temerario
15. Tener un cambio en el comportamiento, en la actitud o en la apariencia del aspecto físico
16. Sufrir una pérdida importante o cambio de vida
17. Haber sufrido abuso sexual o maltrato físico
18. Tener una historia familiar de suicidio o violencia
19. Haber fallecido un amigo íntimo o miembro de la familia
20. Tener fracasos escolares
21. Provocar conflictos y peleas
22. Infligir la ley
23. Autolesionarse

24. Haber tenido una conducta previa de suicidio
25. Tener escaso o nulo apoyo de la familia y amigos
26. Sentirse marginado
27. Tener sentimientos de culpabilidad
28. Tener sentimientos de inutilidad y pérdida de autoestima
29. Ser rígido, con pensamiento obsesivo, con poca capacidad de resolución de problemas y un autoconcepto negativo (Rodríguez, 1990)
30. Expresar sentimientos de desesperanza

Además, toda persona antes de realizar un acto suicida evidencia una serie de síntomas que constituyen el síndrome presuicidal (Ringel 1949, citado por De Leo, 1998), que consiste en un retraimiento de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas sino hacia sí y la existencia de fantasías suicidas (FEAFES, 2006)

3.6 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo hacen referencia a las características individuales o ambientales que aumentan la probabilidad de que una persona pueda cometer un acto suicida. Unos factores pueden tener más peso que otros, y sobre todo la combinación de varios factores de riesgo.

Aunque los datos tienen algunas diferencias (OMS, 2001; García de Jalón, 2002; Pascual Pascual y otros, 2005; Maris, Berman y Silverman, 2000); OMS (2009), en general se podría establecer que son factores de riesgo:

- No tener ideales religiosos. Se han encontrada tasas menores de suicidio en creyentes y practicantes frente a no creyentes.
- Vivir en zonas con aislamiento social (sobre todo en las zonas deprimidas de las grandes ciudades, pero también en áreas rurales despobladas).

- Padecer trastorno mental: En más del 90 % de los casos existe enfermedad psiquiátrica concomitante (Moscicki, 2001).

Por orden de frecuencia tenemos:

- Trastornos del humor (afectivos): El riesgo de suicidio es de un 15% a un 20%, siendo mayor en la depresión mayor y en el trastorno bipolar. El suicidio es más probable en el trastorno bipolar que en el trastorno unipolar y mucho menor en las formas crónicas. Es menos frecuente en la primera etapa de quejas afectivas. El riesgo aumenta en las formas graves (depresión mayor) y con la edad (depresión en el anciano). También se observa un aumento del riesgo de suicidio al comenzar el tratamiento antidepresivo, ya que mejora la inhibición psicomotora antes que el ánimo depresivo.

Las depresiones estacionales también pueden influir en la relación entre depresión y suicidio y explica el leve aumento del suicidio en primavera y otoño (Lee, 2006).

- *Drogodependencias.* En el alcoholismo se da una la tasa de suicidios del 15 %. La incidencia es algo menor en otras drogodependencias (10 %), como el consumo de opiáceos y cocaína. De manera que el abuso del alcohol y de sustancias psicoactivas influyen en el 25% de los suicidios y facilitan la aparición de ideas suicidas.
- *Esquizofrenia.* La tasa de suicidios es del 10% y el 30% de los sujetos esquizofrénicos realizan tentativas de suicidio (Gómez Macías Et., 2007) Se asocia a la actividad alucinatoria y a la depresión. Los trastornos esquizofrénicos son momentos de especial riesgo los primeros años de la enfermedad o las semanas subsiguientes a un alta hospitalaria. Se da más en jóvenes, en los primeros cuatro años de evolución de la enfermedad y asociado a las repetidas agudizaciones de la misma y a tentativas de autolesiones (Robinson, 2010)
- *Trastornos de la personalidad.* Los trastornos de mayor riesgo son el tipo disocial y el trastorno de la personalidad borderline o límite y aquellos trastornos que se caracterizan por conductas impulsivas.

- Trastorno alimentario y dismórfico corporal oscila entre el 16% y un 39% (Toro & Castro, 2005).
- Síndromes mentales orgánicos: Se incluyen la demencia y la enfermedad de Parkinson, fundamentalmente.

Tener una historia de intentos y amenazas de suicidio:

Hay una historia de intentos previos entre el 25% y el 50 % de los actos consumados.

Existe una tendencia a repetir los mismos gestos suicidas.

Estar en el grupo etéreo que corresponde a los jóvenes (15-34 años) o a la tercera edad (>65 años) (Qin, Agerbo & Mortensen, 2003) (Qin, 2005).

En el varón la frecuencia aumenta con la edad, con una incidencia máxima a los 75 años. Consuman el suicidio 2-3 veces más que las mujeres.

En las mujeres la edad de mayor incidencia está entre los 55 y 65 años. Intentan suicidarse 2-3 veces más que los hombres.

Estar comprometido en los siguientes grupos sociales (Qin, Agerbo & Mertensen, 2003) (Qin, 2005):

Estado civil: Solteros, viudos, separados y divorciados.

Soledad: Vivir solo, pérdida o fracaso de una relación amorosa en el último año.

Pérdida del rol o status social.

Tener problemas graves en el área familiar (pérdida de personas queridas, familiares con trastorno mental o abuso de drogas, familiares con conducta suicida, violencia física, psíquica o sexual en la familia), en el área social (aislamiento social) o en el laboral (pérdida de trabajo, quiebra económica, acoso-conflicto laboral).

Presencia de armas de fuego en el hogar.

Estar encarcelado o recién exarcelado.

Padecer una enfermedad física que curse con dolor crónico o una enfermedad que genere incapacidad o sea crónica o terminal (cáncer, VIH, esclerosis múltiple, discapacidades motoras, visuales o auditivas...) o una lesión invalidante o deformante.

Los factores de riesgo del suicidio varían de acuerdo a la edad, el sexo y las influencias culturales y sociales, y pueden modificarse a lo largo del tiempo. Por lo general, los factores de riesgo de suicidio se presentan combinados. A continuación, se incluyen algunos de los factores de riesgo que pueden presentarse:

Factores de riesgo suicida en la niñez

En la infancia los factores de riesgo se deben detectar, principalmente, en el medio familiar en el que vive el menor. Hay que tener en cuenta si fue un niño deseado o no, pues en este último caso existirán en mayor o menor grado, de forma explícita o encubierta, diferentes manifestaciones de rechazo, con la lógica repercusión psicológica en el menor.

Por un lado, los padres demasiado jóvenes pueden tener hijos con problemas con la educación del niño debido a la inmadurez psicoafectiva. Por otro, los padres demasiado mayores pueden tener dificultades en el cuidado de sus hijos por la disminución de la energía vital que impida satisfacer las demandas del niño, lo que provoca actitudes que pueden ir desde la sobreprotección más extrema hasta la permisividad absoluta.

El trastorno mental (trastorno de la personalidad disocial o de inestabilidad emocional o un trastorno depresivo o drogodependencia o esquizofrenia) de alguno de los progenitores puede ser un factor de riesgo en los hijos.

También tiene un factor de riesgo el niño con características psicológicas de disforia, agresividad, hostilidad, manifestaciones de trastorno del control de los impulsos, con escasa tolerancia a la frustración, incapaces de demorar la satisfacción de sus deseos, demandantes de atención y afecto, con intentos suicidas previos, manipuladores, que asumen el rol de víctima;

celosos de los hermanos, susceptibles y rencorosos, que expresan ideas de morir o suicidas, tímidos, con pobre autoestima y pasivos son más susceptibles de realizar un acto suicida.

Las patologías mentales graves en el niño también es un factor de riesgo.

El clima emocional en el cual convive el menor es otro factor de riesgo, ya que un entorno familia desorganizado, un hogar roto, con discusiones y peleas frecuentes entre los padres o donde haya maltrato psicológico en forma de rechazo manifiesto, humillaciones y vejaciones, o un hogar sin normas de conductas de cada miembro de la familia pueden generar un caldo de cultivo para la realización de un acto suicida.

También hay que valorar la presencia de familiares, principalmente padres, hermanos y abuelos, con antecedentes de comportamiento suicida, por la posibilidad del aprendizaje por imitación. La existencia de amigos o compañeros de escuela con dicha conducta, también pueden predisponer a la realización de este acto.

Además, otros factores de riesgo pueden ser:

- Relaciones afectivas deterioradas (divorcio de los padres, separación, muerte de un ser querido).
- Problemas en la escuela con los compañeros o con los profesores.
- Querer reclamar afecto y atención.
- Desear castigar a otros.
- Reunirse con un ser querido fallecido.

La existencia de un motivo no desencadena habitualmente un acto suicida de inmediato, por impulso, sino que el niño comienza a dar una serie de señales en su conducta que de manera general se manifiestan en cambios de comportamiento en la casa o en la escuela, en los hábitos alimenticios, en los hábitos de sueño, en el estado de ánimo, en los juegos y el ocio.

Factores de riesgo suicida en la adolescencia

La adolescencia es un período del desarrollo de mucho estrés lleno de cambios muy importantes: cambios en el cuerpo, cambios en las ideas y cambios en los sentimientos. El

intenso estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión por el éxito, y la capacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista influye en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones. Para algunos adolescentes, los cambios normales del desarrollo, a veces acompañados por otros hechos o cambios en la familia como el divorcio o la mudanza a una nueva comunidad, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden causar gran perturbación y resultar abrumadores. Los problemas pueden apreciarse como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar. Para algunos, el suicidio puede parecer una solución

En el hogar, además de los factores de riesgo mencionados en la niñez, hay que tener en cuenta aquellos que lo abandonan de manera permanente muy jóvenes; la identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos; convivencia con un enfermo mental como único pariente; dificultades socioeconómicas; permisividad en el hogar de determinadas conductas antisociales, lo que las refuerzan; presencia entre los familiares directos de personalidades antisociales, criminales... (Buendía Vidal, 2004).

Estos factores pueden agruparse en cuatro áreas: características personales, características familiares, circunstancias de vida y medio ambiente. En cuanto a la psicopatología, se menciona que más de 90 % de los adolescentes suicidas ha tenido al menos un trastorno psiquiátrico importante (Beautrais, 2001) los trastornos depresivos son consistentemente los más prevalentes.

Entre las características de personalidad de los adolescentes suicidas se ha encontrado la impulsividad, dificultad de manejar la agresión y el aislamiento social (Lucio E, Loza G, Durán C., 2000)

Recientemente se ha revalorado el papel de los rasgos de la personalidad en la identificación de adolescentes en riesgo suicida, considerando que algunos rasgos más promisorios en este sentido son la agresión, la impulsividad y la hostilidad, además de la depresión. Al estudiar la relación entre personalidad y suicidalidad en los adolescentes, Brezo, Paris, y Turecki conformaron tres constelaciones en la personalidad del adolescente suicida que se correlacionan con la suicidalidad.

La primera se caracteriza por agresividad e impulsividad combinada con una hipersensibilidad a eventos de vida menores; la segunda, por narcisismo y perfeccionismo e

incapacidad de tolerar el más mínimo fracaso, con una estructura de personalidad esquizoide subyacente; y la tercera, por desesperanza en combinación con una depresión subyacente.

(Krysinska, Heller & De Leo, 2006) indican que los desórdenes de la personalidad y su comorbilidad constituyen factores de riesgo para la conducta suicida, tanto para intentos letales como no letales de quitarse la vida.

(Pompili, Girardi & Amedeo, 2011) tras un metaanálisis acerca de la relación entre suicidio y personalidad limítrofe o borderline, y concluyeron que la principal causa de muerte en los pacientes borderline es el suicidio.

(Enns, Cox e Inayatulla, 2003) analizaron los perfiles de personalidad de 78 adolescentes admitidos en una unidad de hospitalización psiquiátrica por ideación e intento suicida, con relación a las recaídas. Encontraron que la neurosis se asoció con depresión postratamiento e ideación suicida. Los autores concluyeron que la ideación suicida y la neurosis predijeron las recaídas después de un año de haber sido dados de alta.

Por su parte, (Firscht, Donaldson & Spirito, 2000) encontraron en un grupo de adolescentes que habían intentado suicidarse, que el malestar afectivo parece ser la característica más predominante en estos adolescentes.

De acuerdo con (Hernández & Lucio, 2008), algunos factores de riesgo pueden ser dificultades para socializar, malestar depresivo, marcada impulsividad e inmadurez, e incluso sugiere que estos últimos no sean incluidos en grupos grandes, pues podrían funcionar como líderes negativos.

En otro estudio realizado por (Hernández & Alexandre-García, 2015) nos habla de cómo el riesgo de malestar psicológico asociado al riesgo suicida y la ideación suicida es hasta tres veces mayor para los fumadores consuetudinarios. Con respecto al consumo de alcohol, esta asociación aún cuando es menor existe con el malestar emocional asociado al riesgo de suicidio, con depresión y desesperanza, de acuerdo con lo señalado por (Lucio et al., 2012)

Para Eguiluz (2014) las familias de las personas en riesgo pueden ser identificadas como no relacionadas o desligadas, por lo que es importante observar la relación familiar al interior del

grupo familiar, conocer el vínculo emocional que existe entre los miembros de la familia, pues es probable que los jóvenes con riesgo suicida perciban a su familia con ausencia de reglas y consecuencias pertinentes (premios y castigos) que les permitan saber como comportarse.

En el aspecto social, los medios de comunicación pueden influir en presentar como un modelo a seguir u admirable la conducta si se invierte de una cualidad positiva. También pueden aumentarlo la falta de apoyo social, la posibilidad de adquirir drogas, armas de fuego, etc.

Para (Haw et. al., 2005) Pacientes con depresión arrojan niveles mas altos en cuanto a intentos de suicidio, aunque con poca efectividad.

La adolescencia es la edad o periodo en que con más frecuencia comienza el trastorno esquizofrénico o la drogodependencia.

De manera que algunos de los factores de riesgo que pueden presentarse en la adolescencia son:

- Trastorno mental o drogodependencia.
- Comportamientos impulsivos.
- Acontecimientos vitales estresantes no deseados o pérdidas recientes (ruptura familiar, separación de los padres y falta de comunicación con los padres).
- Antecedentes familiares de trastorno mental o drogodependencia.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Violencia familiar (abuso físico, sexual o verbal/emocional).
- Intento de suicidio previo.
- Presencia de armas de fuego en el hogar.
- Encarcelación.
- Exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluida la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción.

Por tanto, para el adolescente debe valorarse como riesgo de suicidio (Pérez Barrero, 2002):

1. La conducta suicida (idea suicida, gestos, amenazas y plan de suicidio, método que va a emplear, circunstancias en que lo realizaría, etc.).
2. Clima familiar (relaciones desarmónicas con padres, violencia familiar, padres con enfermedad mental, familiares con conducta suicida).
3. Cuadro clínico (enfermedad mental, especialmente depresión, esquizofrenia y conducta suicida previa del adolescente).
4. Estado psicológico (desesperanza, sentimientos de soledad, angustia, sentimientos de culpa, consumo de drogas, depresión, ira, agresividad...).
5. Acontecimientos vitales estresantes (muerte de algún familiar, fracaso amoroso con pérdida de la relación afectiva, conflictos con amigos, en la escuela, problemas familiares, etc.).

Se ha afirmado que la desesperanza es más importante que la depresión para explicar ideaciones suicidas, aunque ambas son variables relevantes ante el acto suicida (Beck, 1993).

Se debe considerar el acto suicida en la adolescencia como un punto en el *continuum* de los problemas conductuales en cuestión y la necesidad de establecer diferencias entre los estresores crónicos de sus vidas y los estresores agudos que pueden precipitar la conducta suicida.

Es posible que los adolescentes no busquen ayuda para los pensamientos suicidas porque creen que nada ayudará o son renuentes a comentarle a alguien que tienen problemas o piensan que buscar ayuda es un signo de debilidad o desconocen dónde pueden acudir para pedir ayuda (Pérez Barrero, 2002).

Por otro lado, se ha demostrado que la exposición directa o indirecta al suicidio o las conductas suicidas precede al aumento en las conductas suicidas (contagio) en personas en riesgo de suicidio especialmente en adolescentes y jóvenes.

3.7 Factores de Protección

Los factores de protección (Maris, Berman & Silverman, 2000) hacen referencia a aquellas características que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad de que la persona cometa un acto suicida.

