

# Conducta autolesiva no suicida en adolescentes

**M.P. Paula Sarmiento<sup>(1)</sup>, C.A. Pérez<sup>(2)</sup>, Y.C. Durán Cárdenas<sup>(3)</sup>, D.E. Upegui Mojica<sup>(3)</sup>, F. Rodríguez Morales<sup>(4)</sup>.** <sup>(1)</sup>MD pediatra especialista epidemiología. <sup>(2)</sup>MD prevención de lesiones en niños y adolescentes, residente tercer año pediatría Universidad de La Sabana. <sup>(3)</sup>Médico Interno Universidad de la Sabana. <sup>(4)</sup>Médico pediatra, salubrista y docente de la Universidad de la Sabana. Colombia.

**Fecha de recepción:** 23 de mayo 2019

**Fecha de publicación:** 31 de octubre 2019

Adolescere 2019; VII (3): 65.e1-65.e8

## Resumen

La conducta autolesiva no suicida es un problema extenso en los adolescentes, siendo más prevalente en aquellos con comorbilidades psiquiátricas. Es un trastorno que se presenta en pacientes con factores de riesgo relacionados con disfuncionalidad familiar, dificultades en las relaciones inter e intrapersonales, e incluso en algunas ocasiones inducido por el contenido encontrado en las redes sociales. El pediatra tiene un papel fundamental en la detección temprana de dichas lesiones por medio de la identificación de signos de alarma para prevenir eventos suicidas e iniciar un manejo multidisciplinario no solamente de los daños orgánicos causados por las lesiones, sino de igual manera para el control de las comorbilidades.

**Palabras clave:** Adolescente; Auto lesión no suicida; Terapia cognitiva; Terapia de comportamiento.

## Abstract

Non-suicidal self-injury behavior is an extensive problem in adolescents, being more prevalent in those with psychiatric comorbidities. It is a disorder that occurs in patients with risk factors related to family dysfunction, difficulties in inter and intrapersonal relationships, and sometimes even induced by the content found in social networks. The pediatrician has a fundamental role in the early detection of such injuries by identifying warning signs to prevent suicidal events and initiate a multidisciplinary management, not only of the organic damages caused by the injuries, but also to control the comorbidities.

**Key words:** Adolescent; Non-suicide self-injury; Cognitive therapy; Behavior therapy.

## Introducción

A través de los años, el trastorno de autolesión no suicida se ha establecido como una problemática de relevancia a nivel clínico y social debido al aumento en su prevalencia y a un conocimiento más amplio sobre esta conducta, entendiendo sus consecuencias y diferentes factores predisponentes<sup>(1,2,3)</sup>.

Son diversos los términos utilizados para hacer referencia a esta conducta, entre ellos se encuentran: lesión autolesiva, violencia autodirigida, lesión autoinfligida, autoagresión, cutting, risuka y finalmente la propuesta por el DSM 5: trastorno de autolesión no suicida<sup>(1,2,3)</sup>. Independiente del término utilizado, el concepto entre cada uno no varía<sup>(3)</sup>, este término hace referencia a todo acto directo y deliberado de destrucción de tejido propio que se lleva a cabo con el fin de superar emociones intensas y negativas; en ausencia de: intención letal, componente psicótico, búsqueda de placer sexual, decoración de piel o rituales específicos<sup>(4,5)</sup>.

A raíz de la diversa literatura relacionada al trastorno de autolesión no suicida y su impacto en las diferentes redes sociales y medios de comunicación<sup>(6,7)</sup>, han surgido diferentes mitos en torno a esta práctica<sup>(7)</sup>. Los mitos y realidades acerca de este tema se describen en la Tabla I<sup>(7)</sup>.

## Epidemiología

La autolesión deliberada sin intención suicida es un problema de salud pública que compromete a la población adolescente y adulta joven, sin importar sexo, raza o estrato socioeconómico<sup>(5)</sup>. Se describe una prevalencia mundial entre el 11,5 al 19,2% en población general, y en pacientes con comorbilidades psiquiátricas aumenta hasta un 40 a 80%<sup>(3)</sup>. Su comienzo se da típicamente en la adolescencia media. Se estima que para el 2020, entre 15 a 30 millones de personas se autolesionarán<sup>(6)</sup>. A pesar de los datos descritos, sólo un 27% de pediatras interrogan sobre esta práctica<sup>(6)</sup>.

