



AUTOLESIONES EN LA ADOLESCENCIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

GRADO EN MEDICINA 2012-2018

M^a ROCÍO DE LA FUENTE ALONSO

TUTOR: Dr. CARLOS IMAZ RONCERO

DEPARTAMENTO DE PSQUIATRÍA

ÍNDICE

1.-RESUMEN	2
2.-INTRODUCCIÓN	3
3.-JUSTIFICACIÓN	4
4.-OBJETIVO	5
5.-MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
3.1. Estrategia de búsqueda	5
3.2. Criterios de inclusión y exclusión	5
6.-RESULTADOS.....	6
7.-DISCUSIÓN	6
7.1. Definición	6
7.2. Factores de riesgo.....	7
Factores sociodemográficos:	7
Factores caracteriales o rasgos de personalidad:	8
Factores psicosociales:.....	9
Factores psicopatológicos:	9
Otros factores:	11
7.3. Factores de riesgo de mantenimiento	11
7.4. Bases neurobiológicas	12
7.5. Diagnostico	12
Síntomas y signos de autolesión:	13
7.6. Tratamiento	14
7.7. Prevención	15
8.-CONCLUSIONES.....	16
9.-BIBLIOGRAFÍA	16
10.-ANEXOS	20

1.-RESUMEN

Las conductas autolesivas afectan a gran parte de la población, sobre todo adolescente, adquiriendo una mayor relevancia en los últimos años. Estas conductas se refieren a la lesión del propio cuerpo en ausencia de intencionalidad suicida. El aumento de prevalencia de este trastorno y el incremento de publicaciones sobre el tema, promueve el interés sobre las investigaciones y estudios desarrollados hasta el momento. El objetivo de la presente revisión narrativa es describir los principales hallazgos e investigaciones sobre la conducta autolesiva en adolescentes empleando para la búsqueda de artículos diferentes bases de datos de bibliografía médica. Se ha evidenciado que en la mayoría de estudios se incide en la prevalencia de este trastorno, cómo interactúan diferentes factores de riesgo presentes en el individuo y su ámbito familiar y social, métodos de diagnóstico y tratamiento y pautas preventivas. Se han extraído como conclusiones principales de esta revisión que la conducta autolesiva está incrementando su incidencia entre adolescentes, que no se han elaborado excesivos estudios y revisiones al respecto, y además, que la severidad de las autolesiones puede predecir el riesgo futuro de que se cometa un suicidio, es por ello que es imprescindible se continúe investigando, teniendo en cuenta la utilidad de los estudios y ensayos clínicos para los facultativos que se enfrentan a esta problemática.

Palabras clave

Adolescencia, Conducta autolesiva, “Autolesión deliberada” (AD), (*Deliberate Self-Harm -DSH*), “Autolesión no suicida” (ANS), (*non suicidal self-injury-NSSI*), comportamientos autolesivos, ideación suicida, Impulsividad, Trauma.

ABSTRACT

The self-destructive behavior affects a large amount of the population, especially teenagers, and they are getting more significant during the past few years. These behaviours are related to the damage on the self-body without suicidal ideation. The increasing prevalence and the growth of scientific publications about this disorder, promote the interest about the investigations and studies developed so far. The objective of this narrative review is described the main findings and investigations about self-harming in adolescents using for the research of articles different medical bibliographic database. It has been evidenced that in most of the studies they insist on

the prevalence of the disorder, about the interactions between different risk factors in the person and the familiar and social environment, diagnostic methods and treatment and preventive measures. The main conclusions about this review were that self-harming behavior is more frequent in teenagers, that there are not so many investigations and reviews about the topic, and, furthermore, the severity of self-destructive behavior can predict the risk of a future suicide attempt, it is because of that that is essential that the investigation continues, considering the utility of the studies and clinical trials for the doctors that are often facing this problem.

Keywords

Adolescence, self-destructive behavior, deliberate self-harm (DSH), non-suicidal self-injury (NSSI), self-injurious behavior, suicidal ideation, impulsivity, shock

2.-INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el periodo durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas en el orden físico y psíquico. Se estima que la prevalencia de conductas autolesivas en esta etapa de la vida en la población general se encuentra en torno al 10%, mientras que en población psiquiátrica es del 35% (1). La mayor parte de los adolescentes desarrollan estas conductas entre los 15 y 19 años, detectándose un descenso a partir de los 18 años (2,3).

Tanto las autolesiones propiamente dichas, como la conducta e ideación suicidas, pueden considerarse como formas diferentes de autoagresión y se definen según su intencionalidad, frecuencia y letalidad. Sin embargo, se admite por “autolesiones” el daño autoinflingido de forma deliberada y sin intencionalidad suicida (AD). Incluye conductas tales como cortarse, producirse quemaduras, pincharse, lesiones por rascado etc... y encaminadas a buscar alivio de una gran tensión emocional (4). Se ha encontrado que cortarse es la forma más común de autolesión en las mujeres, mientras que golpearse a sí mismos lo es en los hombres (5).

En esta revisión narrativa/teórica, se aborda principalmente este tipo de comportamiento deliberado, no suicida entre los adolescentes, no obstante múltiples estudios muestran una relación muy estrecha entre ambos, siendo las conductas autoagresivas un claro factor de riesgo para las tentativas suicidas.

Los enfoques prácticos para la detección, la respuesta y la intervención en los entornos cotidianos donde los jóvenes se encuentran (colegios, institutos, asociaciones juveniles, etc.), apenas existe. Vivimos en un medio hostil, las ANS se convierten en un tema desconcertante e incomprensible. ¿Por qué alguien querría dañar su propio cuerpo? Las ANS son un tabú social, más de la mitad de adolescentes que realizan estas conductas, no piden ayuda por temor a ser estigmatizados (4).