En general se ha señalado que los factores protección frente al suicidio son una familia estable, cohesionada y con canales de comunicación abiertos, amistades profundas, valores sólidos y bien fundamentados, las tradiciones que fomentan los vínculos con la red social y un sentido trascendente de la vida.

Factores de protección en la niñez

Una familia estructurada y estable con un clima emocional y afectivo con comprensión cariño y comunicación adecuada, fuertes lazos entre sus miembros y con relaciones armónicas entre los padres.

Factores de protección en la adolescencia

La promoción de salud para prevenir esta conducta debe involucrar no sólo a profesionales de la salud pública, sino a otras personas que se relacionan, muchas veces durante mayor cantidad de tiempo, con los adolescentes, como son: los familiares, los maestros y los propios adolescentes.

Principalmente hay que promover los modos de vida saludables entre ellos, como la práctica sistemática del deporte, una sexualidad responsable, no hábitos tóxicos, desarrollar múltiples intereses que les permitan un uso adecuado de su tiempo libre, entre otros.

La protección específica se haría sobre aquellos en desventaja biopsicosocial, como los que hayan sido niños con riesgo suicida o los que en la propia adolescencia hayan acumulado diversos factores de riesgo hasta ese momento ausentes. Entre estos se encuentran los que hayan realizado una tentativa de suicidio o un suicidio frustrado; los que presenten alteraciones en su comportamiento sexual en forma de precocidad, promiscuidad, abortos, embarazos no deseados u ocultos, masturbación compulsiva, que hayan sido víctimas de abuso sexual, violación u otro delito de esta índole. También hay que tener en cuenta las variaciones en el comportamiento escolar, como las dificultades en el rendimiento habitual, las fugas o deserción escolar, el desajuste vocacional, las dificultades en las relaciones con maestros y profesores, la presencia de amistades con conducta suicida previa, la inadaptación a determinados regímenes escolares o militares (Pérez Barrero, 2002)

Con los adolescentes es conveniente que se disponga de un ambiente familiar, de amistad y escolar de comprensión y apoyo. Es importante también que tanto la familia como la escuela orienten en las competencias, potencien la integración y la interrelación, facilitando la adquisición de habilidades, fomentando la autoestima y el autocontrol, capacitándoles para llegar a ser consecuentes con sus principios, integrados en su grupo y responsables con los compañeros, combinando diferentes técnicas tanto grupales como individuales (discusiones en grupo, estudios de casos, modelado, juego de roles, ejercicios de habilidades prácticas)

Por tanto, se trata de un aprendizaje personalizado, de participación activa tanto en el ambiente familiar como escolar.

Como es posible observar el número de suicidios consumados es relativamente bajo entre los niños y adolescentes si se compara con el de los adultos. Sin embargo, la conducta suicida no solo incluye los suicidios consumados, sino también los intentos de suicidio y la ideación suicida. Al considerar toda esta gama de conductas suicida en su conjunto se observa que este tipo de psicopatología es prevalente sobre todo entre adolescentes y en menor grado en niños.

El suicidio como ya se ha hablado en el capítulo 1, se considera un síntoma de trastornos como la depresión. En efecto la depresión está ligada al suicidio en niños y adolescentes y se ha hallado constructos de desesperanza, relacionados con la depresión que pueden predecir la conducta suicida. Así como la impulsividad y la conducta de agresión. No obstante, las influencias y las alteraciones familiares, los altos niveles de estrés en el colegio y en las relaciones sociales.

3.8 Prevención e Intervención

La multicausalidad del fenómeno del acto suicida sugiere que las estrategias de prevención deben ser también múltiples y deben aplicarse en conjunto para lograr efectividad. No hay una solución unívoca en la prevención del suicidio y el mejor abordaje es un enfoque multidisciplinario, y a la vez desde un plano individual y de salud pública.

El enfoque de la prevención del suicidio a nivel individual enfatiza el diagnóstico, el tratamiento y seguimiento del trastorno mental (depresión, esquizofrenia, drogodependencia y estrés).

Estas consideraciones han llevado a la propuesta de una categoría diagnóstica separada, es decir, trastornos suicidas en la niñez y en la adolescencia a fin de incluir la ideación suicida y las conductas auto deliberadas (King et al., 1992)

En la parte psicopatológica del niño y el adolescente de acuerdo con (Rodríguez Sacristán,1995) el concepto de conducta suicida en la infancia y en la adolescencia se explica en cuatro apartados: Suicidio consumado, tentativa de suicidio, amenaza de suicidio e ideación suicida.

En el suicidio consumado se incluyen actos autoinfligido por el niños o joven y que dan por resultado su propia muerte. Ante la practica este diagnóstico no es fácil ya que se presentan dificultades entre acto suicida y acto accidental, imprudencia o conducta temeraria.

La tentativa o intento de suicidio o parasuicidio se refiere a todo acto realizado por el niño o joven sin llegar a tener como resultado la muerte, es realizado de forma deliberada contra sí mismo. En esta definición se incluye la voluntariedad del acto, en donde ya muchos autores deban si debe estar presente o no el deseo de muerte en la consumación del acto suicida y no se incluye en el concepto la causa subyacente al acto en sí mismo.

La ideación suicida incluye los pensamientos inespecíficos sobre el caso o nulo valor de la vida, hasta pensamientos inespecíficos sobre el escaso o nulo valor de la vida, hasta pensamientos concretos acerca de la consumación de un suicidio o las amenazas.

Por lo que se deben tomar en cuenta contenidos fundamentales:

1° El suicidio en la infancia y la adolescencia no es un proceso psicopatológico, sino una conducta.

2°Es una conducta voluntaria y con plena conciencia del sujeto.

3° La mayoría de los autores consultados constata que en la infancia y la adolescencia la conducta suicida es un continuo que se origina en la ideación, la amenaza, las posibles tentativas y puede finalizar con el suicidio consumado.

Por lo que como parte de estos factores es importante tener en cuenta algunas dimensiones del problema: imprecisión en las definiciones, dificultades para diferencias entre suicidio-accidente-juego en algunas situaciones concretas, factores de tipo religioso y/o cultural, inscribir en la notificación de la causa de fallecimiento otro motivo más inmediato.

Afortunadamente pese a toda esta situación alarmante, existe ya un enfoque de salud pública que se encuentra dedicado a buscar y desarrollar constantemente estrategias para la prevención del suicidio por lo que algunas de ellas con las que ya se cuenta son:

- Realizar campañas de salud mental, diagnóstico precoz del abuso de drogas, de la depresión y del estrés.
- Realizar programas específicos de prevención del suicidio y evitar la estigmatización de la conducta suicida.
- Controlar el acceso a los medios para cometer suicidio. Existe evidencia que el control de la posesión de armas disminuye la tasa de suicidio, así como el control del uso de medicamentos y pesticidas. Otras medidas pueden incluir el cercado de puentes de gran altura y de ventanas en edificios altos.
- Apoyo a los medios de comunicación para que la información se adecue a la prevención: Formación de periodistas en el manejo de la información sobre la conducta suicida, ya que los medios de comunicación pueden jugar un papel proactivo en ayuda a prevenir el suicidio.

La prevención del acto suicida comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de niños y jóvenes, el tratamiento eficaz de las enfermedades mentales y el control de los factores de riesgo.

Aunque se han identificado factores de riesgo de la persona con alto riesgo de suicidio, no hay una medida definitiva para prevenir el suicidio y muy pocas personas con estos factores cometerán suicidio.

Los esfuerzos para prevenir el suicidio deben estar basados en las investigaciones, que muestran qué factores de riesgo y protección pueden ser modificados y qué grupos de personas son los más apropiados para la intervención (Public Health Service, 2001).

Para prevenir el intento y el suicidio consumado, es primordial conocer los factores de riesgo, que son aquellos que los predisponen.

Una difusión apropiada de información y una campaña de sensibilización social del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención, pero la prevención del suicidio se puede subdividir en tres tipos:

1. Prevención general que es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológicos, sociales, institucionales, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones de manejar los acontecimientos vitales estresantes y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar. De acuerdo con la OMS (2017) una forma de trabajo en la prevención del suicidio es la evaluación de posibilidad de daño autoinfligido o intento de suicidio en personas con trastornos prioritarios mentales, nerviosos o por abuso de sustancias.

Así mismo nos dice que durante el reconocimiento inicial y a intervalos regulares según sea necesario, el personal sanitario no especializado debe preguntar acerca de pensamiento o planes de hacerse daño a sí mismo en el último mes o dañarse a sí mismo en el último año a las personas mayores aquejadas de depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol o drogas ilícitas y a las personas que acuden a consulta por dolor crónico o angustia aguda relacionada con un conflicto interpersonal, una pérdida reciente y otros acontecimiento vitales graves.

Mientras la persona albergue pensamiento o planes de hacerse daño o haya cometido actos con esta finalidad, se le debe aconsejar a ella, a la familia y a otros allegados que restrinjan el acceso a posibles medios de hacerse daño (por ejemplo, plaguicidas y otras sustancias venenosas, medicamentos, armas de fuego.)

En el caso de las personas con pensamientos o planes para hacerse daño en el último mes o que se hicieron daño en el último año, es mejor que el personal sanitario del centro no especializado establezca el contacto regular (por teléfono, mediante visitas a domicilio, por carta,

mediante tarjeta de contacto, intervención breve y contacto). Al principio los contactos deben ser más frecuentes, pero se irán espaciando a medida que el paciente mejore. Según el trastorno de que se trate, el contacto debe ser más intensivo o prolongado.

El contacto regular (por teléfono, mediante visitas a domicilio, por carta, mediante tarjeta de contacto, intervención breve y contacto) con el personal sanitario del centro asistencia no especializado se debe considerar en el caso de las personas que declaran espontáneamente tener pensamientos de hacerse daño, o que en el caso de las personas que declaran espontáneamente tener pensamiento de hacerse daño, o que han trazado planes de hacerse daño en el último mes.

El método estructurado de resolución de problemas debe considerarse como una forma de tratamiento de las personas que en el último año se han lesionado a sí mismas, siempre y cuando se cuente con el personal suficiente (por ejemplo agentes sanitarios de la comunidad bajo supervisión).

El método estructurado de resolución de problemas debe considerarse como una forma de tratamiento de las personas que en último año se han lesionado a sí mismas, siempre y cuando se cuente con el personal suficiente (por ejemplo, agentes sanitarios de la comunidad bajo supervisión)

No se recomienda el internamiento en servicios no especializados de los hospitales generales con el objetivo de evitar lesiones autoinfligidas por parte de las personas que han cometido actos de esta naturaleza. No obstante, puede ser necesario internarlas en un hospital general para atender las consecuencias médicas de dichas lesiones; en estos casos, será necesario vigilar estrechamente al paciente para evitar que vuelva a intentar hacerse daño mientras se encuentra en el hospital.

Cuando el agente sanitario está preocupado por el riesgo inminente de lesión autoinfligida por parte de un paciente (por ejemplo, cuando este se pone violento, está muy agitado o se niega a comunicarse), debe remitirlo a un servicio psiquiátrico o de salud mental. Si ello no es posible, habrá que movilizar a la familia, los amigos y otros recursos para vigilar estrechamente al paciente mientras persista el peligro.

Desde el punto de vista de la población, se recomienda restringir el acceso a los medios para hacerse daño (como plaguicidas, armas de fuego, lugares elevados).

Se debe establecer la colaboración entre el sector sanitario y otros sectores pertinentes, e involucrar activamente a la comunidad para hallar formas localmente factibles de aplicar intervenciones colectivas para reducir los medios para hacerse daño a fin de disminuir las muertes por suicidio, los intentos de suicidio y las lesiones autoinfligidas.

A escala de la población, se deben elaborar políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol como componente de una estrategia completa de prevención del suicidio, particularmente en los grupos donde hay una prevalencia elevada de dicho consumo.

A escala de la población, la información responsable acerca de los suicidios (por ejemplo, abstenerse de utilizar un lenguaje sensacionalista o de presentar el suicidio como la solución a un problema); evitar fotos y la descripción detallada del método utilizado; y ofrecer información sobre dónde se puede obtener ayuda) se recomienda para reducir los comportamientos suicidas. El sector de la salud debería ayudar y alentar a los medios de información a fin de que estos apliquen prácticas periodísticas responsables en relación con el comportamiento suicida. Los grupos de autoayuda permiten el encuentro con otras personas para compartir sentimientos y experiencias, lo que puede aportarle consuelo.

La prevención del acto suicida no es un problema exclusivo de las instituciones de salud mental, sino de toda la comunidad, sus organizaciones, instituciones e individuos.

La intervención precoz en la persona con riesgo de suicidio es necesaria y las amenazas e intentos de suicidio siempre tienen que tomarse en serio, porque casi un tercio de las personas que intentan suicidarse vuelven a intentarlo en un período de un año y cerca del 10% de los que amenazan o intentan suicidarse terminan consumando el acto (Pérez Barrero & Mosquera, 2002).

Es necesario como medida de prevención disponer de recursos humanos donde se realice una labor de escucha y comprensión para evitar que la persona realice el acto suicida (servicios de línea telefónica directa), ya que nunca se debe ignorar una amenaza o intento de suicidio.

Generalmente una persona con conducta de riesgo suicida es una persona muy infeliz que piensa en suicidarse por no tener otras formas de adaptarse a acontecimientos vitales estresantes.

El abordaje y evaluación de la persona con conducta suicida desde salud mental es necesaria y tiene que realizarse forma inmediata.

Se considera útil conocer las diez características comunes en toda persona con conducta suicida para realizar lo adecuado en cada momento (Shneidman, 2001):

1. El dolor psicológico es insoportable, por lo que hay que reducirlo utilizando la comprensión y escucha, favoreciendo cualquier tipo de expresión emocional que sirva de válvula de escape de ese dolor.

2. Es conveniente tener en cuenta la frustración de las necesidades psicológicas y aceptar como reales dichas necesidades y ser imparcial.

3. Se debe dar oportunidad al sujeto a que manifieste su situación y entender que para él la solución del acto suicida es seria, por lo que se puede preguntar si ha considerado otras soluciones que no sea el suicidio e invitarle a pensar en otras alternativas e informarle que usted le ayudará a ello.

4. Es necesario brindar apoyo emocional.

5. Es conveniente reconocer los sentimientos de desesperanza y no combatirlos con expresiones pesimistas, pues en ocasiones estos síntomas responden a depresiones graves que no se modifican con buenas intenciones y consejos.

6. Ante la ambivalencia que pueda manifestar la persona, es necesario buscar alternativas más positivas y reforzarlas.

7. La constricción debe ser reconocida precozmente y explorar otras opciones que permitan una visión más amplia de posibilidades de solución a los problemas.

8. Se debe estar alerta sobre los mensajes de la intención suicida, porque pueden ser el preludio de la conducta suicida. Por ello, es imprescindible interrogar sobre la presencia de idea o un plan suicida.

9. Ante la posibilidad de acto suicida se debe escuchar y actuar con rapidez, pues en esta condición el individuo está en el límite de sus posibilidades para realizar el acto suicida, y es necesario restringir los métodos mediante los cuales el sujeto pueda dañarse.

10. Es necesario prestar atención a los rasgos de personalidad de la persona, ya que se pueden poner de manifiesto en el comportamiento durante la entrevista, así como sus anteriores formas de reaccionar en situaciones críticas.

La primera ayuda psicológica es una intervención inmediata de apoyo que tiene de a restablecer una cierta estabilidad emocional, y que puede realizarla tanto un médico de atención primaria, psiquiatra, un psicólogo como un vecino, un amigo, un familiar o un compañero de estudios o de trabajo. Esta primera ayuda (Matusevich y Pérez Barrero, 2009) puede consistir en:

- Escuchar de forma empática, sin crítica (no se juzga, ni se interroga, ni se aconseja, ni se opina).
- Crear un ambiente de apoyo, comprensión y aceptación incondicional, aceptando sus sentimientos y a la persona con riesgo de suicidio y mostrando interés por ella.
- Formular preguntas abiertas para facilitar la expresión de sentimientos y pensamientos y generar un clima de confianza.
- Generar alternativas y estrategias ante los problemas que plantee sin dar consejos.
- No expresar confidencialidad.?
- Evaluar el peligro suicida y preguntar directamente si es necesario, no se puede ignorar o no explorar el peligro suicida.
- Tomar las decisiones prácticas y necesarias para proteger a la persona con riesgos suicida, siendo directivo e implicando a familiares y medios sanitarios.