La mayoría de los afectados son mujeres, quienes representan hasta el 75% de los casos, con una relación de 4:1 comparado con hombres<sup>(6)</sup>. Con respecto a la forma de autolesionarse, las mujeres suelen cortarse con más frecuencia, mientras que los hombres prefieren golpearse<sup>(6)</sup>. Cabe mencionar que existen diversas formas de autolesión como quemaduras, pellizcos, caídas de su altura, mordeduras, ingesta de fármacos e incluso algunos autores describen que autotatuarse también se debe incluir en este listado<sup>(1,6)</sup>. En cuanto la topografía de las lesiones, las zonas más afectadas son antebrazos y muñecas, seguidos de brazos, codos, muslos y rodillas<sup>(1,5)</sup>. Cualquier área del cuerpo es susceptible de autolesión y usualmente los adolescentes tienden a ocultar las marcas con pulseras o ropa<sup>(4,5)</sup>.

La mayoría de los pacientes que se autolesionan inician en la adolescencia temprana con cortes pequeños, con el tiempo lo hacen con más frecuencia y más profundos<sup>(6)</sup>. El 12,8% refiere sentirse incapaz de detenerse y el 6,9% presenta una sensación de adicción a autolesionarse, lo cual se asocia con que un porcentaje de pacientes continúen esta práctica en la edad adulta<sup>(5,6)</sup>.

## Bases biológicas y psicológicas: fisiopatología

En la descripción de autolesión se han puntualizado variedad de características psicopatológicas<sup>(3)</sup>. El modelo de evitación de Chapman predice que los adolescentes no pueden hacer frente de manera eficiente a sus emociones, se les dificulta regular de forma efectiva las conductas impulsivas, presentan incapacidad de planeación y de hacer extensivos sus problemas<sup>(3)</sup>, por la cual por medio de la autolesión, reducen su experiencia emocional negativa y ésta produce un alivio temporal del sufrimiento emocional, a costa de lesiones, secuelas físicas y psicológicas a corto y largo plazo<sup>(1,3)</sup>.

Es así como la autolesión no suicida cumple un amplio espectro de funciones para quien lo realiza, ya sea interpersonales (castigo hacia otros, comunicación del nivel de estrés) e intrapersonales (regulación de emociones, autocastigo)<sup>(8)</sup>. Dentro de los diferentes subtipos mencionados anteriormente, las funciones intrapersonales son las más prevalentes ocurriendo en el 66 a 81%, siendo la principal de éstas la regulación de las emociones<sup>(8)</sup>. Esta clasificación permite entender la necesidad de diferentes soportes e intervenciones, momento en el cual se hace relevante la terapia de comportamiento dialéctico (*Developmental-Behavioral Pediatrics*, DBP por sus siglas en inglés), así como la terapia grupal para regulación emocional, de las cuales se hablará más adelante en la sección de tratamiento<sup>(8)</sup>.

Con respecto a la base biológica de este trastorno, se identifica una disrupción de los neurotransmisores necesarios para el control de las emociones<sup>(4)</sup>, como lo pudo evidenciar Coccaro en 1997, quien puntualiza que los pacientes con autolesión y suicidio presentan niveles bajos de serotonina<sup>(5)</sup>. Herpetz integra este concepto al evidenciar una respuesta de prolactina deficiente, lo cual se asocia con un déficit en la función presináptica de la serotonina<sup>(5)</sup>. Adicionalmente, estudios de casos y controles con mujeres adolescentes entre los 13 y 21 años con autolesiones no suicidas, examinaron la red amigdalina de las participantes mediante resonancia magnética nuclear cerebral en reposo, y documentaron que al enfrentar experiencias emocionales negativas, muestran conexiones atípicas entre la amígdala y el lóbulo frontal tanto en reposo como durante el reto emocional, con conectividades aumentadas en el área motora suplementaria y el cíngulo dorsal anterior<sup>(9)</sup>.

## Contexto de riesgo y protección

### Factores de riesgo

A nivel individual se describen varios factores de riesgo para presentar este trastorno. Dentro de estos se encuentran la poca habilidad comunicativa y dificultad en solución de problemas, la impulsividad, niveles altos de pensamientos y sentimientos no placenteros o negativos, orientación sexual diversa, baja autoestima, respuesta excesiva al estrés y sentimiento de necesidad de autocastigo<sup>(3,6,10)</sup>. Otros factores descritos en adultos jóvenes son el bajo nivel socioeconómico y la ausencia de educación o trabajo<sup>(6)</sup>.

La autolesión no es exclusiva de los pacientes psiquiátricos, no obstante, patologías como trastorno depresivo mayor, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad, trastorno de conducta alimentaria, trastornos disociativos, rasgos de personalidad límite y antisocial, fobia social y abuso de sustancias psicoactivas y alcohol, se encuentran más frecuentemente asociados en los pacientes con dicha conducta<sup>(2,3,5,11)</sup>.