En la última edición del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-5, 2014), dentro de la sección 3 (6), (aquellas patologías que necesitan de mayor investigación), se han incluido las ANS como una entidad diagnóstica con entidad propia. En el Sistema CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, 1992), se clasifican las *“Lesiones autoinfligidas intencionalmente”* en los códigos X-71 a X-84. En el código X-78, se especifica *“Lesiones autoinfligidas intencionadamente por objeto cortante”*.

3.-JUSTIFICACIÓN

La existencia de conductas autolesivas, en sujetos adolescentes, constituye un problema de creciente interés por parte de los investigadores especializados en psicopatología del desarrollo. Gran parte de la sensibilidad clínica está relacionada con el valor predictivo que las conductas autolesivas tienen sobre el suicidio consumado, especialmente en adolescentes sin seguimiento psicoterapéutico.

Las autolesiones sin finalidad suicida, tal y como lo definen los investigadores y/o especialistas, hacen referencia a cualquier comportamiento de forma deliberada, autodirigida, e inmediata, que el adolescente realiza para producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte (4). Quedan excluidas también de esta categoría otras conductas de los adolescentes, que si bien implican un daño sobre ellos mismos (consumir drogas, fumar, dejar de comer, etc.) no son daños inmediatos sobre la integridad física.

Dado que en los últimos años estos comportamientos han adquirido mayor relevancia, unido al conocido riesgo de transición de unas conductas autoagresivas a otras que impliquen la mortalidad, los investigadores especializados, las han incluido entre los problemas que requieren más estudio en los manuales de clasificación de los trastornos mentales entre la población joven y adolescente.

Esclarecer el concepto de “*conductas autolesivas*”, estableciendo sus límites y factores de riesgo, permite plantear un apropiado abordaje diagnóstico y terapéutico.

4.-OBJETIVO

El objetivo fundamental ha sido realizar una revisión narrativa y proporcionar una puesta al día en relación a las autolesiones producidas en la etapa de la adolescencia y sus factores influyentes.

5.-MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Estrategia de búsqueda

Se ha realizado una revisión narrativa de la literatura actual en relación a las autolesiones en adolescentes. La búsqueda de información se ha dividido en tres etapas.

- En la primera etapa se buscaron artículos en relación al tema de las autolesiones en adolescentes en las siguientes fuentes de referencia médica *online*: *Medscape, Medline PubMed, Scielo, Dialnet, UpToDate* y *Google Scholar*. Se seleccionaron artículos científicos relativos a estudios clínicos y revisiones publicados desde marzo de 2007 hasta noviembre de 2017 y se usaron las palabras clave: Adolescencia, conducta autolesiva, autolesión deliberada, autolesión no suicida, comportamientos autolesivos, ideación suicida, impulsividad y trauma. El resultado fueron 78 artículos, de los cuales 45 estaban en inglés y 33 en castellano.
- En la segunda etapa se hizo una lectura de los artículos seleccionados centrándose en el resumen, la discusión, las conclusiones y la bibliografía.
- En la última etapa se seleccionaron los artículos que cumpliesen los criterios de inclusión y exclusión mencionados a continuación. Se desecharon 7 artículos en inglés y 8 en español, por lo que al final se ha trabajado con 63 artículos.

3.2. Criterios de inclusión y exclusión

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN: a) La documentación debía estar en inglés o castellano. b) Que la documentación se limitase a los 10 años anteriores a partir del año 2017. c) Que fuesen estudios clínicos y experimentales y revisiones

bibliográficas o sistemáticas. d) Que se incluyesen las palabras clave objeto de esta revisión.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** a) Que la documentación se encontrase en otro idioma diferente al inglés o el castellano. b) Que la documentación fuese publicada anterior al año 2007. c) Cualquier otro tipo de documento que no fuese un estudio clínico o experimental, o una revisión. d) Que no figurasen las palabras clave necesarias para la revisión.

6.-RESULTADOS

A continuación se comentan los resultados que se han obtenido una vez efectuada la búsqueda y selección de la información necesaria para la revisión. Finalmente se han analizado 63 artículos (38 en inglés y 25 en castellano) en los que se trataba el tema de las autolesiones desde diferentes perspectivas y asociándolas con otros factores de tipo demográfico, social, trastornos psíquicos, etc... La mayoría de los artículos eran ensayos clínicos, estudios de cohorte, de casos y controles, transversales y revisiones sistemáticas y narrativas. En ellos se incide en la prevalencia de las autolesiones, causas, factores de riesgo, síntomas y signos, consecuencias de estos actos, los métodos diagnósticos y de tratamiento así como pautas acerca de la prevención.

7.-DISCUSIÓN

7.1. Definición

El término tienen sus raíces históricas en el año 1977 (Kreitman) y en 1979 (HG Morgan), psiquiatras británicos, que afirman que: “*suicidio e intento de suicidio*” son normalmente nombrados como “*autoagresión-deliberada*” o “*autoagresión*”, es por ello que esencialmente se refieren al mismo comportamiento y son usados indiscriminadamente en Reino Unido. Los investigadores que se centran más específicamente en la autolesión son más conscientes con sus definiciones y enfatizan el hecho de que el acto es “*sin intención suicida*” y “*comportamiento deliberado e intencionado*” (7).

La mayor parte de los estudios y artículos reflejan la controversia que ha existido sobre el término “*Autolesión*” entre los investigadores europeos y americanos, así en la literatura es posible encontrar una variedad de conceptos para referirse a dicha conducta (4).

De esta manera algunos autores se refieren a la “**conducta autolesiva**” como el solo hecho de lesionarse a sí mismo sin intención suicida consciente, otros añaden los intentos de suicidio y algunos lo consideran un síndrome autodestructivo. Esta disparidad dificulta su delimitación, convirtiéndose en un constructo complejo de definir y de acotar y con múltiples dimensiones a considerar a la hora de enfocar los estudios empíricos (8).