Si la persona ya ha realizado una tentativa de suicidio, la primera medida es salvar su vida, por lo que hay que apoyarse en un médico que evalúe los posibles daños e imponga el

tratamiento oportuno que impida futuras secuelas. Pero si el sujeto está en condiciones de cooperar, se debe facilitar la comunicación con la intención de conocer cuál ha sido el móvil que explica dicha conducta (Maris, Berman & Silverman, 2000).

Algunas señales de intento suicida pueden ser:

1. Poder descansar del agobio de una situación intolerable.
2. Expresar rabia, inconformidad, frustración.
3. Brote de una enfermedad psiquiátrica de relevancia.
4. Reacción ante la pérdida de una relación afectiva.
5. Chantaje emocional y reclamación de apoyo.
6. Agredir a otros.

Evitar el dolor físico o la enfermedad fatal. Ante indicios del acto suicida es conveniente tratar de averiguar si existe un riesgo inmediato de suicidio, preguntando si tiene intención de hacerlo o sólo lo ha pensado, si tiene un plan y cuándo lo llevaría a cabo. La mayoría de las veces no hay un riesgo inminente de suicidio, pero si es así, no hay que dudar en llamar a la policía.

De acuerdo con Ancinas & Muñoz (2008) en situaciones de riesgo es conveniente:

No dejarle solo no hay que dejar sola a la persona es necesario que se sientan acompañados, evitar hacerle sentir culpable, no desestimar sus sentimientos, expresarle apoyo y comprensión y permitirle la expresión de sentimientos, así como evitar el acceso a instrumentos que puedan poner en riesgo su vida, y por último apoyarle para ser atendido por un profesional de la salud mental.

No existe un abordaje terapéutico único del acto suicida, pero se han confirmado los efectos beneficiosos de la terapia farmacológica y de la terapia cognitivo-conductual o la combinación de las dos.

El suicidio causa sufrimiento en la víctima, pero también en las personas cercanas (Jacobsson & Renberg, 1999) Por lo que el suicidio supone la devastación emocional, social y, a veces,

económica de familiares y amigos. Tanto un intento de suicidio como un suicidio consumado tiene consecuencias emocionales en cualquier persona implicada. La familia de la persona, sus amistades y su médico pueden sentirse culpables, avergonzados y con remordimientos por no haber podido evitar el suicidio.

Los familiares y amigos de la persona que realiza un acto suicida pueden experimentar una amplia gama de emociones contradictorias acerca de la persona fallecida, sintiendo todo el dolor emocional intenso y tristeza por la pérdida, y la ira contra el fallecido porque la persona abandonada por el suicidio de un ser querido, tiende a experimentar un duelo complicado en reacción a esa pérdida con síntomas como emociones intensas, pensamientos intrusos sobre la pérdida y sensación de aislamiento y vacío (Sáiz Martínez, 2005).

De manera que cuando se pierde a alguna persona por suicidio pueden aparecer una gran variedad de sentimientos, entre ellos culpa, resentimiento, confusión, remordimientos y preocupación por problemas no resueltos. Muchos se sentirán culpables pensando que han fracasado a la hora de apoyarle o se reprocharán no haberse dado cuenta.

Hay que poder realizar el duelo para superar la pérdida de un ser querido; y para que no se transforme en un duelo complicado, es necesario atravesar un proceso emocional que permite aceptar la muerte del ser querido, asumir el desgaste y las emociones que esa muerte genera, adaptarse a la ausencia de ser querido, aprender a vivir sin él e interiorizar la muerte como algo más que forma parte de la vida (Rocamora Bonilla, 2000).

Es conveniente decirles la verdad a los niños. No saber lo que ha pasado no les hará ningún bien y si lo llegan a saber a través de otra persona podrían perder la confianza en sus cuidadores, por ello es importante saber que cuando alguien que quieren se suicida, los niños pueden sentir lo siguiente (Maris, Berman & Silverman, 2000):

Pensar que la persona que se suicidó no les quería y se sienten abandonados, pensar que son culpables del suicidio, sobre todo si en algún momento de enfado desearon la muerte de esa persona, tener miedo a morir ellos también, sentir tristeza, confusión, soledad, sentir vergüenza de ver a otras personas o de volver al colegio, porque se sienten diferentes, sentir rabia hacia el

suicida o hacia todo el mundo, negar lo ocurrido o fingir que no ha pasado nada, o entrar en un estado de insensibilidad emocional.

A los niños es conveniente explicarles también que las personas mueren de formas diferentes: unos por enfermedad, otros por accidente de coche y otros se matan a sí mismos. Hay que decirles que a pesar del acto suicida su padre o madre le quería mucho, pero que su enfermedad le impedía hacerlo.

Por otro lado, es aconsejable que los medios de comunicación (OMS, 2000) observen algunas condiciones para que favorezcan la prevención, ya que suelen presentarse muchos efectos negativos en los adolescentes a causa de como se expresan las noticias.

1. Tener fuentes auténticas y fiables.
2. Evitar expresiones de epidemia de suicidios.
3. Informar sobre el suicidio como algo inexplicable o simplista.
4. Describirle acto suicida como un método para afrontar problemas.
5. Elogiar el comportamiento suicida como que tiene valores.
6. Describir el impacto y el sufrimiento en los familiares.

3.9 Orientación

De acuerdo con Pérez Barrero (2005) es necesario analizar y conocer para poder realizar actividades de apoyo y prevención, pues existen ideas equivocadas sobre este tema y es necesario estar informados para poder detectar y ayudar a las personas que se encuentren en esta situación.

Puede ocurrir que personas que hablan de suicidarse, si lo lleven acabo, pues la mayoría de la gente que comete suicidio o lo intenta, ha avisado directa o indirectamente, con señales verbales.

No todos los que intentan suicidarse sufren una enfermedad mental. El dolor emocional extremo no es necesariamente un signo de enfermedad mental. La mayoría de los suicidas no quieren morir; sólo quieren librarse del dolor emocional y pueden tener sentimientos mezclados de vida y muerte hasta el último momento.

Siempre hay riesgo después de una crisis suicida. Los pensamientos suicidas pueden persistir durante un tiempo o volver a aparecer en determinados momentos.

No todas las personas que realizan un acto suicida sufren depresión. Aunque todo deprimido puede realizar el acto suicida, puede padecer algún trastorno de personalidad, esquizofrenia o drogodependencia.

La conducta suicida no es hereditaria. Pero sí puede heredarse la predisposición a padecer determinadas enfermedades en las que la conducta suicida pueda ocurrir (esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo) o que se imite dicho comportamiento anormal.

Hablar del suicidio reduce el riesgo, y es la primera posibilidad, quizás irreplicable, de iniciar su prevención.

El suicidio puede prevenirse pues las personas antes de cometer un suicidio dejan evidencia de una serie de conductas y síntomas que han sido definidos por Ringel (citado por De Leo, 1998) como *síndrome presuicidal*, conformado por constricción de sentimientos e intelecto, inhibición de la agresividad hacia los demás y fantasías suicidas.

Existen redes de apoyo que contribuyen a la prevención del suicidio, además de los profesionales de la salud mental (psiquiatras o psicólogos) quienes se encuentran mejor preparados para ello.

Capítulo 4 Metodología

4.1 Planteamiento del Problema

Las autolesiones se han definido a lo largo del tiempo como una forma de manejar las emociones demasiado dolorosas para ser expresadas con palabras (Conterio, 1998) Para algunos autores en raras ocasiones ponen en peligro la vida (Levenkron,1998) ya que la ubicación de las heridas y el daño suele restringirse a cicatrices (Muehlenkam ,2005) todo parece indicar que el objetivo de las autolesiones es poder regular el estado emocional (Gratz, 2006). Sin embargo, sus principales problemas son: que es socialmente inaceptable, puede implementarse de forma crónica y es un mecanismo de afrontamiento autodestructivo (Walsh, 2006)

Así mismo, existen versiones de otros autores que definen a las autolesiones con un riesgo inminente de muerte, y las nombran conductas parasuicidas, asumiéndolas como un predictor aislado de una muerte por suicidio (Brown, Comtois & Linehan, 2002)

El suicidio, coincide con las autolesiones como un método poco saludable de afrontamiento, en donde además existe la ideación, la planeación y los gestos suicidas, teniendo como principales obstáculos el estigma y el tabú, pues disuade de buscar ayuda a muchas personas que ya tienen pensamientos suicidas o intentos de suicidio, debido en gran parte a su predisposición genética, su estado emocional, su baja autoestima y la visión de túnel que algunos presentan en donde su realidad se vuelve rígida (Shneidman, 1980).

La prevención para ambos problemas en los adolescentes, no se ha dado apropiadamente debido a la falta de sensibilización como un problema de salud pública. Actualmente son pocos los países que han incluido la prevención del suicidio como prioridad sanitaria y tan solo 28 países han notificado contar con una estrategia de nacional prevención del suicidio (OMS, 2016)

Cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo y cada 3 segundos otra lo intenta, por lo que se estima que para el 2020 el número de suicidios se incrementará hasta un millón y medio. Se estima que cada año mueren alrededor de 800 mil personas por suicidio en el mundo, convirtiéndose en la segunda causa de muerte entre personas de 15 a 29 años (OMS, 2017) Entre los jóvenes mexicanos las lesiones autoinfligidas intencionalmente se consideran la tercera causa

de muerte, después de los accidentes de tráfico. Aproximadamente 200 suicidios que ocurren cada año en México, son personas entre los 11 y 20 años (OMS, 2015) y en edades de 10 a 14 años, se habla de que el 54.2% son hombres y el 45.8% mujeres.

De acuerdo con registros del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) Campeche encabeza la lista de los Estados de la República Mexicana que registró mayores índices de suicidios, seguida de Aguascalientes, Chihuahua, y Yucatán al presentar mayor tasa de suicidios por cada 100 mil habitantes.

La Secretaría de Salud (SSA, 2014) registró 2 292 egresos a causa de lesiones autoinfligidas y se registraron un total de 5,909 muertes por esta misma y en 2014 el número aumentó a 6,337 muertes (INEGI, 2014)

“En Gran Bretaña, el Centro para la Investigación del Suicidio (2012) indicó que estudios previos demostraron que las personas que se autolesionan, e ingresan a un hospital en la adolescencia o juventud son 100 veces más propensas que la población general a suicidarse” (Hawton, 2012 párr. 14)

La prevalencia de las autolesiones en adolescentes ha aumentado entre los 10 y 15 últimos años (Hawton et al., 2003), al caracterizarse por ser una conducta que se mantienen en secreto, a veces por tiempo prolongado, se genera un apego a la conducta, de 2 a 5 años, dando como resultado 7 veces más probabilidad de llegar al suicidio (Santos, 2011). Los cambios hormonales durante la pubertad, y los cambios a nivel cerebral por el desarrollo de la corteza prefrontal la cual está asociada con el planeamiento, la expresión de la personalidad, la moderación de la conducta, cuestiones sociales como la presión de los pares, las dificultades emocionales y las tensiones familiares, parecen ser factores clave en este tema (Patton & Morab 2008) Por lo que la adolescencia juega un papel muy importante en este problema de salud.

Los sucesos estresantes también influyen en la vida del ser humano, pues funcionan como un disparador que empuja al individuo hacia el comportamiento suicida en un intento desesperado por enfrentar estas reacciones emocionales intensas (Overholser, 2003).

La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2015) mencionó en una de sus publicaciones, que los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos mientras van creciendo, existiendo sucesos de vida que pueden llegar a perturbarlos, haciendo que el suicidio aparente ser una solución a sus problemas y al estrés.

Por lo tanto, se requiere adquirir mayor profundidad en los estudios relacionados con las conductas suicidas en la adolescencia temprana.

4.2 Justificación

Las conductas autolesivas en adolescentes probablemente están ocurriendo durante un largo periodo, dentro del cual a veces estamos distantes de saberlo, hasta que el adolescente haya requerido de un tratamiento médico, lo que aumentará la probabilidad de que se convierta en un precursor del suicidio, o que permanezca haciéndose daño en la etapa adulta. Aspecto que resalta la necesidad de tener un reconocimiento temprano de los factores de riesgo de estos problemas.

Esta investigación podría ayudar a entender con mayor precisión el funcionamiento de los jóvenes con autolesiones y riesgo suicida y brindar un aporte respecto al tratamiento que se les puede ofrecer desde el ámbito psicológico.

Es importante continuar investigando sobre métodos de intervención clínica que favorezcan a la obtención de mejores competencias profesionales y atender oportunamente a los adolescentes que presentan estos problemas.

Debido a que aún no existe suficiente investigación en relación a los sucesos de vida estresantes, es necesario documentarlo con mayor detalle, ya que por ahora solo sabemos que el estrés se relaciona con los comportamientos suicidas (Overholser, 2003), pero nos ayudaría conocer aquellos sucesos estresantes en donde presenta mayor vulnerabilidad.

4.3 Objetivo general

El objetivo del presente trabajo es por un lado, identificar la relación respecto al riesgo suicida y los sucesos de vida estresantes de un grupo de adolescentes de 12 a 14 años con autolesiones. Y por el otro, analizar si existen diferencias entre un grupo de adolescentes que se autolesionan

y un grupo de adolescentes de las mismas edades que no se autolesionan, respecto al riesgo suicida y los sucesos de vida estresantes.

4.4 Objetivos Específicos

Determinar si existe riesgo suicida significativo en adolescentes que se autolesionan en comparación con los que no lo hacen.

Determinar los sucesos de vida estresantes de los adolescentes que se autolesionan y los que no se autolesionan.

Establecer si existe una relación entre los sucesos de vida estresantes y el riesgo suicida en un grupo de adolescentes que se autolesionan.

4.5 Preguntas de Investigación

¿Existe relación entre el riesgo suicida y los sucesos de vida estresantes en un grupo de adolescentes que se autolesionan?

¿Existen diferencias en el riesgo suicida y los sucesos de vida estresantes entre adolescentes que se autolesionan en comparación con los que no lo hacen?

4.6 Hipótesis

Existirá relación entre el riesgo suicida y los sucesos de vida estresantes en un grupo de adolescentes que se autolesionan

Existirán diferencias en el riesgo suicida y los sucesos de vida estresantes entre adolescentes que se autolesionan en comparación con los que no lo hacen

4.7 Variables

Definición conceptual

1. La Autolesión se define como la acción lesiva intencional que una persona lleva a cabo en sí misma, produciéndose con ello un daño corporal de baja letalidad, de una naturaleza socialmente inaceptable; se trata de una acción deliberada, la cual puede Implementarse de forma crónica como una forma de reducir el estrés o malestar emocional. su fin último no es terminar con la vida, se trata de un mecanismo de enfrentamiento autodestructivo (Walsh, 2006).

2. Riesgo Suicida respuestas dadas ante las emociones, pensamientos y acciones de los individuos vinculados a la conducta suicida (Borges, Anthony & Garrison, 1995)

3. Sucesos de vida estresantes. Eventos críticos, desencadenantes de estrés, asociados a síntomas tanto físicos como de índole psicológica, que pueden tener consecuencias para la salud integral del adolescente (Seifge-Krenke, 1995)

Definición Operacional de las variables

1. Autolesiones. Se determinó el tipo de autolesión, (Severo o menor) a través de la Cédula de Autolesiones (Marín Tejada, 2014) mediante los siguientes criterios:

Los reactivos de respondieron en tres secciones: 1. Alguna vez? SI/NO 2. ¿Cuántas veces lo has hecho? 3. ¿Cuándo fue la última vez? De un total de 12 reactivos. Con finalidad de obtener puntuaciones en una escala continua para la calificación se consideraron las autolesiones severas y menores, todas aquellas que pertenecieron a los reactivos 1,3,9, 10 y 12 se consideraron severas, así como también se consideraron significativas aquellas en las que el participante presento más de un episodio, sobre todo en el último mes. El reactivo 13 fue el último y se utilizó para conocer la edad de inicio de la autolesión y no se tomó en cuenta dentro de las puntuaciones.