Adicionalmente, se describen como factores de riesgo en estos pacientes, la disfunción familiar como por ejemplo divorcio de padres, muerte de algún familiar, terminación de una relación de pareja, y, por otra parte, el conflicto a nivel escolar incluyendo casos de matoneo o acoso verbal o físico<sup>(3,5)</sup>. Asimismo, el abuso sexual, la exposición a violencia intrafamiliar, la hostilidad o crítica excesiva durante la niñez, y conductas moldeadas por pares o por el internet son factores de riesgo documentados<sup>(2,3)</sup>. De igual manera, la falta de información de la población y la poca conciencia que existe en las personas sobre las consecuencias de esta práctica, favorecen los modelos de imitación por internet y facilita la obtención de información sobre los diversos métodos de autolesión; el refuerzo de estereotipos y la normalización de la práctica son factores que favorecen estos modelos de imitación<sup>(12)</sup>.

Por ejemplo, el estudio de Brown y colaboradores muestra que en el mes de abril de 2016 se reportaron en Instagram un total de 32.182 imágenes de 6.721 usuarios usando el hashtag más común para autolesiones no suicidas: "cutting"<sup>(13)</sup>; con respecto a dichos usuarios, el 83% correspondían a cuentas anónimas, y de los que se podían identificar, el 91% eran mujeres; en cuanto a la edad, el 41,6% de los usuarios que permitían ver su información personal, se encontraban entre los 12 y 21 años (teniendo en cuenta que la edad mínima para usar dicha red social es 13 años).<sup>13</sup> En lo que respecta a las imágenes, el 39,6% de las heridas eran leves (rasguños superficiales), 47,8% moderadas (cortes profundos únicos), 12,6% severas (por la profundidad del corte o la repetición de este); la mayoría de las imágenes autolesivas (93,1%) eran cortes<sup>(13)</sup>, sin embargo, también se identificaron otras lesiones como mordeduras o quemaduras<sup>(13)</sup>. Con respecto al pie de foto, se evidenciaron textos autopunitivos y ofensivos<sup>(13)</sup>.

A pesar de lo anterior, el internet trae también efectos positivos al incrementar la conciencia del público y disminuir el estigma, aumentando la probabilidad de que alguien que está luchando contra la autolesión comunique su comportamiento y busque tratamiento<sup>(3,12,13)</sup>.

## Factores protectores

Una adecuada funcionalidad familiar comprensiva, estructurada y que se involucra en los procesos de sus hijos actúa como factor protector<sup>(14)</sup>, junto con el desarrollo de adecuadas habilidades sociales y competencias académicas<sup>(14)</sup>. Se resalta la conveniencia de criar a los adolescentes en el uso de estrategias efectivas de afrontamiento con base en la aproximación de problemas, y no en aquella que se basa en medios de afrontamiento ineficaces o de evitación, que aumentan el malestar psicológico<sup>(14,15)</sup>.

## Consecuencias

De forma inmediata, cuando el paciente se autolesiona genera una liberación de estrés, sentimientos e ideas negativos, y dificultades personales; estas personas refieren que este acto ayuda a aclarar su mente y a concentrarse<sup>(3,5)</sup>. Posteriormente, aparecen sentimiento de culpa, vergüenza, estigma, aislamiento social y abandono<sup>(3,5)</sup>.

## Riesgo de suicidio

A pesar de que la autolesión y el suicidio no significan lo mismo, es incuestionable la relación estrecha entre los dos. El suicidio representa la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo<sup>(16)</sup>. Hasta el 70% de los pacientes que se autolesionan tienen antecedentes de intento de suicidio<sup>(4,10)</sup>; quien se autolesiona tiene un riesgo de 30-50 veces mayor de suicidarse en el próximo año, comparado con la población general, es decir entre el 0,5-2%<sup>(17)</sup>. Se ha calculado que por 1 persona que consuma el suicidio, lo han intentado entre 20 a 40, y por cada intento, otro porcentaje piensa en esa posibilidad con cierta frecuencia<sup>(16)</sup>, por lo que algunos lo representan como un continuo, lo cual se puede observar en la Figura 1<sup>(17)</sup>.

## Diagnóstico

Los criterios diagnósticos propuestos por el DSM 5 para trastorno de autolesión no suicida se describen en la Tabla II<sup>(18)</sup>. No obstante, existen estudios que describen que solo el 6,96% de los pacientes que se autolesionan cumplirían todos los criterios propuestos, siendo el criterio C el más frecuente con un 85,48%<sup>(18)</sup>.