En la 5ª edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) se ha acuñado el actual concepto de *nonsuicidal self-injury* (NNSI), que es el que se utiliza para la mayor parte de las revisiones narrativas y estudios experimentales. Esta conceptualización es, así mismo, aceptada por la WHO (World Health Organization), tal y como queda recogida dicha psicopatología en el capítulo V de la CIE-10. Así la definición consensuada tomada como referencia es la que considera las autolesiones como un “*acto deliberado de causarse daño a uno mismo mediante cortes, quemaduras u otros métodos traumáticos*”, esta no incluye sobreingestas de medicamentos o envenenamientos con intencionalidad autolítica (9,10).

7.2. Factores de riesgo

A continuación se describen de forma más exhaustiva los diferentes factores involucrados en el riesgo de desarrollar este trastorno en los adolescentes:

Factores sociodemográficos:

En lo referente al **sexo** (11), en primer lugar ser mujer ha sido identificado como un factor de riesgo para presentar autolesiones(5). En ellas tienen gran impacto la negligencia emocional por parte de sus progenitores, una relación inestable con el padre y experimentar abuso sexual en la infancia (12). Un estudio encontró que las mujeres iniciaban las autolesiones por “*motivos sociales directos*” (por ejemplo captar la atención de alguien) (13). En contraste en el sexo masculino es más relevante la separación prematura en la infancia o haber experimentado violencia física (12).

Además en los hombres, en el anterior estudio se mostró que el inicio de la autolesión se daba por “motivos sociales indirectos” (Por ejemplo estar enfadado con alguien)(13). En adición, en otro estudio la razón que dieron la mayoría de las chicas para autolesionarse fue la soledad, por el contrario los chicos no explicitaban ninguna razón para su comportamiento(14).

En cuanto a la **edad**: A pesar de que en un estudio se determinó que estadísticamente los chicos comienzan a autolesionarse antes que las chicas (15), en otros ensayos este dato no se confirma taxativamente. Se detecta en sus diferentes variantes, en la adolescencia temprana, incluso en la niñez, incrementándose hasta la adolescencia media y tardía. Otros investigadores han señalado que el incremento progresivo en mujeres se observa hasta la adolescencia media, mientras que en los hombres la prevalencia de las conductas se mantiene estable. Por otro lado, ya en la adolescencia tardía suele producirse un leve declinar (4,16) .

Factores caracteriales o rasgos de personalidad:

Durante la adolescencia los niveles de **impulsividad** y **reactividad emocional** son mayores, lo que supone un riesgo para el desarrollo de autolesiones (5). Uno de los comportamientos en los que se subdivide la impulsividad (de acuerdo con la UPPS-R) es la urgencia de acción en respuesta a sentimientos negativos. Este tipo de impulsividad es la que presentan algunos individuos que se autolesionan. El modelo IMV propone que el rasgo de impulsividad es lo que vincula el camino entre intención y comportamiento(17).

Otro de los factores notables que se ha encontrado presente en adolescentes que se autolesionaban es la **falta de autoestima** (18,19) así como la autocrítica, la cual se asocia con sentimientos de fracaso e inferioridad(20).

La presencia de **agresividad** en el individuo se asocia con emplear métodos más violentos (golpearse fuertemente) al autolesionarse, ya que están familiarizados con esta práctica. Además se relaciona con un aumento del riesgo de suicidio(21) y casos de autolesiones en adolescentes con antecedentes criminales(3).

Es importante además, reseñar que algunos estudios han determinado que los pacientes que se autolesionan presentan dificultades para la **expresión e identificación de sus sentimientos** (alexitimia) lo que está relacionado con otros trastornos psiquiátricos como el consumo de alcohol y drogas (22).

Factores psicosociales:

Hay una gran asociación entre las autolesiones y **separaciones en la infancia, relación disfuncional con los padres** y una excesiva actitud crítica por parte de estos. Además una relación inadecuada con la madre se relaciona con la existencia y la severidad del acto autolesivo, mientras que la relación con el padre afecta exclusivamente a la intensidad del comportamiento(23). Los padres cuyos hijos se autolesionan presentan diferentes patologías. En el caso de las madres se observan que éstas padecen tasas superiores de depresión, ansiedad y estrés, en comparación con la población general. Mientras que en los padres se detecta una deficiente comunicación y escasa demostración de afecto (23,24).

En algunos artículos el estudio se ha centrado en la asociación entre las autolesiones y el maltrato en la infancia (25). Se determinó que existe una asociación positiva entre las autolesiones y el **maltrato infantil**. El maltrato infantil puede ser: maltrato físico o emocional, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física (18,26). Uno de los estudios fijó el abuso sexual como el tipo de maltrato con mayor importancia (27).

Los eventos negativos que se producen a lo largo de la vida de un adolescente (separación de los progenitores, muerte de un ser querido, etc.,) se asocian significativamente con la producción de eventos autolesivos (16,28).

Sufrir **bullying**(5) y **rechazo social** (29) tiene un riesgo elevado para que se produzcan estos comportamientos.

Adicionalmente, en varias revisiones se encuentra que el inicio de las autolesiones es por **modelado** (10,30) (amigos o conocidos comienzan a emprender conductas autolesivas), mientras que el mantenimiento se debe a funciones intrapersonales que se desarrollan a lo largo del tiempo(5). Se encontró que el 73% de las mujeres y el 57% de los hombres que se autolesionan tienen un amigo que también practica estas conductas (31).

Factores psicopatológicos:

Las autolesiones se relacionan en su mayoría con estos cuadros psiquiátricos: trastorno de personalidad Borderline (BPD), depresión, trastornos alimenticios, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos por adicciones, trastorno bipolar y ansiedad(19).