2. Riesgo Suicida. Se identificó el nivel de riesgo suicida mediante el número y tipo de respuestas dadas al Inventario de Riesgo e Ideación Suicida (Hernández & Lucio, 2003) que permite crear niveles de prioridad a partir de un modelo acumulativo de riesgo. Los criterios para delimitar cada grupo fueron los siguientes:

- a. Riesgo suicida. Riesgo alto o prioridad 1: si se endosan los tres reactivos críticos (ideación, planeación e intento) y además hay una elevación de $T > 60$ en todas las subescalas del instrumento.
- b. Riesgo por intento o prioridad 2: Si se endosa el reactivo crítico de intento suicida; puede haber una o más elevaciones $T > 60$ en las subescalas del instrumento.
- c. Riesgo por ideación o prioridad 3: si se endosa el reactivo crítico de ideación suicida; puede haber una o más elevaciones $T > 60$ en las subescalas del instrumento.
- d. Riesgos por malestares emocionales asociados al suicidio o prioridad 4: no se endosan reactivos críticos, pero se presentan elevaciones de $T > 60$ en el índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida.

3. Sucesos de vida estresantes. Se determinaron las dificultades presentadas en las áreas o dimensiones del Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio & Durán, 2003) mediante los siguientes criterios:

- a. Obtención de puntuaciones mayores a $T65$. Las puntuaciones T entre 65 y 69, sugieren que el adolescente ha estado expuesto a más sucesos estresantes de lo esperado, por lo que podría estar en riesgo de presentar alguna problemática emocional o conductual en el área donde se presente dicha elevación; si la puntuación T es mayor a 69 tal probabilidad aumenta.

4.8 Tipo de Estudio

Correlacional y transversal

4.9 Diseño

Diseño cuasiexperimental de dos grupos, uno con episodios de autolesión y otro sin episodios de autolesión.

4.10 Participantes

Población y muestra.

La población de jóvenes estudiantes en la que se realizó el estudio fue de 582 alumnos. La muestra para el tamizaje se conformó por 120 alumnos (20,7% de la población), quienes de manera voluntaria participaron en el estudio. De los 120 alumnos se descartó al 1,9% en función de los criterios de exclusión, por lo que la muestra final de estudio quedó comprendida por 118 alumnos que cursaban los primeros años de secundaria, entre 11 y 14 años de edad. Todos ellos, pertenecientes a una institución de educación pública de nivel secundaria de tiempo completo, ubicada en la Delegación Benito Juárez de la Ciudad de México.

Muestreo.

Se realizó un muestreo de conveniencia, de tipo probabilístico, estratificado por grado escolar, mediante un muestreo aleatorio simple con la población total del plantel (582 alumnos). Se seleccionaron dos grupos de 1er. grado y dos grupos de 2do. grado, dando un total de 4 grupos de nivel secundaria.

4.11 Criterios de Selección

Criterios de Inclusión.

Los jóvenes que participaron en esta investigación fueron alumnos de la secundaria de edades entre 11 y 14 años de edad, que contestaron todos los instrumentos de evaluación.

Criterios de Exclusión.

Se excluyó a los jóvenes que presentaron un patrón de respuestas incongruente en los instrumentos y que no cumplieron con el rango de edad.

4.12 Instrumentos y/o materiales

4.12.1 a) Ficha Sociodemográfica (Lucio, Durán, León & Hernández, 2003)

Se utilizó a efectos de describir algunos parámetros sociodemográficos, como la escolaridad de los padres, número de hermanos, ingresos familiares, entre otros.

Consta de un cuadernillo de 30 reactivos de opción múltiple, con un tiempo de aplicación de 10 minutos y se responde con lápiz del 2 o 2 ½.

4.12. b) Cuestionario Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio y Durán, 2003)

Se empleó este cuestionario al tratarse de un instrumento hecho con la finalidad de detectar problemas emocionales en adolescentes mexicanos, a partir de los sucesos estresantes y la evaluación afectiva que los propios jóvenes hacen de ellos, considerando su propia percepción de los eventos de vida que ha experimentado el adolescente, de su propio punto de vista (bueno, malo, indiferente) en diferentes áreas de su vida.

Este cuestionario es un autoinforme que se compone de 129 reactivos y una pregunta abierta que permite evaluar, de manera confiable, siete áreas de la vida de los adolescentes (1) Familiar, (2) social, (3) personal, (4) problemas de conducta, (5) Logros y Fracasos, (6) salud y (7) escolar.

Este instrumento se utiliza de forma individual o grupal, con una duración de 30 minutos.

Los reactivos se puntúan mediante cuatro opciones de respuesta.

- a. Cuando me sucedió y fue bueno;
- b. Cuando me sucedió y fue malo;
- c. Cuando me sucedió y no tuvo importancia;
- d. Cuando no me sucedió.

Las respuestas a estos reactivos corresponden a los eventos de vida que los adolescentes han atravesado en un periodo no mayor a un año. Los sucesos evaluados dentro de cada una de las siete áreas corresponden a los sucesos normativos y no normativos de la adolescencia. Los sucesos negativos implican un perjuicio o males, y los positivos denotan beneficio o bienestar en función del adolescente.

Con relación a las propiedades psicométricas del instrumento, se reporta un índice de confiabilidad global de Kuder-Richardson de .89; además de una confiabilidad de .76 para los reactivos positivos y de .88 para los negativos, lo que significa que el cuestionario puede considerarse un instrumento confiable.

4.12.3 c) Cédula de Autolesiones (Marín, 2014)

Se utilizó este instrumento al tratarse de un cuestionario que consta de tres secciones para ser contestado, lo cual permite que determinen los tipos de autolesiones en dos tipos, ya sea severas o menores, según el algoritmo anexo.

Las tres secciones son:

- a. Sección 1: ¿Alguna vez? SI/NO
- b. Sección 2: ¿Cuántas veces lo has hecho?
- c. Sección 3: ¿Cuándo fue la última vez?

Con la finalidad de obtener puntuaciones en una escala continua, para la calificación solo se consideran las autolesiones SEVERAS (reactivos 1, 3, 9, 10 y 12).

La respuesta NO en la sección 1 equivale a un puntaje de cero en cualquier reactivo.

La sección que se considera para puntuar es la sección 2: ¿Cuántas veces lo has hecho? Los puntajes se asignan para cada reactivo de la forma siguiente:

Respuesta	Puntuación
1	1
2-5	2
6-10	3
+10	4
+20	5

El reactivo 13 permite establecer el inicio de las autolesiones. Su empleo es de tipo informativo pues no contribuye a la puntuación.

El algoritmo divide en dos grupos los factores:

REACTIVOS CRÍTICOS AUTOLESIONES SEVERAS

1	Cortarse
3	Quemarse
9	Frotarse con objetos punzantes
10	Frotarse con ácido
12	Tratamiento requerido por la severidad

Significativo a partir de más de una ocasión (puntaje de 2 en adelante en cualquiera de los reactivos). La respuesta positiva a más de un reactivo se considera significativa. Significativo si la última autolesión ocurrió en el último mes. Si ocurrió posteriormente es necesario obtener más información.

REACTIVOS CRÍTICOS MENORES AUTOLESIONES MENORES

2	Rayar, marcar, pinchar la piel
4	Impedir que sanen heridas
5	Sacarse sangre
6	Estrellar parte del cuerpo
7	Golpearse uno mismo
8	Morderse
11	Otras (Especificar)

Una frecuencia mayor a 5 (puntaje de 3 en adelante) indica la necesidad de explorar a fondo la intencionalidad, especialmente si concurren autolesiones severas. Significativo si la última autolesión ocurrió en el último mes. Si ocurrió posteriormente es necesario obtener más información.

4.12.4 d) Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes, IRIS (Hernández & Lucio, 2006)

La finalidad del empleo de este instrumento de tamizaje para la identificación de jóvenes estudiantes que se encuentren en riesgo de presentar conducta suicida, se basa en el hecho de que el IRIS se desarrolló a través de parámetros de evaluación con niños y adolescentes en riesgo

suicida; modelos de prevención e intervención en escuelas para adolescentes en riesgo suicida; y viñetas de adolescentes mexicanos con intento (s) de suicidio (Hernández & Lucio, 2003; Lucio, Loza & Durán, 2000). Considero fundamental el empleo de este instrumento pues fue realizado con muestras de estudiantes mexicanos haciéndolo más representativo que otro tipo de instrumentos. La segunda versión del IRIS, se compone por 50 reactivos (versión extendida) o 24 reactivos (versión corta) en una escala de frecuencia (Sí, todo este tiempo; Casi siempre; Algunas veces; Rara vez; No, nunca) a través de los cuales es posible detectar el riesgo suicida mediante tres subescalas, un índice y tres indicadores:

Subescalas:

Factor o Subescala 1 (T1): Ideación e intencionalidad suicidas. Compuesta por 10 reactivos, de los cuales se mencionan algunos ejemplos:

Factores o Subescala 2 (T2): Depresión y desesperanza. compuesta por 8 reactivos., de los cuales se mencionan algunos ejemplos:

Factor o Subescala 3 (T3): Ausencia de circunstancias protectoras, compuesta por 6 reactivos, de los cuales se mencionan algunos ejemplos:

Índice de dificultades asociadas al riesgo suicida (T4) Con relación a las propiedades psicométricas del IRIS, la confiabilidad, obtenida mediante el alfa de Cronbach, reporta una consistencia interna adecuada $\alpha = .95$. Mientras que, para la validez, obtenida a través de un análisis factorial con rotación varimax, se reporta un porcentaje de varianza total explicada de 57.6%.

Este instrumento puede aplicarse de forma individual y grupal a adolescentes estudiantes de nivel educativo medio y medio superior, de 12 a 18 años, en un tiempo de aplicación que va de 20 a 30 minutos.

A través del sistema de calificación del IRIS es posible crear distintos grupos o niveles de prioridad. **Existen tres reactivos críticos** para el caso de ideación, planeación e intento suicida:

Para la ideación y planeación suicida, la identificación se hace a partir del valor 3 de la escala

(Algunas veces); para el intento suicida, se considera para la identificación desde que reportan un intento, es decir, a partir del valor 2 de la escala (Una vez). Los criterios para delimitar cada grupo o nivel son los siguientes:

Riesgo alto o prioridad 1: si se endosan los tres reactivos críticos (ideación, planeación e intento) y además hay una elevación de $T > 60$ en todas las subescalas del instrumento.

Riesgo por intento o prioridad 2: si se endosa el reactivo crítico de intento suicida; puede haber una o más elevaciones $T > 60$ en las subescalas del instrumento.

Riesgo por ideación o prioridad 3: si se endosa el reactivo crítico de ideación suicida; puede haber una o más elevaciones $T > 60$ en las subescalas del instrumento.

Riesgo por malestar emocional asociado al suicidio o prioridad 4: no se endosan reactivos críticos, pero se presentan elevaciones de $T > 60$ en el índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida.

Sin riesgo: no se endosa ningún reactivo crítico ni se presentan elevaciones $T > 60$.

4.13 Procedimiento

Se acudió a una institución educativa de nivel secundaria ubicada en la Delegación Benito Juárez con la finalidad de obtener permiso de las autoridades escolares para realizar la aplicación de los diferentes instrumentos. Mediante una reunión informativa con los directivos y profesores del plantel, se acordó la logística de la aplicación.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo por dos psicólogas que realizaron la recolección de datos. Se llevó a cabo de forma colectiva en los salones de clase, en las fechas y horarios previamente acordados con los directores y profesores de la institución educativa. A los alumnos se les dio una explicación verbal acerca del propósito y duración de la evaluación, la cual se realizó en 24 sesiones, en un periodo de cuatro meses de la evaluación y se estableció que su participación en el estudio era voluntaria, no anónima y que los datos e información personal proporcionada eran de carácter confidencial.

Al inicio de cada aplicación se les explicó a los alumnos que la finalidad de la evaluación era conocer algunas problemáticas por las que atraviesan jóvenes como ellos, para poder ofrecerles alguna opción de ayuda a aquellos que así lo requirieran. Los cuestionarios se calificaron mediante lectora óptica y el análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 20

4.14 Análisis de Datos

En función de los objetivos y de las hipótesis planteadas, el análisis de datos se propuso en dos niveles:

1. Estadística descriptiva, para conocer la distribución de los datos, a través de la obtención de medidas de tendencia central, de dispersión o variabilidad y análisis de frecuencias
2. Empleo de estadística inferencial, mediante el uso de:
 - a. Estadística inferencial paramétrica:
 - 1.0 Prueba t para conocer la diferencia en las variables de sucesos de vida y riesgo suicida en los grupos de adolescentes con autolesiones y sin autolesiones.
 - 1.1 Coeficiente de correlación de Pearson, para analizar la relación entre el riesgo suicida y los sucesos de vida estresantes de un grupo de adolescentes que se autolesionaban.

Capítulo 5 Resultados

En este capítulo se describirán los resultados obtenidos en este estudio, mediante algunas tablas y graficos que facilitarán la comprensión de las frecuencias y porcentajes.

5.1 Características sociodemográficas de la muestra general

La muestra del estudio se conformó por 118 adolescentes de 11 a 14 años de edad, el 48% fueron hombres y el 52% mujeres en donde predomina la edad de 13 años con 46.6%, un promedio de 13 años (Tabla 1)

Tabla 1.

Edad de los participantes

Edad	n	%
11 años	10	8.5
12 años	41	34.7
13 años	55	46.6
14 años	12	10.0
Total	118	100

El 45.8% de los jóvenes presentaron una configuración familiar de tipo nuclear, es decir viven con ambos padres. Con respecto a la configuración de tipo monoparental el 5.9% vive con su

Madre y el 15.3% vive con su Padre, el 9.3% vive con familias reconstruidas y el 23.7% pertenece a familias integradas por abuelos, tíos y hermanos. (Tabla 2)

Tabla 2.

Configuración familiar

Familia	n	%
Nuclear	54	45.8
Familia Uniparental Madre	7	5.9
Familia Uniparental Padre	18	15.3
Familia Reconstruida	11	9.3
Otros familiares	28	23.7
Total	118	100

El 43.2% de los adolescentes tiene solo un hermano, seguido del 22.8% que tiene dos hermanos, por lo que es posible observar que, dentro de estas características, el 21.2% no tiene hermanos. (Tabla 3)

Tabla 3.

Número de hermanos

	n	%
No tengo hermanos	25	21.2
Uno	51	43.2
Dos	27	22.8
Tres	10	8.5
Cuatro	2	1.7
Cinco	2	1.7
Seis o más	1	.8
Total	118	100

El 37.3% ocupa el lugar de hijo mayor y el 25.3% de los adolescentes es hijo único (Tabla 4)

Tabla 4.

El lugar que ocupa entre los hermanos

	n	%
Soy el mayor	44	37.3
Soy el menor	31	11.0
Soy el hijo único	24	26.3
Soy gemelo	3	20.3
Soy de los mayores	1	2.5
Soy de los menores	1	.8

EL 39% de la muestra presentó un promedio de 9 y el 20.5% un promedio de 8 (Tabla 5)

Tabla 5.

Promedio escolar obtenido en el último periodo

	n	%
10	11	9.3
9	46	39.0
8	36	20.5
7	20	16.9
6	3	2.5
5 o menos	2	1.7
Estoy repitiendo el año	0	0.0

En relación a la escolaridad de los padres, predominó la preparatoria o bachillerato, en donde las Madres presentaron un 38.1%, mientras que los padres mostraron un 24.6%, la escolaridad que también es prevalente es la licenciatura con un 20.3% en los Padres y un 19.5 en las Madres. (Tabla 6)

Tabla 6.

Escolaridad de los padres

	Padre	Madre
	%	%
No estudió	.8	.8
Primaria	4.2	2.5
Secundaria/Escuela Técnica	15.3	17.8
Preparatoria, bachillerato	24.6	38.1
Licenciatura	20.3	19.5
Posgrado	13.6	14.4
No sé/ No la conocí	21.2	6.8
Total	100	100

Con respecto a la ocupación del padre (Figura 1) los jóvenes indican que el 35.6% de ellos son empleados, el 22% tienen un negocio propio, 16.9% realiza actividades vinculadas con su profesión, 2.5% son obreros o campesinos y el 6.8% tiene un trabajo eventual, el 1.7% está desempleado y el 14.4% se desconocen.