## Prevención y tratamiento

Únicamente el 21% de los adolescentes con autolesión busca atención médica<sup>(5)</sup>, por este motivo el papel del pediatra, sobre todo en atención primaria, es fundamental en la detección temprana de los casos: siempre buscar cicatrices o marcas, dudar en casos que los pacientes usan vestimenta muy abrigada para el clima, uso excesivo de brazaletes o pulseras, accidentes frecuentes o uso de vendajes extensos<sup>(19)</sup>. Para el abordaje del adolescente se recomienda utilizar la nemotecnia HEADSSS (Hogar, Educación, Actividad con pares, Drogas, Sexualidad, Suicidio/depresión, Seguridad/Violencia). y al encontrar la presencia de alguno de estos signos o marcas, se debe ampliar sobre el suceso, recomendándose para esto la mnemotecnia STOPS FIRE (Ideaación Suicida, Tipo de lesión, Inicio, Lugar del cuerpo, Severidad del daño, Función, Intensidad, Repetición, Episodios)<sup>(19)</sup>. Adicionalmente, se deben conocer los signos de alarma para suicidio, descritos en la Tabla III, y nunca minimizar las alertas dadas por el paciente o las personas que comprenden su entorno y entendiendo el ámbito ético y legal que corresponde en estos casos<sup>(19,20)</sup>.

Con base en estos hallazgos se deberán dar recomendaciones generales como pueden ser: no dejar solo al paciente, restringir acceso a medios utilizados para autolesión, asegurar el acompañamiento después de crisis y asegurar el apoyo temprano de salud mental<sup>(5)</sup>.

El pediatra como pilar fundamental del manejo de los pacientes con autolesión no suicida, deben seguir ciertos parámetros para abordar al adolescente con dicha problemática y así crear un ambiente de confianza y seguridad. Algunas técnicas de acercamiento se describen la Figura 2<sup>(19)</sup>.

En la actualidad no existen guías de manejo sobre la autolesión no suicida, con base en la evidencia se establece la terapia cognitiva conductual y de afrontamiento de problemas como el tratamiento de elección en estos pacientes, cuyo objetivo será la reducción de conductas autolesivas, incrementar habilidades sociales para la resolución óptima y eficaz de problemas, lograr autovalidación y respeto por sí mismo, entrenar en solución de problemas de forma racional y reducir la toma de decisiones y resolución de problemas de manera impulsiva, a través del establecimiento de otras formas de afrontamiento de problemas, incorporando la autolesión como un refuerzo negativo y otras formas de percepción de los problemas como refuerzo positivo<sup>(20,21)</sup>.

La terapia familiar se deberá realizar como parte del manejo integral del paciente, enfocado en la mejoría de la relación, roles y comunicación<sup>(20)</sup>. De forma paradójica, aun cuando el adolescente se encuentre enojado o disgustado con su familia, consciente de ello o no, sabe que puede contar con su núcleo, no siendo así cuando se percibe carencia o ausencia de la misma, trasladando este sentimiento de cuidado al grupo escolar<sup>(16)</sup>.

Dentro de las técnicas utilizadas se encuentra la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), la cual es una terapia empírica usada en adultos y adolescentes que han sufrido lesiones con y sin intención suicida<sup>(20)</sup>; la finalidad de la DBT es mejorar el afecto y regular el comportamiento enseñando habilidades de afrontamiento, como son el mindfulness, la regulación emocional y la tolerancia al estrés<sup>(20)</sup>. Por otra parte, la terapia grupal está controvertida, estudios han demostrado que no tiene evidencia en costo efectividad e incluso algunos autores describen aumento de conducta autolesiva<sup>(20)</sup>.

La terapia basada en la mentalización es un nuevo enfoque terapéutico para los pacientes con este tipo de trastorno; la teoría que se maneja para este tratamiento es que una baja capacidad de mentalización conlleva a problemas en regulación de las emociones y control de impulsividad<sup>(21)</sup>. Entendiendo la mentalización como el sistema inmune de la psique dado que absorbe estresores inter y externos, excesos traumáticos y presiones internas y los efectos en el cuerpo, dado que la somatización y la autolesión, son dos formas de dañar el cuerpo cuando la mente no sabe o no puede tramitar sus sobrecargas tensionales, conflictos o vacíos de otra forma<sup>(22)</sup>. Este tratamiento incluye sesiones individuales y familiares, con el fin de generar una capacidad de mentalización, y así aumentar la capacidad del paciente y su familia para entender las acciones que se deben tomar ante una situación, mejorando el autocontrol y regulación de emociones, disminuyendo así las autolesiones, el aislamiento social, los pensamientos negativos y los sentimientos de depresión<sup>(21)</sup>.