- **Trastornos afectivos:**
 - **Depresión:** Klonsky estudió este tema debido al creciente aumento de adolescentes que se autolesionan en 2007. La investigación que realizó basada en las entrevistas que realizó a 40 estudiantes que tenían comportamientos autolesivos concluyó que dicha conducta estaba vinculada con la depresión (32).
 - **Trastorno bipolar:** En un estudio (41) se determinó que un 37% de los pacientes con trastorno bipolar habían realizado algún acto autolesivo a lo largo de su vida. Un 22% dijeron manifestaron haberse autolesionado en su último episodio afectivo. Estos pacientes presentan mayor disregulación del estado del ánimo.
- **Trastornos alimenticios:** Los pacientes con desórdenes alimenticios presentan dificultades para expresar y regular sus emociones(33). De esto deriva que la prevalencia de las autolesiones en esta población sea de 21-59%(34). La tasa es mayor en pacientes con anorexia nerviosa tipo purgativo y con bulimia nerviosa que en los que presentan anorexia nerviosa de tipo restrictivo(35). Esto podría deberse a la asociación que los dos primeros tipos presentan con la impulsividad.
- **El trastorno por déficit de atención e hiperactividad:** El TDAH aumenta la prevalencia de la aparición de autolesiones no suicidas. La frecuencia es mayor en el subtipo combinado (36).
- **Adicciones:** Las conductas adictivas pueden definirse como un proceso en el que se desarrolla un comportamiento caracterizado por una falta de control y continuación del acto a pesar de las significativas consecuencias negativas. Entre estas conductas encontramos el abuso de sustancias, las compras compulsivas, el uso desmesurado de internet, el ejercicio extremo, el juego patológico y la búsqueda continuada de amor y sexo (37,38). Hay que destacar el abuso del alcohol en adolescentes ya que al igual que las autolesiones tiene como finalidad aliviar los sentimientos negativos (39). En un estudio se encontró que por lo general las personas que se autolesionan piensan que el alcohol no es una solución a sus tensiones. Sin embargo, aquellas personas que presentan ambos trastornos muestran niveles más elevados de ansiedad y una capacidad reducida para resistirse al acto autolesivo (40).

- **Trastorno borderline de la personalidad:** Se estima que la prevalencia de este trastorno en la población es de un 2,7 %. En algunos estudios se ha demostrado que estos pacientes presentan más sensibilidad a la exclusión social que la población general(41).

Otros factores:

Como otros factores de riesgo, menos frecuentes en los adolescentes con este tipo de conducta, que se citan en algunos de los artículos, se encuentran por ejemplo, que su tipo de música favorita es la música rock, que acuden con más frecuencia a locales nocturnos y discotecas(15), que su coeficiente intelectual podía ser elevado (5) y que la homosexualidad podía ser otro factor influyente (5,42).

La pertenencia a algunos grupos de “*Adolescentes alternativos*” (emos, góticos o punks) que se definen como grupos con una fuerte identidad de colectividad y un conjunto de valores y gustos similares (31) favorece este tipo de conducta autolesiva (5).

Las complicaciones al momento del parto han demostrado estar asociadas a la aparición de trastornos psiquiátricos. Sin embargo, no se ha verificado que exista tal asociación en el caso de las autolesiones (26,42).

En el Anexo I se recoge una tabla con los factores de riesgo coincidentes en la mayoría de los estudios.

7.3. Factores de riesgo de mantenimiento

En lo referente a los factores que impulsan a la persona a continuar con la conducta autolesiva, los pacientes pueden presentar “*Refuerzo negativo*”, cuya función es eliminar sentimientos negativos, o “*Refuerzo positivo*”, con la finalidad de experimentar placer al autolesionarse (43). El “*Refuerzo negativo*” es el más prevalente la mayoría de adolescentes con este trastorno (44).

Hay varias teorías explicativas de las diferentes funciones del acto autolesivo entre ellas las siguientes: (12,37)

- Regulación del afecto, en especial disminuir las emociones negativas (miedo, culpabilidad, soledad, ira, etc) (20,45)
- Deseo de volver a la realidad en periodos de disociación y despersonalización.

- Prevenir los intentos suicidas (45).
- Delimitar los límites de uno mismo.
- Castigarse a sí mismo o a otros.
- Re experimentar una experiencia traumática.
- Inducir emociones en caso de vacío interior.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, las autolesiones pueden “habilitar” al sujeto a suicidarse mediante la habituación del mismo a sentir dolor y miedo, algo que se da en un intento suicida. La frecuencia con la que se practican lesiones autolesivas así como la severidad de las mismas puede predecir el riesgo futuro de que se cometa un suicidio. Se estima que las autolesiones pueden predecir el riesgo de suicidio en los seis meses siguientes al acto autolesivo(49).

7.4. Bases neurobiológicas

El constante uso de autolesiones conlleva a variaciones en la percepción del dolor (46). En aquellas personas que realizan este comportamiento de forma continuada se ha demostrado una mayor liberación de opioides por el sistema nervioso central que puede llevar a producir mayor tolerancia del dolor y adicción en estos sujetos (38,47).