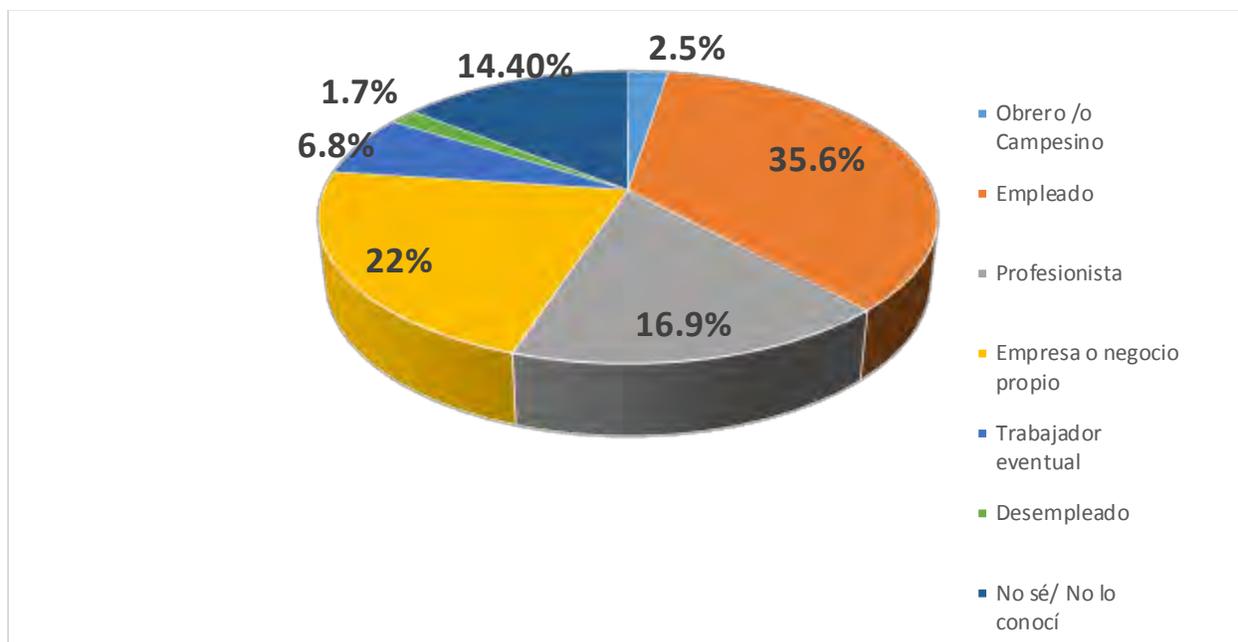


Figura 1. Ocupación del Padre

En el caso de las madres (Figura 2) el 22% son amas de casa, el 24.6% son empleadas u obreras, el 20% tiene un negocio propio, un porcentaje similar (19.5%) realiza actividades vinculadas con su profesión y el resto son trabajadoras domésticas (1.7%) o están desempleadas (3.4%) y el 7.6% se desconoce. (Figura 2)

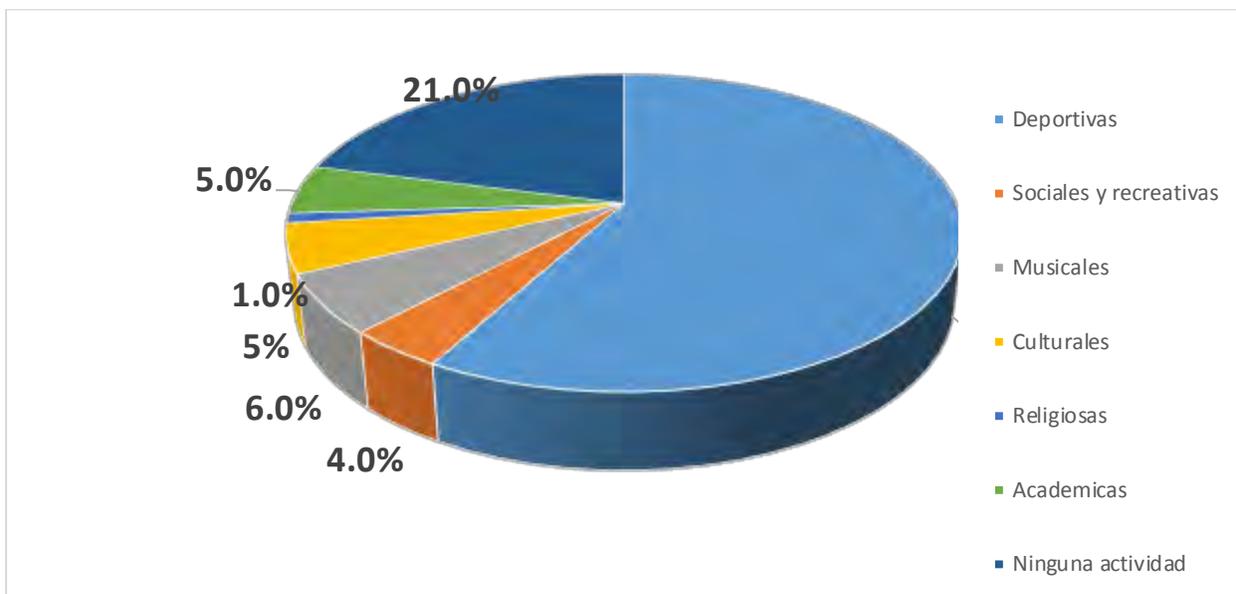


Figura 2. Ocupación de la Madre

En la tabla 7 se observa un tanto similar el porcentaje de edad de los padres de los 30 a los 50 años con el 33%, mientras que en las mujeres prevalece un porcentaje de 49.2% para las edades entre los 30 y 40 años.

Tabla 7.

Diferencias de edad de los padres

	Padre	Madre
	%	%
No sé	17.8	10.2
Menos de 30	2.5	7.6
Entre 30 y 40 años	33.1	49.2
Entre 41 y 50 años	33.9	28.8
Entre 51 y 60 años	10.2	3.4
Mayor de 61	2.5	.8
Mi padre ya falleció	0	0
Total	100	100

En la tabla 8 puede decirse que las expectativas de los padres hacia sus hijos respecto a sus estudios son del 21.2% a favor de que terminen sus estudios y continúen con la preparatoria como un aspecto a corto plazo.

Tabla 8.

Expectativas de los padres hacia los estudios de sus hijos

	n	%
Terminar la secundaria y continuar con la preparatoria o bachillerato	25	21.2
Terminar el nivel de estudios actual y dejar de estudiar	4	3.4
Terminar una carrera técnica	6	5.1
Terminar una carrera en la universidad	45	38.1
Terminar un posgrado	36	30.5
Dejar la escuela y ponerse a trabajar	2	1.7
Terminar de estudiar el nivel actual para emigrar a otro país	0	0.0

Haciendo referencia a los adolescentes, al evaluar la relación entre el sexo y el tipo de actividades extraescolares en las que participan o han participado con mayor frecuencia los jóvenes de la muestra, de acuerdo con la tabla 9, hombres y mujeres realizan a la par actividades de tipo deportivo. Así mismo, el 21.1% de los jóvenes (Figura 3) no participan en ningún tipo de actividad, y las cifras indican que son las mujeres quienes se muestran más inactivas que los hombres.

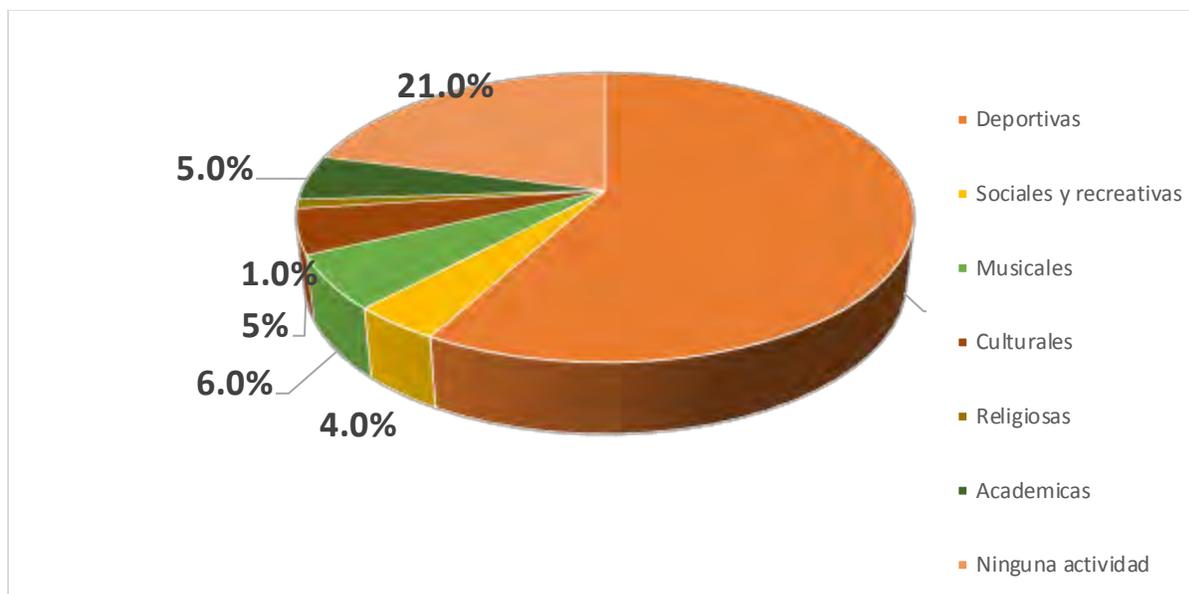


Figura 3. Actividades extraescolares

Es posible observar como a la par en hombres y mujeres predominan las actividades deportivas y como el 14.4% de las mujeres no realiza ninguna actividad extraescolar a diferencia de los hombres los cuales reflejan el 6.8% (Tabla 9)

Tabla 9.

Diferencias por sexo, de las actividades extraescolares

	Hombre	Mujer
	%	%
Deportivas	28.8	28.8
Sociales o recreativas	2.5	1.7
Musicales	2.5	3.4
Culturales	.8	4.2
Religiosas	0.0	.8
Académicas	.8	4.2
No participó en actividades extra escolares	6.8	14.4

En la tabla 10, se refleja un porcentaje del 39.8% de expectativa de los jóvenes respecto a sus estudios, de concluir una licenciatura, siguiendo un 28% para realizar estudios de posgrado.

Tabla 10.

Que esperan los jóvenes de sus estudios

	n	%
Terminar la secundaria y continuar hasta la prepa o bachillerato	19	16.1
Terminar el nivel donde estas ahora y dejar de estudiar	2	1.7
Terminar una carrera técnica	9	7.6
Terminar una licenciatura	47	39.8
Terminar un posgrado	33	28.0
Dejar la escuela y ponerte a trabajar	2	1.7
Dejar de estudiar para después emigrar a otro país	3	2.5

5.2 Distribución de la muestra con Autolesiones y sin Autolesiones

A continuación se mostrarán una serie de tablas que reflejan la parte de los resultados de esta investigación, que corresponde a la población con autolesiones y sin autolesiones, la edad más frecuente, la edad de inicio en los adolescentes de esta muestra, los niveles de autolesiones (severas, menores, ninguna), así como el tipo de autolesión realizada con más frecuencia y la pauta repetitiva de autolesiones con mayor porcentaje.

La tabla 11 muestra que existe una diferencia mayor con un porcentaje de 66.9% para los jóvenes que se autolesionan, en comparación con un 33.0% que no lo hace.

Tabla 11.

Total, de la población con Autolesiones y Sin autolesiones

	n	%
Sin Autolesiones	39	33.0
Con Autolesiones	79	67.0
Total	118	100

La tabla 12 nos muestra que esta conducta predomina en el sexo femenino por un 18% arriba del porcentaje de hombres que también se autolesionan

Tabla 12.

Autolesiones por sexo

	N	%
Hombres	29	24.6
Mujeres	50	42.4
Total	79	67.0

La tabla 13 muestra que la edad más activa de la autolesión ocurre entre los 12 y los 13 años de edad, predominando los 13 años con un 51.9%

Tabla 13.

*Frecuencia de las autolesiones
por edad*

Edad	Hombres	Mujeres	Total	%
11 años	3	3	6	7.6
12 años	10	17	27	34.1
13 años	13	28	41	51.9
14 años	2	3	6	7.6

La tabla 14 muestra que la edad en la que prevalece el inicio de las autolesiones se ubica de los 11 a los 12 años con un porcentaje muy similar entre ambas edades

Tabla 14.

Edad de inicio en las autolesiones

Edad	N	%
5 años	2	2.5
6 años	3	3.8
7 años	1	1.3
8 años	2	2.5
9 años	3	3.8
10 años	14	17.7
11 años	20	25.3
12 años	19	24
13 años	13	16.5
14 años	4	3.8
Total	81	100

La tabla 15 muestra que las autolesiones más frecuentes son las de nivel menor con un 36.4%, aunque la diferencia es muy ligera con la frecuencia de las autolesiones severas que tienen un 30.5%, sin embargo, un 33.1% de la población adolescente no se autolesiona.

Tabla 15.

Niveles de Autolesiones

	n	%
Severas	36	30.5
Menores	43	36.4
Ninguna	39	33.1
Total	118	100

En la tabla 16 es notable que la frecuencia de conducta Autolesiva en la clasificación de autolesiones severas, es predominante con un número de 38 veces dejando como conducta menos recurrente el uso de ácido para frotar la piel.

Tabla 16.

Frecuencia de las conductas autolesivas Severas

Tipo de conducta	Número de veces
Cortarse hasta lastimarse/sangrar la piel	38
Quemarte (con cigarrillos u otros objetos	7
Frotaste tu piel con objetos punzantes (vidrios o fichas)	13
Usaste ácido u otra sustancia agresiva para frotar tu piel	1
Necesitaste tratamiento por algunas de estas conductas	8

En la tabla 17 existe una recurrencia más alta a esta clasificación de conductas autolesivas menores a diferencia de las severas. Predomina con una frecuencia de 57 veces la recurrencia de rayar, marcar, pinchar la piel, y, en segundo lugar, estrellar alguna parte del cuerpo con una frecuencia de 29 veces.

Tabla 17.

Frecuencia de las Conductas Autolesivas Menores

Tipo de conducta	Número de veces
Rayar marcar, pinchar la piel	57
Impedir que sanen heridas	20
Sacarse sangre	29
Estrellar parte del cuerpo	30
Golpearse a sí mismo	24
Morderse	6
Otra	11

En la tabla 18 se muestra cómo en la pauta repetitiva de las autolesiones severa predomina el cortarse hasta sacarse sangre con una repetición de 14 personas que lo han realizado 2-5 veces

Tabla 18.

Pauta repetitiva de Autolesiones Severas

	Frecuencia y Procentaje				
	1	2-5	6-10	*10	*20
Cortarse hasta lastimarse/sacarse sangre	11(9.3%)	14(11.9%)	3(2.5%)	2(1.7%)	8(6.8%)
Quemarse (con cigarrros u otro objeto)	3(2.5%)	3(2.5%)	1(.8%)	0	0
Frotar la piel con objetos punzantes (vidrios, fichas)	6(5.1%)	5(4.2%)	-	-	2(1.7%)
Usar ácido u otra sustancia agresiva para frotar la piel	1(.8%)	-	-	-	-
Necesitaste tratamiento por algunas de estas conductas	4(3.4%)	1(.8%)	-	.	3(2.5%)

En la tabla 19 permite observar que en la pauta repetitiva predominan 15 sujetos que realizaron el rayar, marcar pinchar la piel, en una cantidad de 2-5.

Tabla 19.

Pauta repetitiva de Autolesiones Menores

	Frecuencia y Porcentaje				
	1	2-5	6-10	+10	+20
Método de Autolesión					
Rayar, marcar, pinchar la piel	13 (11.0%)	15(12.7%)	12(10.2%)	6(5.1%)	11(9.3%)
Impedir que sanen heridas	5(4.2%)	5(4.2%)	4(3.4%)	2(1.7%)	4(3.4%)
Sacarse sangre	6(5.1%)	9(7.6%)	2(1.7%)	8(6.8%)	4(3.4%)
Estrellar parte del cuerpo	10(8.5%)	5(4.2%)	8(6.8%)	3(2.5%)	4(3.4%)
Golpearse a sí mismo	12(10.2%)	3(2.5%)	4(3.4%)	3(2.5%)	2(1.7%)
Morderse	2(1.7%)	1(.8%)	1(.8%)	-	2(1.7%)
Otra	2(1.7%)	3(2.5%)	4(3.4%)	1(.8%)	1(.8%)

5.3 Distribución de la muestra con Riesgo Suicida y sin Riesgo Suicida

El siguiente contenido de tablas, se enfocará en mostrar resultados sobre el riesgo suicida, sus niveles (alto, por intento, por ideación, bajo o si riesgo) así como también nos hablara de cual es el sexo que tiene mayor predominancia en el riesgo suicida.