A nivel de manejo farmacológico no existen estudios que evalúen la efectividad en adolescentes que se autolesionan<sup>(20)</sup>, por lo cual su uso no es de elección y se restringe al manejo de comorbilidades psiquiátricas o en algunos casos para el control de impulsividad o disminuir ansiedad asociada<sup>(20)</sup>.

## Conclusiones

- La conducta autolesiva no suicida es un trastorno que se define como todo acto en el que el adolescente destruye su propio tejido con el fin de superar emociones intensas o negativas, sin ninguna intención letal o por placer.
- Este es un trastorno muy común que ha venido en aumento en los adolescentes por la detección temprana del mismo, y por la influencia que tiene el Internet en la juventud.
- La fisiopatología se cree que es por alteración en los niveles de serotonina (bajos niveles) lo que no permite un control adecuado de las emociones.
- Los factores de riesgo descritos son la poca habilidad comunicativa, dificultad en resolución de problemas, sentimientos negativos, orientación sexual diversa, baja autoestima, disfunción familiar, patologías psiquiátricas de base, entre otras. Por otro lado, existen factores protectores como una adecuada funcionalidad familiar y el desarrollo de habilidades sociales y académicas.
- El diagnóstico de este trastorno se debe realizar teniendo en cuenta los criterios diagnósticos propuestos en el DSM 5, acerca de autolesión no suicida.
- Las consecuencias de la conducta autolesiva no suicida son alteraciones físicas y psicológicas, así como el suicidio porque, aunque estos dos términos no significan lo mismo, si están relacionados entre sí.
- El manejo de esta patología se basa principalmente en la terapia cognitiva y de afrontamiento.
- El uso de fármacos se restringe a pacientes con patología psiquiátrica de base o para controlar síntomas de ansiedad.
- La prevención es el pilar fundamental de este trastorno, haciendo énfasis en una historia clínica completa a través de la mnemotecnia HEADSSS, y teniendo en cuenta los signos de alarma de suicidio.

## Tablas y figuras

Tabla I. Mitos y realidades sobre trastorno de autolesión no suicida

MITO	REALIDAD
Las personas que se autolesionan lo hacen para llamar la atención.	La mayoría realiza las lesiones en secreto, no intenta manipular o llamar la atención de otros.
Las personas que se autolesionan son locas o peligrosas.	Si bien es frecuente las comorbilidades psiquiátricas, etiquetar a estos pacientes genera estigma y dificultad para que consulten oportunamente al sistema de salud.
Si las heridas no son tan grandes no es tan serio el problema.	No se debe asumir que si hay lesiones pequeñas no hay que preocuparse.
La autolesión es un intento fallido de suicidio.	No es lo mismo, el objetivo de la persona que se autolesiona no es la muerte.

Adaptado de: *Smih M., Segal J, Shubin. Cutting and Self-Harm: How to Feel Better without Hurting Yourself. [Fecha de consulta: octubre de 2018]. Disponible en: [www.helpguide.org/articles/anxiety/cutting-and-self-harm.htm](http://www.helpguide.org/articles/anxiety/cutting-and-self-harm.htm).*

## Tabla II. Propuesta criterios diagnósticos DSM 5, trastorno de autolesión no suicida

A.	El individuo en el último año, durante al menos 5 días, se ha autoinfligido de manera intencional, daño en superficie de su cuerpo, del tipo que puede inducir sangrado, moretones o dolor (por ejemplo, cortarse, quemarse, golpearse, frotarse excesivamente), con la expectativa que la lesión produzca únicamente daño físico leve o moderado.
B.	El individuo realiza la autolesión con una o más de las siguientes expectativas: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obtener alivio de sentimientos negativos o estado cognitivo.</li> <li>2. Resolver una dificultad interpersonal.</li> <li>3. Inducir un estado de sentimiento positivo.</li> </ol>
C.	La lesión intencional está asociada con al menos dos de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dificultades interpersonales, pensamientos o sentimientos negativos como depresión, ansiedad, tensión, enojo, estrés generalizado o autocrítica, que ocurran en el período inmediatamente antes del acto de autolesión.</li> <li>2. Antes de incurrir en el acto, se presenta un período de preocupación sobre la conducta a realizar que es difícil de resistir.</li> <li>3. Piensa en autolesión frecuentemente, aunque no vaya a realizar el acto.</li> </ol>
D.	El comportamiento no está sancionado socialmente (por ejemplo, tatuaje, ritual religioso o cultural) y no se limita a una costra o morder uñas.
E.	El comportamiento o sus consecuencias causa distrés o interferencia clínicamente significativa en áreas interpersonales, académicas u otras áreas importantes.
F.	El comportamiento no ocurre exclusivamente en estados de psicosis, delirio o intoxicación por sustancias. En pacientes con desorden del neurodesarrollo, este comportamiento no hace parte de patrón de movimientos estereotipados. El comportamiento no se explica mejor por otro desorden mental o condición médica.