Los niveles de ACTH y cortisol en individuos que realizan actos autolesivos de forma repetida están descendidos. Esto se debe a la relación estrecha que existe entre el sistema CRH-ACTH y las Beta endorfinas(38). En condiciones normales una situación de estrés estimula a la CRH y ésta a su vez la liberación de cortisol y disminuye los niveles de opioides. Cuando se produce la autolesión, la situación estresante se elimina reduciendo el dolor mental y produciendo la liberación de opioides que disminuirán la CRH y por tanto el cortisol. Los opioides liberados generan una regulación de la afectividad positiva produciendo en muchos casos una sensación de placer tras el acto de autolesión(20). (Ver Anexo II)

7.5. Diagnóstico

En el DSM-5 se describen los criterios diagnósticos de este trastorno (6). En estos criterios se incluye que el individuo en el último año, durante al menos 5 días, se haya auto-infligido de manera intencional daño en la superficie de su cuerpo. Además la lesión debe estar asociada a dos o más de los siguientes: Pensamientos negativos,

periodo de preocupación acerca de la conducta a realizar, impulso de realizar la autolesión y la actividad se realiza con un propósito que puede ser el de aliviar un sentimiento negativo. La conducta y sus consecuencias causan un deterioro funcional en áreas como la interpersonal, académica u otras y no puede deberse a ningún otro trastorno mental o médico.

En los estudios para medir la frecuencia y severidad de pensamientos suicidas y autolesivos se emplea el SITBI (Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview) (36) (50) (la versión española de este test es la Escala de pensamientos y conductas autolesivas (EPCA)). Se tratan de un cuestionario autoaplicado en formato de entrevista estructurada.

Otros test empleados para evaluar la presencia de autolesiones son:

- The Deliberate Self-harm Inventory (DSHI) (48)
- Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM) (45)
- Inventory of statements about self-injury (ISAS) (45)

Síntomas y signos de autolesión:

Es importante reconocer qué síntomas podemos encontrar en una persona que se autolesiona para elaborar un diagnóstico completo. Hay que tener en cuenta que los métodos más comunes empleados en la autolesión son: Cortes, rascado, golpes, tallado y raspado en la piel (5,49).

Una clasificación de las formas de presentación clínica es la siguiente: (50)

- **Conductas autolesivas mayores:** Son actos infrecuentes y en ellos se incluyen amputación de extremidades, enucleación ocular y castración. Generalmente relacionadas con la esquizofrenia o trastornos anímicos graves.
- **Conductas autolesivas estereotipadas:** Los pacientes se muerden labios, lengua, se rasguñan la piel y se tiran del pelo. Este tipo de conductas se observan en trastornos del espectro autista y retraso mental severo.
- **Conductas autolesivas compulsivas:** Rascarse la piel produciendo excoriaciones.
- **Conductas autolesivas impulsivas:** Las más frecuentes son cortarse o quemarse la piel. Tienen relación con mujeres con trastorno de personalidad,

trastorno de la conducta alimentaria, trastorno anímico y en individuos que han padecido abusos sexuales.

7.6. Tratamiento

En lo referente al tratamiento, en una revisión sistemática reciente (5,9) se han identificado cuatro terapias cognitivo-conductuales efectivas a aplicar en el caso de comportamientos autolesivos:

- *Manual assisted cognitive-behavioural therapy (MACT)*(51): Integra una terapia de solución de problemas con técnicas cognitivas en las que se incluye técnicas de afrontamiento y estrategias de prevención de recaídas.
- *Dialectical behavioural therapy for adolescents (DBT-A)*: Es una terapia dialectica conductual en la que se combina entrenamiento en habilidades, exposición con prevención de respuesta y técnicas de *mindfulness*.
- *Cognitive behavioural therapy (CBT)*: Terapia en la que se entrenan habilidades y actitudes necesarias para estimular la resolución de problemas de forma eficaz.
- *Mentalization-based treatment for adolescents (MBT-A)*: Esta terapia está basada en la mentalización. Consiste en sesiones individuales y familiares en las que se trata de incrementar la capacidad de autocontrol y la regulación emocional.

Ninguna de las terapias anteriores ha demostrado ser más eficaz que las otras (5).

Para evaluar las relaciones entre los miembros de una familia se propone usar el “Lausanne Trilogue Play” (LTP), en el que a una familia (madre, padre e hijo) se les pide completar una tarea para evaluar como son las relaciones familiares. Este test sirve a la vez como terapia, ya que a los participantes se les graba y se les enseña el video posteriormente(23).

En lo referente a medicación:

- La mayoría de los tratamientos psicofarmacológicos han sido dirigidos a algunos de los factores de riesgo relacionados, como la depresión. Respecto a este tema existe una notable controversia con los ISRS existiendo estudios

en los que se constató un ligero incremento en la incidencia de autolesiones tras la administración de esta medicación (4)

- En cuanto a los fármacos aplicados exclusivamente para la remisión de la conducta autolesiva se postula como tratamiento el uso de antagonistas de los opioides como naloxona y naltrexona, debido a que bloquean la sensación de recompensa que producen los opioides al realizar el acto de la autolesión (4,38,47).
- Además, a causa de la relación que hay entre las autolesiones y el sistema CRH-ACTH se han visto resultados muy positivos en el uso de antagonistas del receptor CRF1(38).

No obstante los hallazgos acerca del tratamiento farmacológico presentan ciertas limitaciones condicionado por la escasez de estudios experimentales (4).

Hay evidencia de que el ejercicio físico podría ser un buen tratamiento para mitigar la necesidad de cometer un acto autolesivo(51).

En resumen, como primera línea de tratamiento se emplean las terapias cognitivo-conductuales, ayudando al individuo a controlar sus emociones y a desarrollar técnicas para mejorar sus habilidades sociales y de resolución de problemas. En segundo plano está el tratamiento farmacológico, el cual hoy en día está más enfocado a tratar los trastornos subyacentes que la misma autolesión.

7.7. Prevención

Respecto a la prevención, cabe señalar las intervenciones dirigidas a los adolescentes que se autolesionan y aquellas focalizadas en las personas significativas (Padres y profesores) del ámbito del individuo. En cuanto a las primeras se realizan psicoterapias grupales manualizadas, en comparación al uso del apoyo psicológico estándar. Para ello se incorporan técnicas de resolución de problemas y de *mindfulness* a estos programas protocolizados. En cuanto a las intervenciones con padres y profesores se realizan terapias familiares y programas psicoeducativos (4).