La tabla 20, nos indica que existe una mayor cantidad de jóvenes que no tienen riesgo, con un porcentaje del 38.1%, sin embargo, el 23.7% de la población de adolescentes tiene riesgo por intento.

Tabla 20.

Niveles de Riesgo Suicida

	n	%
Riesgo Alto	11	9.3
Riesgo por intento	28	23.7
Riesgo por Ideación	6	5.1
Riesgo bajo	28	23.7
Sin riesgo	45	38.1
Total	118	100

La tabla 21 refleja que tanto en el sexo femenino como en el masculino es ligeramente más alto el porcentaje de adolescentes sin riesgo (40% en hombres y 36.8% mujeres) , sin embargo, las mujeres tienen un 30.9% de riesgo por intento en comparación con los hombres que presentan un 14%.

Tabla 21.

Niveles de Riesgo Suicida por Sexo

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Riesgo Alto	2	4.0	9	13.2	28	23.7
Riesgo por Intento	7	14.0	21	30.9	6	5.1
Riesgo por ideación	2	4.0	4	5.9	28	23.7
Riesgo bajo	19	38.0	9	13.2	11	9.3
Sin riesgo	20	40.0	25	36.8	45	38.1
Total	50	100	68	100	118	100

5.4 Distribución de la muestra con autolesiones y riesgo suicida

En este apartado localizaremos las tablas que nos muestran al grupo de adolescentes que se autolesionan y no tienen riesgo suicida, y viceversa, aquellos que no se autolesionan, aún así tienen riesgo suicida, y por último el porcentaje de aquellos que se autolesionan y también tienen riesgo suicida. Así mismo se muestra una tabla que nos permitirá ver los niveles de riesgo suicida y los niveles de autolesiones y su frecuencia.

La tabla 22 muestra como el 67% de los adolescentes que se autolesionan presenta un 33.9% de riesgo suicida y en cambio los adolescentes que no se autolesionan presentan un 4.2% de riesgo suicida.

Tabla 22.

Grupo con Autolesiones y sin autolesiones, con riesgo suicida y sin riesgo.

	Sin riesgo	%	Con riesgo	%	Total	%
Con Autolesiones	39	33.1	40	33.9	79	67.0
Sin Autolesiones	34	28.8	5	4.2	39	33.0
Total	73	61.9	45	38.1	118	100

La tabla 23 nos permite observar que en las 5 clasificaciones de IRIS están presentes los porcentajes de adolescentes sin autolesiones, con autolesiones menores y autolesiones severa.

Solo el 9.3% de la población presenta riesgo suicida alto con un .8% de adolescentes que no se autolesionan y el 7.6% que se autolesiona de forma severa.

El 13.6% de los adolescentes que se autolesiona de forma severa presenta un 23.7% de riesgo por intento.

El 5.1% que presenta riesgo por ideación, tan solo presenta un .8% de autolesiones severas y un 4.2% de autolesiones menores.

La población con riesgo bajo representa un 23.7% de los cuales el 9.3% presenta autolesiones menores y el 5.9% autolesiones severas

Por último, la población sin riesgo representa 38.1% de los cuales el 15.3% reporta autolesiones menores y el 2.5% autolesiones severas.

Tabla 23.

Niveles de Autolesiones con Niveles de Riesgo Suicida

IRIS	Autolesiones							
	Ninguna	%	Menores	%	Severas	%	Total	%
Riesgo Alto	1	.8	1	.8	9	7.6	11	9.3
Riesgo por intento	4	3.4	8	6.8	16	13.6	28	23.7
Riesgo por ideación	0	0.0	5	4.2	1	.8	6	5.1
Riesgo bajo	10	8.5	11	9.3	7	5.9	28	23.7
Sin riesgo	24	20.3	18	15.3	3	2.5	45	38.1

Total	39	33.1	43	36.4	36	30.5	118	100
-------	----	------	----	------	----	------	-----	-----

La tabla 24 nos muestra que en las 4 subescalas de Riesgo Suicida (IRIS), existe correlación significativa con los niveles de autolesiones tanto severas como menores. Se observa que una de las correlaciones más altas es la de las Autolesiones menores con la subescala de Ideación e Intencionalidad Suicida.

Tabla 24.

Correlación entre Niveles de Autolesiones y Subescalas de IRIS

Niveles de Autolesión	Subescalas e Índice de Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRIS-A			
	1.Ideación e Intencionalidad Suicida	2.Depresión y Desesperanza	3.Ausencia de Circunstancias Protectoras	4.Índice de dificultades asociadas al riesgo suicida.
Autolesiones Severas	.452**	.340**	.306**	.359**
Autolesiones Menores	.560**	.442*	.334**	.442**

Nota: ** $p \leq .001$

* $p \leq .05$

En la tabla 25 se muestran las diferencias encontradas entre el grupo de autolesiones y el grupo sin autolesiones, en relación a las subescalas de Riesgo Suicida (IRIS) La información indica que las diferencias entre los dos grupos resultaron estadísticamente significativas en las cuatro subescalas del IRIS, el grupo de adolescentes con autolesiones mostró medias significativamente más altas en los cuatro factores de Riesgo Suicida, por lo que los adolescentes que se autolesionan tienden a mostrar con mayor frecuencia ideas e intencionalidad suicida, depresión y desesperanza, ausencia de circunstancias protectoras e índices de dificultades asociadas al riesgo suicida.

Tabla 25.

Diferencias en las Subescalas de IRIS entre el Grupo con Autolesiones y el grupo Sin Autolesiones

Subescalas del IRIS	Grupo con Autolesiones		Grupo Sin Autolesiones		t	P
	Media	D.E.	Media	D.E.		
1. Ideación e Intencionalidad Suicida	60.76	14.42	49.10	9.035	4.61**	.001
2. Depresión y Desesperanza	58.75	12.30	51.03	11.53	3.273**	.001
3. Ausencia de Circunstancias Protectoras	57.53	11.47	48.71	9.82	4.11**	.001
4. Índice de dificultades Asociadas al Riesgo Suicida	58.58	11.67	51.87	12.38	2.87*	.005

Nota: ** $p \leq .001$

* $p \leq .05$

Distribución de la muestra con Autolesiones y Sucesos de Vida estresantes

En la tabla 26 se muestran las correlaciones significativas entre las áreas de sucesos y los niveles de autolesiones, en donde las autolesiones severas se correlacionan de manera significativa con las áreas de salud, personal, problemas de conducta y escolar.

En el caso de las autolesiones menores, estas se correlacionan de manera significativa con el área social, logros y fracasos, salud, personal, problemas de conducta y escolar.

Tabla 26.

Correlación entre Autolesiones y Áreas de Sucesos

Áreas de Sucesos	Familia	Social	Logros y Fracazos	Salud	Personal	Problemas de Conducta	Escolar
Autolesiones Severas	.084	.166	.131	.245**	.280**	.325**	.201*
Autolesiones Menores	.179	.264**	.267**	.188*	.385**	.280**	.283**

Nota: **p≤.001

*p≤.05

La tabla 27 muestra las diferencias encontradas entre el grupo de autolesiones y el grupo sin autolesiones, en relación a las áreas de sucesos de vida. La información indica que las diferencias entre los dos grupos resultaron estadísticamente significativas en cinco de las áreas. El grupo de adolescentes con autolesiones, obtuvo medias significativamente más altas que el grupo de adolescentes sin autolesiones, en el área de familia, social, logros y fracasos y salud personal;

esto indica, que por ejemplo los adolescentes que se autolesionan perciben mayores eventos estresantes en el área familiar que aquellos que no se autolesionan.

Tabla 27.

Diferencias en las áreas de Sucesos entre los grupos con Autolesiones y Sin Autolesiones

Áreas de Sucesos	Grupo con Autolesiones		Grupo Sin Autolesiones		T	P
	Media	D.E.	Media	D.E.		
Familia	61.44	19.34	53.16	11.9	2.85*	.005
				1		
Social	58.55	12.39	51.47	10.4	3.06**	.003
				9		
Logros y Trabajos	56.48	10.63	52.44	10.6	1.942	.055
				6		
Salud	54.63	14.71	47.31	8.94	2.853**	.005
Personal	60.40	10.93	52.94	10.0	3.58**	.001
				6		
Problemas de Conducta	53.76	13.87	49.77	11.4	1.55	.123
				1		
Escolar	51.44	10.29	48.99	10.1	1.22	.224
				7		

Nota: ** $p \leq .001$

* $p \leq$

Capítulo 6 Discusión y Conclusiones

1.1 Discusión y Conclusiones

El planteamiento central de este estudio estuvo dirigido a identificar si existía relación significativa entre los adolescentes de nivel secundaria que se autolesionan y los que tenían riesgo suicida, así como identificar si los adolescentes que se autolesionaban presentaban mayores sucesos de vida estresantes que los que no lo hacían.

A continuación, se discuten los principales resultados obtenidos.

Información sociodemográfica

La edad que predominó en este estudio fueron los 13 años, y el tipo de familia nuclear representó el 45.5%, de los adolescentes, de los cuales el 66% tienen más de un hermano. Recordemos que la composición familiar es importante, ya que la familia juega dos papeles: el de factor de protección, pues nos habla del contexto del adolescente y los recursos de apoyo con los que puede contar en momentos de vulnerabilidad (haciendo referencia a las principales variables de este estudio: autolesiones, riesgo suicida y sucesos de vida estresantes) Sin embargo, el hecho de que la familia tenga una composición de tipo nuclear no garantizó que los adolescentes de este estudio estuvieran libres de que éste se convirtiera en un aspecto de influencia, no necesariamente positiva. Pudiera estar presentándose el caso de que al ser tan solo el 1.7% de las Madres de familia las que se dedican al hogar, y el resto de ellas tenga que salir a trabajar para poder contribuir con los gastos del hogar, se vea disminuida la atención y el tiempo de calidad hacia sus hijos.

Por otro lado, un aspecto positivo de este estudio ha sido el saber que 60% de los adolescentes tiene un promedio escolar de entre 8 y 9 de calificación, y que mas de la mitad de los jóvenes pretende continuar sus estudios a nivel licenciatura y posgrado. Lo que nos muestra que en periodos más recientes la orientación profesional parece ser un proceso que ha evolucionado al transcurrir de la mano con el desarrollo individual, en donde la formación de los

padres también influye para estimular a sus hijos de forma ordenada y coherente hacia sus inclinaciones profesionales, en este estudio fue posible observar que la escolaridad de los padres es a nivel preparatoria y licenciatura. Por otro lado, las figuras maternas están mostrando mayor madurez, independencia y desarrollo profesional ante sus hijos.

Así mismo un aspecto que es digno de observarse, es que el 21% de los adolescentes de este estudio no participa en ninguna actividad extraescolar, de las cuales el 14.4% corresponden al sexo femenino, lo cual puede llegar a influir en el desarrollo de habilidades sociales y en un inadecuado desarrollo individual, pues es importante que los adolescentes mantenga un buen nivel de comunicación y vínculos emocionales con otras personas, así como alguna afición o hobby, y una adecuada administración de sus tiempos libres sin fomentar el desencanto y el aburrimiento el cual los vuelve propensos a hábitos de vida que no sean suficientemente sanos.

Autolesiones

Es posible identificar que más de la mitad de los adolescentes que participaron en este estudio, sí se autolesionaban. Debido a que la edad más activa de la autolesión se registró entre los 12 y los 13 años, esto coincide con literatura científica que nos dice que es posible a pesar de que las autolesiones no son un tema tan conocido, ni tan estudiado, que los adolescentes comiencen a autolesionarse a la edad de 13-15 años, siendo que una minoría puede comenzar antes (Ross & Heath, 2002)

El sexo femenino tuvo un porcentaje mayor en la práctica de la conducta Autolesiva, lo que confirma que las mujeres adolescentes tienen una mayor propensión a las autolesiones, sin embargo, los hombres tienden a utilizar métodos más letales que las mujeres y pueden autolesionarse a una velocidad tan alta como sus contrapartes femeninas, ya que los hombres tienen a ejecutar alguna acción que exteriorice su malestar ante una situación estresante (Andolver, Primack, Gibb & Pepper, 2010)

A pesar de que este estudio no mostró diferencias significativas entre las autolesiones consideradas como severas y las autolesiones menores, si fue evidente que el tipo de autolesión usada con más frecuencia es de tipo severa (cortarse hasta lastimarse o sangrar la piel) lo que

confirma la teoría de que uno de cada 12 jóvenes se autolesiona mediante los cortes (Reuters, 2011). Sin embargo, el tipo de autolesión considerada como menor, que resultó más frecuente fue rayar, marcar o pinchar la piel, aspecto que refleja que, a pesar de no ser un acto extremadamente dañino, puede llegar a ser subestimado el hecho de que sigue llamando la atención que esta conducta tenga una pauta repetitiva y que los adolescentes puedan estar usando este método para aminorar algún nivel de estrés o ansiedad. Por tanto, debe considerarse el hecho de que el 11% de los adolescentes que se autolesionan han tenido un episodio de repetición dentro del año posterior al que se presentó su primera autolesión (Morthorst, 2012) aspecto que nos permite confirmar que la frecuencia repetitiva y la temporalidad reportada es de suma importancia al momento de investigar esta conducta. Pues la repetición de las autolesiones también se ha asociado con un aumento adicional en el riesgo de suicidio, ya que los adolescentes que presentan autolesiones severas en más de una ocasión, tienen el doble de riesgo de suicidio en comparación con los que solo han presentado un episodio (Zahl DL, 2004)

Riesgo Suicida

Por lo que respecta al riesgo suicida, fue mayor el número de adolescentes con riesgo en comparación con las cifras de aquellos que no presentaron riesgo suicida alguno. Ambos sexos mostraron porcentajes muy similares de riesgo suicida, sin embargo, el sexo femenino presentó un puntaje más alto que los hombres en lo referente al riesgo suicida por intento. Siendo el riesgo por intento y el riesgo bajo, los niveles más frecuentes.

Autolesiones y Riesgo Suicida

De total de adolescentes que se autolesionan en este estudio, solo la mitad si registró riesgo suicida, lo que nos abre una puerta para pensar que no necesariamente todos aquellos que se autolesionan están en riesgo de morir, sin embargo, se presume que uno de cada 12 alumnos se habrá autolesionado por lo menos una vez sin intención suicida (Hakkin, 2012). Así también este estudio mostró que el porcentaje de riesgo en aquellos adolescentes que no se autolesionan es aún más bajo, aunque no se descarta el hecho de que el riesgo existe.

Así también en aproximadamente la mitad de los adolescentes que no practican la conducta Autolesiva sigue existiendo un riesgo suicida, aspecto que nos habla de que el

adolescente puede no considerar esta conducta como forma de afrontamiento ante sus problemas y que pueden existir otros factores asociados al riesgo suicida que también incrementen su vulnerabilidad.

Un aspecto que es claro, es el hecho de que prácticamente la misma cantidad de adolescentes que presentan riesgo por intento suicida, se autolesionan. Por tanto, aquellos adolescentes con riesgo suicida alto en este estudio, si se autolesionan en su gran mayoría. Lo que concuerda con el hecho de que se estima que alrededor de una cuarta parte de los suicidios están precedidos por autolesiones no fatales que ocurrieron en el año anterior a su muerte (Owens, & House, 1994) y existen estudios que nos confirman que anterior al suicidio tuvieron muchos años de seguimiento al presentar cortes cada vez más grandes.

Así mismo es evidente que prácticamente el mismo porcentaje de adolescentes que presentaron riesgo suicida por ideación, también se autolesionan. Y aquella población que se registró con riesgo suicida bajo, aun así, presentó existencia de conducta Autolesiva.