## Tabla III. Signos de alarma en suicidio

HABLAR	COMPORTEAMIENTO	ESTADO DE ÁNIMO
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Refiere sentirse una carga para otros</li> <li>— Expresa su deseo de morir</li> <li>— Indica que no tiene razones para vivir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Aumento de consumo de alcohol y drogas</li> <li>— Aislamiento de amigos y familia</li> <li>— Duerme mucho o muy poco</li> <li>— Agresivo</li> <li>— Realiza visitas o llama para despedirse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Pérdida de interés</li> <li>— Depresión</li> <li>— Irritabilidad</li> <li>— Ansiedad</li> </ul>

Tomado y editado: American Foundation for Suicide Prevention. (7 mayo de 2017). Suicide Warning Signs.

Figura 1. Continuo entre trastorno de autolesión y suicidio

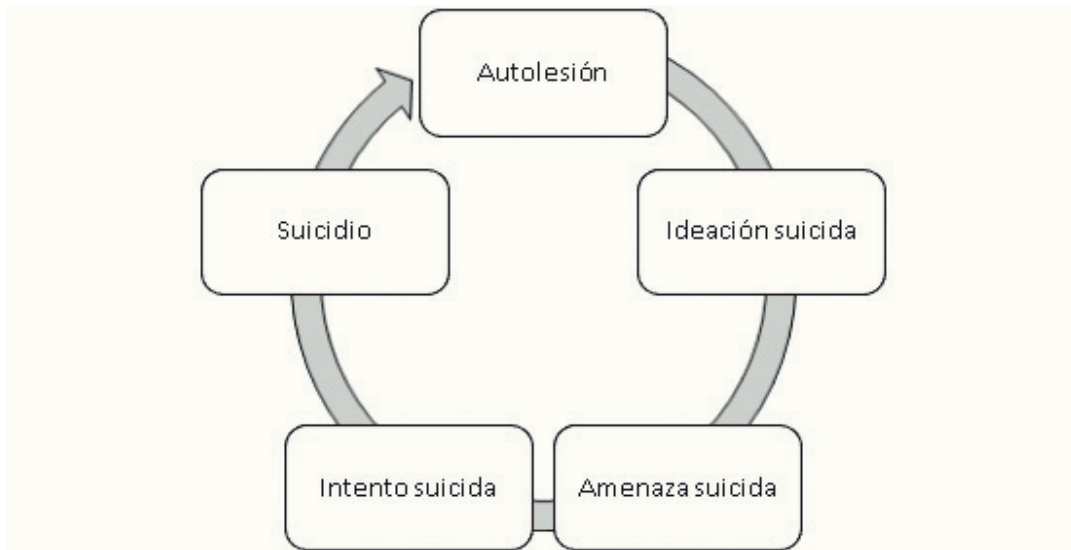



Figura 2. Técnicas de acercamiento al paciente con autolesión no suicida

 <b>QUE HACER</b>	<b>QUE EVITAR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Discutirlo de manera calmada</li> <li>— Validar al paciente a pesar del comportamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Sobre reaccionar</li> <li>— Responder con pánico o shock</li> <li>— Mostrar interés excesivo por el comportamiento autolesivo</li> </ul>