En cuanto a la prevención en la población general es imprescindible que los adolescentes, así como progenitores y comunidad educativa cuenten con técnicas de distracción y estrategias para hacer frente a este problema (52).

8.-CONCLUSIONES

De esta revisión teórica se deduce que la prevalencia de la conducta autolesiva está incrementando su incidencia entre adolescentes, constituyendo un importante problema en la salud pública y especialmente en la salud integral de esta población (adolescentes y jóvenes). Hay que añadir que este problema no es fácilmente visible, las razones las encontramos en el encubrimiento que existe en el entorno más cercano a los pacientes que sufren el trastorno y a la consideración social de esta problemática que tiende a enmascarar estos comportamientos. Se hace cada vez más patente la necesidad de una investigación más exhaustiva en la población de riesgo.

No es un tema del que se hayan efectuado excesivos estudios y revisiones, hasta que en el proyecto de desarrollo del DSM-5 se propone incluir a la autolesión sin intento de suicidio en un apartado especial, como el Trastorno NSSI (Autolesión No Suicida), con los criterios específicos que determinan dicho trastorno.

No se le ha concedido la consideración apropiada, ya que este comportamiento además de posibilitar el desencadenante de problemas graves (suicidio), en su trasfondo pueden existir otros trastornos también de suma importancia, como la depresión, trastornos de la conducta alimenticia y adicciones.

La diversidad de conductas autolesivas y la diversidad de patologías, externalizantes e internalizantes relacionadas, nos hacen pensar la necesidad de dar respuesta diferenciada a estas conductas según el perfil autolesivo y las patologías de base relacionadas.

9.-BIBLIOGRAFÍA

1. Stewart JG, Esposito EC, Glenn CR, Gilman SE, Pridgen B, Gold J, et al. Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*. Enero de 2017;84:105-12.
2. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2015;2(1):2.
3. Kara K, Ozsoy S, Teke H, Congologlu MA, Turker T, Renklidag T, et al. Non-suicidal self-injurious behavior in forensic child and adolescent populations. :6.
4. Ibáñez ÁF, Costa MV, Sánchez C. Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. 2012;16.

5. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports* [Internet]. Marzo de 2017 7-9
6. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5® [Internet]. American Psychiatric Publishing; 2013
7. Sutton J. Las afirmaciones de los medios y las actitudes frente a la autolesión, la magnitud del problema y controversias. 2007;6.
8. Castro Castro KA, Kirchner Nebot T, Planellas I. Predicción de conducta autodestructiva en adolescentes mediante tipologías de afrontamiento. *Universitas Psychologica* [Internet]. 1 de mayo de 2014
9. Mollà L, Batlle Vila S, Treen D, López J, Sanz N, Martín LM, et al. Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* [Internet]. 19 de abril de 2015
10. Suárez LFG, Hurtado ICV, Betancurt LN. Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 2016;16(1):41-56.
11. Agüero G, Arrate M, Berner E. Adolescentes con autoagresiones: serie de casos clínicos. *IntraMed Journal*. 25 de agosto de 2017;6(2):8.
12. Lenkiewicz K, Racicka E, Bruńska A. Self-injury- placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms . Review of the literature. *Psychiatria Polska*. 30 de abril de 2017;51(2):323-34.
13. Burke TA, Hamilton JL, Abramson LY, Alloy LB. Non-suicidal self-injury prospectively predicts interpersonal stressful life events and depressive symptoms among adolescent girls. *Psychiatry Research*. Agosto de 2015;228(3):416-24.
14. Kaździela-Olech H, Żak G, Kalinowska B, Wągrocka A, Perestret G, Bielawski M. The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) among high school students in relation to age and sex. *Psychiatria Polska* [Internet]. 24 de diciembre de 2014
15. Çimen İD, Coşkun A, Etiler N. Non-suicidal self-injury behaviors` features and relationship with adolescents` daily life activities and mental status. *The Turkish Journal of Pediatrics*. 2017;59(2):113.
16. Ulloa Flores RE, Contreras Hernández C, Paniagua Navarrete K, Victoria Figueroa G. Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental*. 1 de enero de 2013;36(5):417.
17. Lockwood J, Daley D, Townsend E, Sayal K. Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Abril de 2017;26(4):387-402.
18. Ibáñez-Aguirre C. Claves psicopatológicas de las conductas autoagresivas en la adolescencia. :6.
19. Quevedo K, Martin J, Scott H, Smyda G, Pfeifer JH. The neurobiology of self-knowledge in depressed and self-injurious youth. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. Agosto de 2016;254:145-55.
20. Cohen JN, Stange JP, Hamilton JL, Burke TA, Jenkins A, Ong M-L, et al. The interaction of affective states and cognitive vulnerabilities in the prediction of non-suicidal self-injury. *Cognition and Emotion*. 3 de abril de 2015;29(3):539-47.
21. Kleiman EM, Ammerman BA, Kulper DA, Uyeji LL, Jenkins AL, McCloskey MS. Forms of non-suicidal self-injury as a function of trait aggression. *Comprehensive Psychiatry*. Mayo de 2015;59:21-7.