Así también es evidente que existen diferencias estadísticamente significativas en el grupo de autolesiones y el grupo sin autolesiones en relación a las subescalas de riesgo suicida (IRIS) las cuales son estadísticamente significativas en las cuatro sub escalas de IRIS, el grupo de adolescente mostró medias significativamente más altas en los cuatro factores de riesgo suicida, por lo que los adolescentes que se autolesionan tienden a mostrar con mayor frecuencia ideas e intencionalidad suicida, depresión y desesperanza, ausencia de circunstancias protectoras e índices de dificultades asociadas al riesgo suicida. Por lo tanto, se confirma la hipótesis de que existen relación entre el Riesgo suicida y las Autolesiones. Por ello es fundamental prevenir la peligrosidad de esta conducta, pues los actos de los adolescentes pueden ser cada vez más riesgosos en la medida de que quienes los cometen, necesiten negar la fuente de su dolor, o sea mayor su inconsciencia (Reyes Zubiría, 1999) El adolescente llega a lidiar con la angustia emocional y el dolor por medio de hacerse daño al cortarse, introducir objetos en la piel o evitar intencionalmente la curación de las heridas, incrementando su capacidad para suicidarse (Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014)

El inventario de Riesgo Suicida, IRISA-A, (Hernández & Lucio, 2006) resultó ser un instrumento con un lenguaje que logró ser comprendido con adolescentes en etapa temprana (11 años) a pesar de que su aplicación fue originalmente diseñada para adolescentes a partir de los 12 años.

Sucesos de Vida Estresantes

Los adolescentes que se autolesionan obtuvieron medias significativamente más altas que el grupo de adolescentes sin autolesiones, en el área familiar, social, logros y fracasos y salud personal; lo que confirma la hipótesis de los adolescentes que se autolesionan perciben mayores eventos estresantes que aquellos que no se autolesionan.

En lo que respecta a los logros y fracasos, y a el área familiar la teoría confirma que para los jóvenes emocionalmente vulnerables y con pobres éxitos escolares, suelen actuar de manera impulsiva y violenta, lo que los lleva a saber que no será fácil alcanzar las metas que sus padres o familiares esperan de ellos (Reyes Zubiría, 1991) Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión y presión para lograr el éxito, existiendo sucesos de vida que pueden llegar a perturbarlos, haciendo que el suicidio aparente ser una solución a sus problemas y al estrés, de acuerdo con la American Academy Of Child and Adolescent Psychiatry (2015)

Con base a los resultados obtenidos en este estudio y en relación con la teoría, es factible entender que definitivamente las autolesiones se encuentran significativamente vinculadas con el riesgo suicida y con el suicidio consumado, sobre todo por el hecho que al llegar a la Adolescencia, se presentan conductas propias de la edad, pero no está demás entender que mientras más bajo sea el potencial suicida de un individuo o de un grupo de riesgo, tendrán mucha mayor importancia el factor o factores contingentes como detonantes del suicidio (Reyes Zubiría, 1999) Por ello los sucesos de vida estresantes si influyen en la vida del ser humano, funcionando como un disparador que empuja al individuo al comportamiento suicida en un intento desesperado por enfrentar reacciones emocionales intensas (Overholser, 2003)

6.2 Limitaciones y sugerencias

El uso de la Cedula de Autolesiones de Marín (2014) fue de gran utilidad ya que se obtuvieron datos específicos como el inicio de las autolesiones, la frecuencia y la temporalidad del último episodio Autolesivo aspectos que nos permiten tener un referente de cuál es la pauta repetitiva que tiene el adolescente con la autolesión, cuán es el método más usado y su nivel de letalidad. Cabe mencionar que un área de oportunidad fue la necesidad de explorar a fondo la intencionalidad de las conductas, sobre todo de aquellas que ocurrieron en el mismo mes. Por otro lado, hubo algunos casos en los que las puntuaciones que alcanzaron algunos adolescentes fueron reportadas como autolesiones menores a pesar de su nivel alto de frecuencia, por el simple hecho de que la temporalidad reportada fue de un año o de más de un año, por lo que se sugiere que, si se decide utilizar este instrumento para futuras investigaciones, la entrevista a profundidad sea parte del material de estudio, ya que la entrevista puede proporcionar pautas que también encaminen a saber las razones que llevaron a la persona a realizar una conducta Autolesiva.

Se sugiere que para futuras aplicaciones en el Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio & Durán, 2003) la persona o personas que realicen la aplicación estén preparados para resolver dudas a los participantes, ya que el cuestionario contiene algunos dobles negativos que pudieran causar confusión en la comprensión de las preguntas. Además, es importante establecer una buena relación con los adolescentes y motivarlos para contestar los cuestionarios.

Se sugiere que en futuros estudios, se considere la posibilidad de explorar el nivel de autoestima de los adolescentes que se autolesionan, ya que esto permite encontrarle un mayor sentido a la razón de porque los jóvenes están dispuestos a permanecer tanto tiempo en una situación dolorosa, pues de acuerdo con Franklin (2010) las personas que se gustan a sí misma no se autolesionan, por tanto, esto podría ser una señal de aspectos a trabajar dentro de una intervención psicológica con adolescentes.

Al ser el suicidio un síndrome pluricausal en donde intervienen factores diversos, se sugiere que para mayor información se acompañe del MMPI-A ya que permitiría identificar si los riesgos suicidas están asociados a alguna patología en particular y a partir de ello poseer un criterio más acertado de como direccionar el tratamiento que se realice a las personas en riesgo de suicidio.

Se propone que para futuros estudios, se adapte algún cuestionario que permita explicar qué significado tiene para los niños y adolescentes en etapa temprana la muerte, pues ello podría dar significado al tipo de pensamiento que experimenta y también a la forma en la que ha aprendido a interpretar la muerte en razón de su cultura, su religión y hasta sus experiencias familiares, y desde luego para que la intervención psicológica sea efectuada con mayor precisión y no solo con la idea de que quien desea suicidarse lo lleva a cabo con una visión de túnel.

Las entrevistas realizadas a padres de familia con hijos que se autolesionan, pudieran contribuir a recabar características repetitivas y contar un referente actualizado sobre la frecuencia e intensidad de sus autolesiones y sobre la atención y medidas tomadas por los padres ante esta situación.

Por último, se sugiere realizar investigaciones con poblaciones no escolarizadas, ya que estas pueden presentar mayor vulnerabilidad a las autolesiones, al riesgo suicida y a los sucesos de vida estresantes, pues estar dentro de un contexto escolar, de alguna manera se convierte en un factor protector para el adolescente.

6.3 Referencias

- Aberastury, Arminda & Knobel Mauricio. (1997). *Adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Ed. Paidós Educador. México.
- A holistic approach*. Kluwer Netherlands. Academia Publishers.
- Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1081-1089.
- Agazzi, L. (2006). Escrituras en el cuerpo, sus afecciones. Reflexiones Psicoanalíticas. México: Círculo Psicoanalítico Mexicano.
- Ajdacic-Gross, V.; Weiss, M.G.; Ring, M.; Hepp, U.; Bopp, M.; Gutzwiller, F.; Rossler, W. (2007). Métodos de suicidio: comparación internacional a partir de la base de datos de mortalidad de la OMS. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-043489-ab/es/>
- Alderman T. *The Scarred Soul: Understanding and Ending Self-Inflicted Violence*. Oakland. New Harbinger Publication; 1997.
- Altamura, C.; Vangastel, A.; Pioli, R.; Mannu, P.; Maes, M. (1999). Seasonal and circadian rhythms in suicide in Calgari, Italy. *Journal of Affective Disorders*, 53, 77-85.
- Ancianas Ancinas, M.P. y Muñoz Prieto, F.A. (2008). Gestión de emergencias por intento de suicidio. En Enrique Parada Torres (Ed.). *Psicología y emergencias: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Andrés, R. (2003). *Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona: Atalaya.
- Asociación Americana de Psiquiatría, APA. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM 5. Buenos Aires-Caracas-Madrid-México-Porto Alegre: Panamericana.
- Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio (2009). Introducción al suicidio. *Guía del Psicólogo*, 297, 5-8.
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., & García, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Barbiker y Arnold, G. (1997). *The Language of Injury: Comprehending Self-Multination*. Reino Unido: Wiley.
- Beck, A.T.; Steer, R.A.; Beck, J.S.; Newman, C.F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depresión. *Suicide Life Threat Behavior*, 23, 4, 139-145.

- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México, *Salud Mental*, 31, 155-163.
- Bertelote, J.M.; Fleischmann A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*, 7, 6-8.
- Bobes García J.; González Seijo J.; Saiz Martínez PA. (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Psiquiatría Médica. Barcelona. Editorial Masson
- Bobes García, J.B. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Medica.
- Boxer, P. (2010). Variations in risk and treatment factors among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm in an inpatient sample. *Journal Clinical Child Adolescents Psychology*, 39, 470-480.
- Blos, Peter. (1973). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu
- Blos, Peter. (1975). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México. Ed. Amorrortu.
- Blos, Peter. (1990). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México, D.F. Editorial Planeta
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R. & Nock, M. (2008). *Suicide ideations, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey*. doi: 47(1): 41-52. <http://doi.org/fgb9h7>
- Brown M, Comtois K, Linehan M. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2002;111(1):198–202.
- Buendía Vidal, J. (2004). *El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Carroll, R., Metcalfe, C., Gunnell, D. (2014). Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and Non-Fatal Repetition: Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos ONE* 9(2): e89944. doi: 10.1371/journal.pone.0089944
- Chapman, A., Gratz, K., Brown, M. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behavior Research and Therapy*, 44, 371- 394.
- Cohen, J., Mannarino, A., Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29, 135-145.

- Cohen, J., Deblinger, E., Mannarino, A., Steer, R. (2004). A Multi-Site, Randomized Controlled Trial for Children With Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of the American academy of Child and adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.
- Cohen, S. & Figueroa, M. I. (2004). *Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes*. *Anales de Psicología*. V. 20, n. 1, p. 29-52
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de La Adolescencia* (4ta Edición). Madrid. Ediciones Morata, SL.
- Coleman, J., & Hagell, A. (2007). *The nature of risk and resilience in Adolescence*. En Coleman, J. & Hagell, A. (Eds.) *Adolescence, risk and resilience: Against the odds* (Vol. 3). John Wiley & Sons.
- Cooney, E., Davis, K., Thompson, P., Wharewera-Mika, J., Stewart, J. (2010). Fesiability of evaluating DBT for self-harming adolescents: a small randomized controlled trial. *The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development*. Recuperado de www.tepou.co.nz.
- Comtois, K. (2002). A Review of Interventions to Reduce the Prevalence of Parasuicide. *Psychiatric Services*, 53, 1138- 1144.
- Conterio, K, Lader, W., Kingson Bloom, J.: *Bodily Harm; The Breakthrough Healing Program for self- injures*, Hyperion Books, 1998.
- Crowell, S., Beauchaine, T., McCauley, E., Smith, C., Vasilev, C., Stevens, A. (2008). Parent-Child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 15-21.
- De Leo, D.; Schmidtke, A.; Diekstra, R.F.W. (1998). *Suicide prevention*
- Durkheim, E. (1995). *El suicidio*. Madrid. Akal.
- De Leo D, Heller TS. *Med J Aust*. 2004 Aug 2;181(3):140-4
- Dear GE, Slattery JL, Hillan RJ. *Suicide & Life - Threatening Behavior*. New York: Winter, 2001;31(4):442.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., Seidlitz, L., Lyness, J. M., Cox, C., & Caine, E. D. (2000). "Personality traits and suicidal behavior and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older". *Journal of Gerontology*, pp. 18–26.
- DSM-5 Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales (2014) American Psychiatric Association

- Eguiluz, L., Córdova, M. & Rosales, J. (2010). *Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento*. México. Ed. PAX.
- FEAFES (2006). *Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención*. Madrid. FEAFES.
- Fomentar T, Gillespie K, R McClelland, Patterson C (1999) Los factores de riesgo para el suicidio independiente de trastorno DSM-III-R Eje I. De casos y controles estudio de autopsia psicológica en Irlanda del Norte. *Br J Psiquiatría* 175: 175-179. doi: 10.1192 / bjp.175.2.175
- FU, Q.; Heath, A.C.; Bucholz, K.K.; Nelson, E.C.; Glowinski, A.L.; et al. (2002) A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological Medicine*, 32, 11–24.
- Franklin JC, Hess el ET, Aaron RV, Arthur MS, Heilbron y Prinstein MJ. (2010). The functions of nonsuicidal self-injury: Support for cognitive-affective regulation processes from a novel psychophysiological paradigm. *Journal of Psychology*, 111: 850-862.
- Gairin I, Casa A, D Owens (2003) La asistencia al servicio de urgencias en el año antes del suicidio: estudio retrospectivo. *Br J Psiquiatría* 183: 28-33. doi: 10.1192 / bjp.183.1.28
- García Alandete, J.; gallego-Pérez, J.F.; Pérez-Delgado, E. (2007). Depresión, desesperanza, neurosis noógena y suicidio. *Interpsiquis*. <http://www.psiquiatria.com>
- García De Jalón, E. (2002). Suicidio y riesgo suicida. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 25, 3 supl, 87-89.
- Gardner, F.: *Self-Harm: A Psychotherapeutic Approach*, Hove U.K.: Brunner Routledge, 2001.
- Gmitrowicz, A.; Kolodziej-Maciejewska, H. (2001). Dysfunction of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in adolescents after a suicide attempt. *Psychiatr Pol*, 35, 5, 803-818.
- Gómez Macías, V.; De Cós Milas, A.; Ruíz de la Hermosa Gutiérrez, L.; Sala Cassola, R. Sobrino Cabra, O. (2007). Suicidio y psicopatología. *Interpsiquis*. <http://www.psiquiatria.com>
- Gratz, K. (2007). Targeting Emotion Dysregulation in the Treatment of Self- Injury. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1091- 1103.

- Gratz, K.L, & Gunderson, J.G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 25-35.
- Grewal, P. (2006). The Self-Injury Questionnaire: Evaluation of the psychometric properties in a clinical population. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 221-227.
- Guiber Reyes, W. (2002). Epidemiología de la conducta suicida. *Revista Cubana Med. Gen. Integr.*, 18, 2, 34-40.
- Goldstein, A, L. [et. Al. J. (2009). "Personality, Child Maltreatment, and Substance Use.
- González, Núñez, J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. Ed. Manual Moderno.
- González, J. & Nahoul, V. (2007). *Momentos vulnerables de la Adolescencia*. En: Alétheia. Núm. 26. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social.
- Gould MS, Velting D, Kleinman M, et al. Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004;43(9):1124.
- Guyot, P, F. (1685-1745) "Dictionnaire néologique à l'usage des beaux esprits du siècle" Ed. Arkste'e y Merkus, 1750 6 Edición
- Halbwachs M.(1930). Les causes du suicide. Avant.propos de Marcel Mauss. Paris: Félix Alcan, 1930. Collection "Travaux de l'Anné sociologue". Reimpression: Arno Press inc., 1975. 520 pages. Collection: European Sociology.
- Hartmann, H., Kris, E., y Loewenstein, R. M. (1946), "Comments on the Formation of Psychic Structure", *Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. II, loc. Cit.
- Hawton, K.; Van Hearing, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373, 1372-1381.
- Haw, C., Hawton, K., Casey, D., Bale, E., & Shepherd, A. (2005). "Alcohol dependence, excessive drinking and deliberate self-harm: Trends and patterns in Oxford, 1989–2002". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, pp. 964-971.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2003). "Correlates of relative lethality and suicidal intent among deliberate self-harm patients". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, pp. 353–364. pp. 447–457.
- Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. *BMJ*. 2002 Nov 23;325(7374):1207-11
- Hooley JM. Self-harming behavior: Introduction to the special series on non-suicidal self-injury and suicide. *Appl Prev Psychol* 2008; 12:155-158.