## Bibliografía

1. Kuras S, May N. Cortarse solo: Acerca de las autolesiones en la piel. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*. 2015; 16: 1-6.
2. Casiano H, Katz LY, Globerman D, Lihfwlyh WR, Erughuolqh G, Wudlww S, et al. Suicide and Deliberate Self-injurious Behavior in Juvenile Correctional Facilities: A Review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22: 118-124.
3. González Suárez LF, Vasco Hurtado IC, Nieto Betancurt L. Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuad Hispanoam Psicol*. 2016; 16:41-56.
4. Myer T. Comportamientos autolesivos. *Nursing*. 2011; 29:8-13.
5. Carvajal HU, Choque C, Poppe V, Gantier DN, Rivera YJ. Autolesionismo: Síndrome de cutting. *Archivos Bolivianos de Medicina*. 2014; 22: 50-55.
6. Albores-Gallo L, Méndez-Santos J, Xóchitl-García A, Delgadillo-González Y, Chávez-Flores C, Martínez O. Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014; 42:159-168.
7. Smith M., Segal J, Shubin. Cutting and Self-Harm: How to Feel Better without Hurting Yourself. [Fecha de consulta: octubre de 2018]. Disponible en: [www.helpguide.org/articles/anxiety/cutting-and-self-harm.htm](http://www.helpguide.org/articles/anxiety/cutting-and-self-harm.htm).
8. Taylor P, Jomar K, Dhingra K, Forrester R, Shahmalak U, Dickson J. A meta-analysis of the Prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *J Affective Disord*. 2018; 227: 759-769. Doi: 10.1016/j.jad.2017.
9. Westlund M, Limes-Dougan B, Mueller B, Eberly L, Reigsad K, Carstedt P, et al. Multi-modal neuroimaging of adolescents with non suicidal self injury: Amygdala functional connectivity. *J Affective Disord*. 2017: 221: 47-55.
10. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychol Med*. 2012;42: 717-726. Doi: 10.1017/S0033291711001814.
11. Sarmiento E, Hospital P, Navarro JN, Martha D, Rodríguez D, Silvia D, et al. ARTÍCULO ORIGINAL Correlación del nivel de impulsividad y agresividad con la conducta autolesiva en adolescentes deprimidos. *Psiquis*. 2016; 23:149-154.
12. Brunstein Klomek A, Snir A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Association between victimization by bullying and direct self injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 25:1183-1193.
13. Brown RC, Fischer T, Goldwich AD, Keller F, Young R, Plener PL. #cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. *Psychol Med*. 2017; 48: 337-346. doi: 10.1017/S0033291717001751.
14. Wright-Hughes A, Graham E, Farrin A, Collinson M, Boston P, Eisler I, et al. Self-Harm Intervention: Family Therapy (SHIFT), a study protocol for a randomised controlled trial of family therapy versus treatment as usual for young people seen after a second or subsequent episode of self-harm. *Trials*. 2015; 16: 501. Doi: 10.1186/s13063-015-1007-4.
15. Baetens I, Claes L, Onghena P, Grietens H, Van Leeuwen K, Pieters C, et al. The effects of nonsuicidal self-injury on parenting behaviors: a longitudinal analysis of the perspective of the parent. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015; 9:24.
16. Girard G. El suicidio en la adolescencia y en la juventud. *ADOLESCERE*. 2017; 5: 22-31.
17. Kirchner T, Ferrel L, Fornis M, Zanini D. Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011; 39:226-235.
18. Benjet C, González I, Castro E, Méndez E, Borges G et al. Non-suicidal self-injury in Mexican young adults: Prevalence, associations with suicidal behavior and psychiatric disorders, and DSM-5 proposed diagnostic criteria. *J Affective Disord*. 2017; 215: 1-8.
19. Pluhar E, Lois R, Burton E. Nonsuicidal self-injury in adolescents. Current developments to help inform assessment and treatment. 2018; 30:483-489. Doi: 10.1097/MOP.0000000000000655.
20. American Foundation for Suicide Prevention. Suicide Warning Signs. [Fecha de consulta: octubre de 2018]. Disponible en: <https://afsp.org/chapter/afsp-central-new-jersey/>.
21. Mollá L, Battle S, Treen D, López J, Sanz N, Martín M et al. Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2015; 20: 51-61. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408.
22. Sánchez T. Autolesión y mentalización: viaje a través de las heridas. *Revista electrónica de Psicoterapia. Clínica e Investigación Relacional. CeIR Vol. 11(2)-junio 2017*.

## Bibliografía recomendada

- Zanus C, Battistutta S, Aliverti R, Montico M, Cremaschi S, Ronfani L, et al. Adolescent admissions to emergency departments for self-injurious thoughts and behaviors. *PLoS One*. 2017;12:1-15. Doi: 10.1371/journal.pone.0170979.
- Kiekens G, Hasking P, Boyes M, Claes L, Mortier P, Auerbach RP, et al. The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *J Affective Disorders*. 2018; 239: 171-179.
- Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2016;46:225-236. Doi: 10.1017/S0033291715001804.
- Hawton K, O'Conno R, Saunder K. Suicidal behavior and self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry*. 2015; 6: 893-910.
- Perepletchikova F, Axelrod S, Kaufman J, Rounsville B, Douglas-Palumberi H, Miller A. Adapting Dialectical Behaviour Therapy for Children: Towards a New Research Agenda for Paediatric Suicidal and Non-Suicidal Self-Injurious Behaviours. *Child Adolesc Ment Health*. 2011; 16:116-121.



## PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. La conducta autolesiva no suicida se define como:**
  - a) Una conducta en donde existe autolesión del cuerpo con fines emocionales y de placer sexual, que no necesariamente busca la muerte.
  - b) Todo acto autolesivo ya sea con rasguños, mordeduras, quemaduras o cortes, que el adolescente toma para llamar la atención.
  - c) Toda acción en la que hay un daño físico ocasionado por la misma persona, con el fin de superar emociones intensas o negativas, y que no busca la muerte. El daño puede ser por quemaduras, rasguños, tatuajes, pellizcos o mordeduras.
  - d) Lesiones en el cuerpo producidas por otra persona con el fin de superar emociones intensas o negativas, y que no busca la muerte.
  - e) Una conducta en donde existe autolesión del cuerpo con fines emocionales, de placer sexual y que en muchas ocasiones buscan la muerte.
- 2. Algunos de los factores de riesgo para la conducta autolesiva no suicida son:**
  - a) Disfunción familiar, control adecuado de emociones, mala comunicación, abuso sexual, baja autoestima, bajo nivel socioeconómico.
  - b) Disfunción familiar, estrés excesivo, estrato socioeconómico alto, mala relación con los padres, fallecimiento de un familiar, matoneo escolar.
  - c) Mal control de las emociones, exceso de pensamientos negativos, mala relación con los padres, fallecimiento de un familiar, matoneo escolar, abuso sexual, baja autoestima, trastornos psiquiátricos de base.
  - d) Control inadecuado de emociones, mala comunicación, abuso sexual, baja autoestima, bajo nivel socioeconómico, padres comprensivos.
  - e) Antecedente de intento de suicidio, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, buen control de emociones, estrato socioeconómico alto, matoneo escolar.
- 3. Dentro de los criterios diagnósticos para trastorno de autolesión no suicida, según el DSM 5, se encuentran, EXCEPTO:**
  - a) Autolesión intencional en el cuerpo para obtener alivio de sentimientos o emociones negativas debido a tensión o estrés generalizado inmediatamente antes de la lesión; piensa frecuentemente en hacerse daño; causa alteraciones en áreas interpersonales y el episodio no ocurre en estados de psicosis, delirio o intoxicaciones.
  - b) Lesión autoinfligida produciendo sangrado, moretones, entre otros, con el fin de resolver alguna dificultad personal y tener sentimientos positivos; la lesión es debida a sentimientos de enojo, ansiedad, depresión, genera preocupación acerca de la conducta a realizar y puede afectar el rendimiento escolar.
  - c) Lesión autoinfligida durante al menos 5 días, de manera intencional, para liberar emociones negativas y sentir alivio de estas, piensa frecuentemente en hacerse daño; causa alteraciones en áreas interpersonales y académicas; el episodio no ocurre en estados de psicosis, delirio o intoxicaciones, genera preocupación acerca de la conducta a realizar y busca la muerte.
  - d) Lesión autoinfligida de manera intencional para liberar emociones negativas, debido a tensión o estrés generalizado inmediatamente antes de la lesión, causa alteraciones en áreas interpersonales; el episodio no ocurre en estados de psicosis, delirio o intoxicaciones, genera preocupación acerca de la conducta a realizar; y en pacientes con desorden del neurodesarrollo, este comportamiento no hace parte de patrón de movimientos estereotipados.
  - e) Autolesión intencional durante al menos 5 días producida con el fin de obtener alivio de sentimientos negativos o resolver una dificultad interpersonal debido a tensión o estrés generalizado inmediatamente antes de la lesión; piensa frecuentemente en hacerse daño; causa alteraciones en áreas interpersonales y el episodio no ocurre en estados de psicosis, delirio o intoxicaciones.
- 4. Dentro de los mitos y realidades de las autolesiones no suicidas, se identifica como una realidad:**
  - a) No se debe asumir que si hay lesiones pequeñas no hay porque preocuparse.
  - b) Las personas que se autolesionan lo hacen para llamar la atención.
  - c) Las personas que se autolesiona son locas o peligrosas.
  - d) La autolesión es un intento fallido de suicidio.
  - e) Todas son incorrectas.
- 5. Dentro de los signos de alarma en suicidio se identifican, EXCEPTO:**
  - a) Refiere sentirse una carga para otros.
  - b) Aumento de consumo de alcohol y drogas.
  - c) Actitud pasiva frente a otras personas.
  - d) Aislamiento de amigos y familia.
  - e) Pérdida de interés.

Respuestas en la página 75.e2