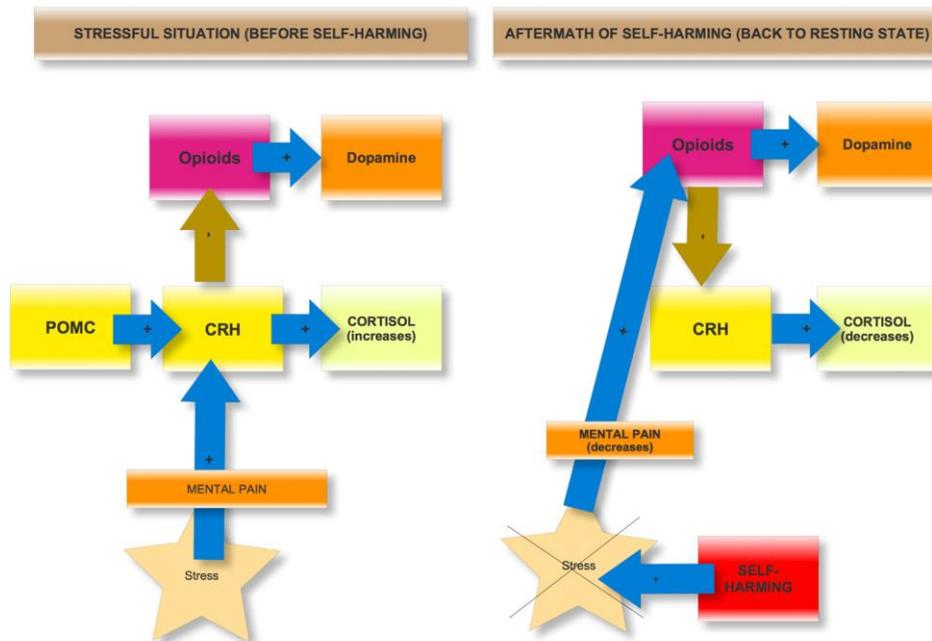
22. Cerutti R, Zuffianò A, Spensieri V. The Role of Difficulty in Identifying and Describing Feelings in Non-Suicidal Self-Injury Behavior (NSSI): Associations With Perceived Attachment Quality, Stressful Life Events, and Suicidal Ideation. *Front Psychol* [Internet]. 13 de marzo de 2018
23. Gatta M, Miscioscia M, Sisti M, Comis I, Battistella PA. Interactive Family Dynamics and Non-suicidal Self-Injury in Psychiatric Adolescent Patients: A Single Case Study. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 6 de febrero de 2017
24. Arbuthnott AE, Lewis SP. Parents of youth who self-injure: a review of the literature and implications for mental health professionals. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* [Internet]. Diciembre de 2015
25. Vaughn MG, Salas-Wright CP, Underwood S, Gochez-Kerr T. Subtypes of non-suicidal self-injury based on childhood adversity. *Psychiatr Q.* marzo de 2015;86(1):137-51.
26. Díaz de Neira M, García-Nieto R, de León-Martínez V, Pérez Fominaya M, Baca-García E, Carballo JJ. Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental.* Julio de 2015;8(3):137-45.
27. Serafini G, Canepa G, Adavastro G, Nebbia J, Belvederi Murri M, Erbuto D, et al. The Relationship between Childhood Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 24 de agosto de 2017 |
28. Liu RT, Frazier EA, Cataldo AM, Simon VA, Spirito A, Prinstein MJ. Negative Life Events and Non-Suicidal Self-Injury in an Adolescent Inpatient Sample. *Archives of Suicide Research.* Julio de 2014;18(3):251-8.
29. Meza JI, Owens EB, Hinshaw SP. Response Inhibition, Peer Preference and Victimization, and Self-Harm: Longitudinal Associations in Young Adult Women with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology.* Febrero de 2016;44(2):323-34.
30. Hasking P, Rees CS, Martin G, Quigley J. What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers. *BMC Public Health* [Internet]. Diciembre de 2015
31. Young R, Sproeber N, Groschwitz RC, Preiss M, Plener PL. Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry* [Internet]. Diciembre de 2014
32. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev.* Marzo de 2007;27(2):226-39.
33. Shingleton RM, Eddy KT, Keshaviah A, Franko DL, Swanson SA, Yu JS, et al. Binge/purge thoughts in nonsuicidal self-injurious adolescents: An ecological momentary analysis: Binge/Purge Thoughts and Self-Injury. *International Journal of Eating Disorders.* Noviembre de 2013;46(7):684-9.
34. Giner-Bartolome C, Mallorquí-Bagué N, Tolosa-Sola I, Steward T, Jimenez-Murcia S, Granero R, et al. Non-suicidal Self-Injury in Eating Disordered Patients: Associations with Heart Rate Variability and State-Trait Anxiety. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 7 de julio de 2017
35. Gómez-Expósito A, Wolz I, Fagundo AB, Granero R, Steward T, Jiménez-Murcia S, et al. Correlates of Non-suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Bulimic Spectrum Disorders. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 22 de agosto de 2016
36. Meszaros G, Horvath LO, Balazs J. Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. *BMC Psychiatry* [Internet]. Diciembre de 2017
37. Bunderla T, Gregori H. ALTERED PAIN PERCEPTION IN SELF-INJURIOUS BEHAVIOR AND THE ASSOCIATION OF PSYCHOLOGICAL ELEMENTS WITH PAIN PERCEPTION MEASURES: A SYSTEMATIC REVIEW. *Psychiatria Danubina.* 27(4):9.