- Hernández, C. Q. & Lucio, M. E. (2006) *Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos*. Revista Mexicana de Psicología en línea. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020646006>
- Hernández, C. (2007). Estrategia de intervención para adolescentes en riesgo suicida (Tesis Doctoral). Facultad de Psicología, UNAM.
- Hernández, J. (1997). El proceso suicida. En S. Ros Montalbán (Ed.). *La Conducta Suicida*. Madrid: Libro del Año.
- Hernández, Q. (2009) *Suicidio adolescente y la Internet*. JÓVENES Revista de Estudios sobre Juventud; 32:108-121.
- Hilt, L., Nock, M., Lloyd-Richardson, E. & Prinstein, M. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 28, 455-469.
- Huerga Lora, C.; Ocio León, S. (2009). Suicidio factores de riesgo. *Interpsiquis*. <http://www.psiquiatria.com>
- Huergo Lora, C.; Ocio León, S. (2009). Suicidio factores de riesgo. *Interpsiquis*. <http://www.psiquiatria.com>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2011). *Estadísticas a propósito del día Internacional de la prevención del suicidio. Datos nacionales*. México. INEGI.
- Isometsa, E.T.; Henriksson, M.M.; ARO, H.M.; Heikkinen, M.E.; Kuoppasalmi, K.I.; Lonnqvist, J.K. (1994). Suicide in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 151, 530-536.
- Jacobsson, L.; Renberg, E.S. (1999). On suicide and suicide prevention as a public health. *Issue. Med Arh*, 53, 3, 175-177.
- Jeglic, E., Vanderhoff, H., Donovan, P. (2005). The Function of Self Harm Behavior in a Forensic Population. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 131-142.
- Kaplan, C., Thompson, A., Searson, S. (1995). Cognitive Behavior Therapy in Children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 73: 472-475.
- Klonsky, D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Klonsky, D., Muehlenkamp, J. (2007). Self-Injury: A research Review for the Practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1045-1056

- Kreitman N. (1977). *Parasuicide*. London: Wiley Sons.
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reich, K. A. (2005). "Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the "whats" and "whys" of self-harm". *Journal of Youth and Adolescence*,
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Lee, H.C.; LIN, H.C.; TSAI, S.Y.; LI, C.Y.; Chen, C.C., Huang, C.C. (2006). Suicide rates and the association with climate: a population-based study. *J. Affect. Disord.*, 92, 221-226.
- Leenaars Antoon A. (2010). **Edwin S. Shneidman on Suicide** *Suicidology Online* 2010; 1:5-18. Norwegian Institute of Public Health, Division of Mental Health, Department of Suicide Research and Prevention.
- Lester D. (1971). Seasonal variation in suicidal deaths. *British Journal of Psychiatry*, 118, 627-628.
- Levenkron, Steven. (1998). *Cutting: Understanding and Overcoming Self-Mutilation*. Nueva York; Londres: W.W. Norton.
- Lucio, E., Barcelata, B. & Durán, C. (2010). *Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA)*. México. Manual Moderno.
- Lucio, E., Durán, C., & Heredia, C. (2014). *Escala Infantil de Estrés (EIE)*.
- Lucio, E., Durán, C., Heredia, C., & Villarruel, B. (2014). *Escala de Afrontamiento para Adolescentes (EA-A)*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lucio, E. & Heredia, C. (2013) *Psicopatología: Riesgo y tratamiento de los problemas infantiles*. México. Ed. Manual Moderno.
- Lucio, E. & Hernández, Q.(2016). *El estudio de la personalidad en el tratamiento y prevención del suicidio en la población adolescente* en *Prevención de la conducta suicida*. Washington, DC: OPS.
- Maes, M.; De Meyer, F.; Peeters, D. (1994). Synchronized annual rhythms in violent suicide rate, ambient temperature and the light-dark span. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 391-396.
- Madge N, Hawton K, McMahon E, Corcoran P et al. Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011; 10:499-508.

- Mc Kay, M., Wood, J., Brantley, J. (2007). *The dialectical Behavior Therapy Skills Workbook*. California: New Harbinger Publications Inc.
- Maris, R.; Berman, A.; Silverman, M. (2000). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. The Guilford Press. New York.
- Marin, M (2013) Desarrollo y Evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan, pp 19-22.
- Matusevich D.; Pérez Barrero, S. (2009). Suicidio en la Vejez. Buenos Aires: Polemos.
- McCloud, A., Barnaby, N., Omu, N., Drummond, C., & Aboud, A. (2004). "Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population: In-patient prevalence study". *British Journal of Psychiatry*, pp. 439–445.
- Menninger, K: *Man Against Himself*. New York, Harcour Brace and World. 1938
- Miró García, F.; Barbería Marcaláin, E.; Correas Soto, C.J.; Fernández Arribas, E. (2006). Violencia del método suicida y circunstancias acompañantes en una revisión de 42 muertes de etiología autolítica. *Interpsiquis*. <http://www.psiquiatria.com>
- Miller, A., Rathus, J., Linehan, M., Wetzler, S., Leigh, E. (1997). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 3, 78-86.
- Miller, F., Bashkin, E. (1974). Depersonalization and self-mutilation. *Psychoanalytic Quarterly*, 43, 638-649.
- Morales, M.L.; Jiménez, I.A. (1996). El suicidio desde la perspectiva forense. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 25, 29-37.
- Morthorst B, J Krogh, Erlangsen A, F Alberdi, Nordentoft M (2012) Efecto de proximidad selectivo después del intento de suicidio en el AID (intervención resuelta de autolesión) ensayo: ensayo controlado aleatorizado. *BMJ* 345: e4972. doi: 10.1136 / bmj.e4972
- Moscickil, E.K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 1, 310-323.
- Mosquera, Dolores. (2008). *La autolesión, El lenguaje del dolor*. Madrid: Pléyades.
- Muehlenkamp, J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2(75), 324-333.
- Nasio, J. (2007). *El dolor físico*. Argentina: Gedisa.
- Nahoul, V. & González, J. J. (2014) *Técnica de la entrevista con adolescentes*. *Integrando*

modelos psicológicos. Argentina 1a ed. Brujas.

- Nixon, M., Heath, N. (2009). *Self Injury in Youth. The Essential Guide to Assessment and Intervention*. New York: Routledge, Taylor y Francis Group.
- Nock, M., Hollander, M. (2007). Psychological Treatment of Self Injury Among
- Nock, M., Joiner, T., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E., Prinstein, M. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.
- Nock, M., Prinstein, M. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885- 890.
- Nock, M., Prinstein, M. (2005). Contextual features and Behavioral Functions of Self- Mutilation among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*. 114, 140- 146
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). "Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents". *Journal of Abnormal Psychology*, pp. 140–146. Differences, pp. 943–952.
- Ollendick, T., King, N. (2004). Empirically supported treatments for children and adolescents: advances toward evidence- based practice. En Barret & Ollendick *Handbook of interventions that work with children and adolescents: prevention and treatment*. USA: John Wiley & Sons.
- OMS (2000). *Información mundial sobre violencia y salud*. OMS. Ginebra.
- OMS (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra. OMS.
- OMS (2001). *Prevención del suicidio: Instrumentos para docentes y demás personal institucional*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra. OMS.
- OMS (2004) Suicide huge but preventable Public Health.
<http://www.who.int/mediacentre/newa/releases/2004pr61/en/>
- OMS (2005). *Suicide prevention*.
- OMS (2009). SUPRE. Disponible en: <http://www.who.int/topics/suicide/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Marco de Referencia para la implantación de la Estrategia Regional de Salud Mental. Washington (DC): 2011, p.142-37

- OMS (2014) Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva: World Health Organization; 2014
- Owens D, J Horrocks, Casa A (2002) la repetición fatal y no fatal de auto-daño. Revisión sistemática. *Br J Psiquiatría* 181: 193-199. doi: 10.1192 / bjp.181.3.193
- Pao, P. (1969). The syndrome of delicate self-cutting. *British J. of Med. Psych*, 42:195-206
- Pascual, P.; Villena Ferrer, A.; Morena Rayo, S.; Téllez Lapeira, J.M.; López García, C. (2005). El paciente suicida. *Guías clínicas*, 5, 38, 1-3.
- Patoton y Moran, G. (2008). Uno de cada 12 adolescentes se autolesiona. Reuters. Recuperado de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=73629>
- Pérez Barrero, S.A. Attitudes toward suicide in 107 first and second year medical students. *Italian Journal Of Suicidology* 8, 1:35-37, 1998.
- Pérez Barrero S.A. (1999) Lo que Ud debería saber sobre... Suicidio. Ed. Imagen Grafica S.A. C.V.
- Pérez Barrero S.A. (1997) El suicidio. Comportamiento y Prevención. Ed. Oriente. Santiago de Cuba.
- Pérez Barrero S.A. (2000) Psicoterapia del comportamiento suicida. Fundamentos. Ed. Hosp.Psiq.de la Habana.
- Pérez Barrero, S.A. (2002). *La adolescencia y el comportamiento suicida*. La Habana. Ediciones Bayano.
- Pérez Barrero, S.A. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 3, 386-394.
- Plante, Lori G. (2007) *Bleeding to Ease the Pain: Cutting, Self-injury, and the Adolescent Search for Self* (Portland, OR: Praeger)
- Pérez Barrero, S.A. y Mosquera, D. (2002). *El suicidio, prevención y manejo*. Madrid. Pléyades.
- Platt, S. (1984). Unemployment and suicidal behavior: a review of the literatura. *Social Science & Medicine*, 19, 93-115).
- Plutchik, R., van Praeg, H. (1989). The Measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 13, 23-34.
- Prinstein, M. (2008). Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal selfinjury: A review of unique challenges and important directions for self-injury science. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1-8.

- Public Health Service (2001). *Nacional strategy for suicide prevention: goals and objectives for action*. Rockville, MD. USDHHS.
- QIN, P. (2005). Suicide risk in relation to level of urbanicity. A population-based linkage study. *Int. J. Epidemiology*, 34, 846-852.
- QIN, P.; Agerbo, E.; Moertensen, P.B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1091-1987. *Am. J. Psychiatry*, 160, 765-772.
- Quintanar, F. (2007) *Comportamiento Suicida*. D.F. México Ed. Pax México
- Rathus, J., Miller, A. (2002). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 32, 146-157.
- Reinecke, M., Ryan, N., DuBois, D. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 26- 34.
- Reisfeld, S. (2004). *Tatuajes: una mirada psicoanalítica*. Argentina: Paidós
- Robins, C., Chapman, A. (2004). Dialectical Behavior Therapy: Current status, recent developments and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18, 73- 89.
- Robinson; J.; Harris, M.G.; Harrigan, S.M. y otros (2010). Suicide attempt in first-episode psychosis: A 7.4-year follow-up study. *Schizophr Res*, 116, 1, 1-8.
- Robles, R., Páez, F., Marín, M. (2011). Trastornos disociativos y somatomorfos. En Caballo, V., Salazar, I., Carroble, J. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211- 218.
- Rocamora Bonilla, A. (2000). *El hombre contra sí mismo: Un modelo de intervención en la crisis suicida*. Madrid. Asociación de Editores de Andalucía.
- Rodham, K., Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal selfinjury. En M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 37-62). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rodríguez Pulido, F.; Antonio Sierra López, A.; Gracia Marco, R. J.; González De Rivera, L.; Montes De Oca, D. (1990). La prevención del suicidio (I): prevención primaria. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 11, 8, 47-52.

- Rothschild, D. (2009). On Becoming One-Self: Reflections on the Concept of Integration as Seen Through a Case of Dissociative Identity Disorder. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 175–187.
- Ross RR, Me Kay HB: Self - mutilation. Lexington, MA: DC Heath and Company, 1979
- Ross, S. & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal Youth Adolescence*, 31(1):67-77.
- Sáiz Martínez, P. (2005). *Prevención de comportamientos suicidas en esquemas*. Barcelona. Grupo Ars XXI de Comunicación.
- Santa Mina, E., Baan, R., Gallop, R., Links, P., Heslegrave, R., Pringle, D., Wekerle, C.,
- Santos, D. (2006). *Encuesta vía Internet para conocer la conducta de auto-lesión en países hispanohablantes*. Trabajo presentado en el XIV Congreso Mexicano de Psicología. Sociedad Mexicana de Psicología, Jalisco, México.
- Santos, D. (2011). *Autolesión, qué es y cómo ayudar* (primera edición). México, DF: Ficticia.
- Santos, D. (abril 2008). *Trabajo terapéutico con gente que se autolesiona*. Presentado en el Taller para terapeutas, Alía, información y apoyo. México, DF.
- Sauceda, J., Lara, M. & Fócil, M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Medigraphic Artemisa en línea*, 63, 223-231
- Shneidman, E.S. (2001). *Comprehending Suicide. Landmarks in the 20th-Century Suicidology*. Washington, DC. American Psychological Association.
- Sidley, L.G. (2001). Parasuicide. *In Treating Complex Cases. The Cognitive Behavioural Therapy Approach*. TARRIER Nicholas, Wells Adrian, Haddock Gillian. (eds.) Wiley, 272-275.
- Simeon, D., Favazza, A. (2001). Self-Injurious behaviors, phenomenology and assessment. En Simeon y Hollander (Eds). *Self-Injurious behaviors, assessment and treatment*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Smith, J.C.; Mercy, J.A.; CONN, J.M. (1988). Marital status and the risk of suicide. *Am. J. Public Health*, 178, 78-80.
- Sublette, M.E.; Hibbeln, J.R.; Galfalvy, H. Oquendo, M.A.; Mann, J.J. (2006). Omega-3 polyunsaturated essential fatty acid status as a predictor of future suicide risk. *American Journal of Psychiatry*, 163, 6, 1100-1102.

- Teraiza, E.; Meza, R. (2009). Factores psicosocioculturales y neurobiológicos de la conducta suicida: Artículo de revisión. *http://www.psiquiatria.com, 13, 3.*
- Toro Trallero, J.; Castro Fornieles, J. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario. *Trastorno de Psiquiatría*. Volumen I. Barcelona. Ars médica.
- Toro, J. (2010). El adolescente en su mundo. Riesgos, problemas y trastornos. Madrid: Pirámide.
- Ulloa, R., Contreras, C., Paniagua, K. y Gamaliel, V. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud mental, 36(5), 421-427.*
- Universidad Nacional Autónoma de México-Dirección General de Comunicación Social. (Presentan emos un perfil psicologico depresivo. Boletín unam-dcs. 24 de marzo 2008. N184, recuperado el 12 junio de 2009, en: <http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2008:184>. html
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W. (1997). *Trauma, Dissociation and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders*. Pennsylvania: Brunner/Mazel Publishers.
- Villarroel, J. Jerez, S., Montenegro, M., Montes, A., Mirko, C. y Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista de neuro-psiquiatría, 51(1), 38-45.*
- Vallejo Ruiloba, J. (2005). Psiquiatría en atención primaria. *Ars médica, 280-281.*
- Van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality, *Canadian Journal of Psychiatry, 48, 5, 289-291.*
- Velting, D. M. (1999). "Suicidal ideation and the five-factor model of personality". *Personality and Individual*
- Veveřa J. (2006). Cholesterol, violence and suicide—history of errors. *Cas Lek Cesk, 145, 2, 118-122.*
- V.J. Turner, *Secret Scars: Uncovering and Understanding the Addiction of Self-Injury* (Center City, MN: Hazelden Foundation, 2002).
- Walsh, B.W., & Rosen, P.M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research and treatment*. New York: Guilford Press
- Walsh, B. (2005) *Treating self-injury: A practical guide* (3 Ed.). New York: Guilford Press
- Walsh, B.W. (2006). *Treating Self-injury: a practical guide*. New York, NY: Guilford Publications, Inc.

- Wittouk, V.L.; Zandi, P.P.; Badner, J.A.; Steele, J.; Miao, K.; Lopez, V.; MacKinnon, D.F.; Mondimore, F.M.; Schweizer, B.; McInnis, M.G.; Miller, E.B.; DePaulo, R.; Gershon, E.S.; McMahon, F.J.; Potash, J.B. (2007). Attempted Suicide in Bipolar Disorder Pedigrees: Evidence for Linkage to 2p12. *Biological Psychiatry*, 61, 5, 725-727.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). "Self-injurious behavior in a college population". *Pediatrics*, pp. 1939-1948. Examining Correlates of Deliberate Self-Harm Among University Students". *Canadian Journal of Behavioural Science*, pp. 241–251.
- Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A., Harrington, R. (2001). Randomized Trial of Group Therapy for Repeated Deliberate Self-Harm in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1246–1253.
- Woods, J. (1988). Layers of meaning in self-cutting. *Journal of Child Psychotherapy*, 14, 51-60.
- Yufit RI, Bongar B. Suicide, stress, and doping with life cycle events. En: R. W. Maris, A-L Berman, J.T. Maltzberger, & R.I. Yufit (Eds.) *Assessment and prediction of suicide*. New York Guilford .1992. 398-419.
- Zahl DL, Hawton K (2004) La repetición de la autoagresión deliberada y posterior riesgo de suicidio: a largo plazo estudio de seguimiento de 11.583 pacientes. *Br J Psiquiatría* 185: 70-75. doi: 10.1192 / bjp.185.1.70