38. Blasco-Fontecilla H, Fernández-Fernández R, Colino L, Fajardo L, Perteguer-Barrio R, de Leon J. The Addictive Model of Self-Harming (Non-suicidal and Suicidal) Behavior. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 1 de febrero de 2016
39. Andrews T, Martin G, Hasking P. Differential and common correlates of non-suicidal self-injury and alcohol use among community-based adolescents. *Advances in Mental Health*. 1 de octubre de 2012;11(1):55-66.
40. Hasking P. Differentiating Non-Suicidal Self-Injury and Risky Drinking: a Role for Outcome Expectancies and Self-Efficacy Beliefs. *Prev Sci*. agosto de 2017;18(6):694-703.
41. Brown RC, Plener PL, Groen G, Neff D, Bonenberger M, Ablner B. Differential Neural Processing of Social Exclusion and Inclusion in Adolescents with Non-Suicidal Self-Injury and Young Adults with Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 29 de noviembre de 2017
42. Young R, Riordan V, Stark C. Perinatal and psychosocial circumstances associated with risk of attempted suicide, non-suicidal self-injury and psychiatric service use. A longitudinal study of young people. *BMC Public Health* [Internet]. Diciembre de 2011
43. Jenkins AL, Seelbach AC, Conner BT, Alloy LB. The roles of behavioural activation and inhibition among young adults engaging in self-injury: The roles of BAS and BIS in NSSI. *Personality and Mental Health*. febrero de 2013;7(1):39-55.
44. Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*. Abril de 2009;166(2-3):260-8.
45. Klonsky ED, Glenn CR, Styer DM, Olinio TM, Washburn JJ. The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* [Internet]. Diciembre de 2015
46. SCHMAHL C. Bases neuronales de la autolesión. 2014;6.
47. Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang Y, Mann JJ. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of Affective Disorders*. Julio de 2010;124(1-2):134-40.
48. Ferrara M, Terrinoni A, Williams R. Non-suicidal self-injury (Nssi) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 30 de marzo de 2012;6:12.
49. Manca M. Agresiones al cuerpo en la adolescencia: 2011;13.
50. Villarroel G J, Jerez C S, Montenegro M MA, Montes A C, Igor M M, Silva I H. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. Marzo de 2013;51(1):38-45.
51. Washburn JJ, Richardt SL, Styer DM, Gebhardt M, Juzwin KR, Yourek A, et al. Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2012;6(1):14.
52. Faura J, Salatino A. Técnicas de distraccion y estrategias para hacerle frente a la autolesion. :3.

10.-ANEXOS

Factores sociodemográficos	Ser mujer
Factores caracteriales	Impulsividad y reactividad emocional
	Falta de autoestima
	Agresividad
	Expresión de sentimientos
Factores psicosociales	Relación disfuncional con los padres
	Maltrato infantil
	Bullying
Factores psicopatológicos	Depresión
	Trastornos alimenticios
	Alcohol
	Trastorno borderline de personalidad
Otros factores	Pertenecer a grupo de "Adolescentes alternativos"

Anexo I. Factores de riesgo destacados (Referencias: Elaboración propia.)



Anexo II. El estrés y su asociación con opiodes. (Referencias: Tomada de (38))



AUTOLESIONES EN LA ADOLESCENCIA

UVa

AUTORA: M^a Rocío de la Fuente Alonso
TUTOR: Dr. Carlos Imaz Roncero



INTRODUCCIÓN

La **adolescencia** es el periodo durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas en el orden físico y psíquico. Las **autolesiones** tienen una prevalencia de alrededor del 10% en esta etapa de la vida. La mayoría se producen entre los **15 y los 19 años**. Se admite por "autolesiones" el daño autoinfligido de forma deliberada y sin intencionalidad suicida. Incluye conductas tales como cortarse, producirse quemaduras, pincharse, lesiones por rascado etc., y encaminadas a buscar alivio de una gran tensión emocional.

OBJETIVO

El objetivo ha sido realizar **una revisión narrativa** y proporcionar una puesta al día en relación a las autolesiones producidas en la etapa de la adolescencia y sus factores influyentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda en las fuentes de referencia médica *online Medscape, UpToDate, Medline PubMed, Dialnet y Google Scholar*. Se seleccionaron artículos científicos relativos a estudios clínicos y revisiones usando las siguientes palabras clave en inglés y en castellano: **adolescencia, conducta autolesiva, autolesión deliberada, autolesión no suicida, comportamientos autolesivos, ideación suicida, impulsividad y trauma**.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

FACTORES DE RIESGO	
Factores sociodemográficos	Ser mujer
Factores caracteriales	Impulsividad y reactividad emocional Falta de autoestima Agresividad Expresión de sentimientos
Factores psicosociales	Relación disfuncional con los padres Maltrato infantil Bullying
Factores psicopatológicos	Depresión Trastornos alimenticios Alcohol Trastorno borderline de la personalidad
Otros factores	Pertenecer a grupo de "Adolescentes alternativos"

SÍNTOMAS Y SIGNOS	
Conductas autolesivas mayores	Amputación extirpadas, enucleación y castración
Conductas autolesivas estereotipadas	Morderse los labios y lengua, rasguñarse la piel, tirarse del pelo
Conductas autolesivas compulsivas	Excoriaciones por rascado
Conductas autolesivas impulsivas	Cortarse o quemarse la piel



DIAGNOSTICO

- ❖ Criterios del **DSM-5**.
- ❖ Test diagnóstico **SITBI-EPCA**
- ❖ Existencia de síntomas y signos de autolesión

TRATAMIENTO

- ❖ Terapias **cognitivo-conductuales**
- ❖ Medicación relacionada con trastornos vinculados a las autolesiones.
- ❖ Fármacos basados en bases neurobiológicas.

CONCLUSIONES

- ❖ Las conductas autolesivas en adolescentes tienen una elevada prevalencia.
- ❖ No es un tema del que se hayan realizado demasiados estudios y revisiones hasta que no ha sido incluido en el DSM 5
- ❖ Puede derivar en problemas graves como el suicidio.
- ❖ La diversidad de conductas autolesivas y la diversidad de patologías, externalizantes e internalizantes relacionadas, nos hacen pensar la necesidad de dar respuesta diferenciada a estas conductas según el perfil autolesivo y las patologías de base relacionadas.

1. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5® [Internet]. American Psychiatric Publishing; 2013

2. Ibáñez ÁF, Costa MV, Sánchez C. Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. 2012;16.

3. Villarroel G J, Jerez C S, Montenegro M MA, Montes A C, Igor M M, Silva I H. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. Revista chilena de neuro-psiquiatría. marzo de 2013;51(1):38-45.

