


The background of the slide is a dark blue field filled with numerous vertical lines of varying heights and colors, including shades of blue, teal, and gold, creating a shimmering, digital-like effect.

Autolesiones no suicidas

Patricia Blanco del Valle

Pisquiatria Infantil y del Adolescente

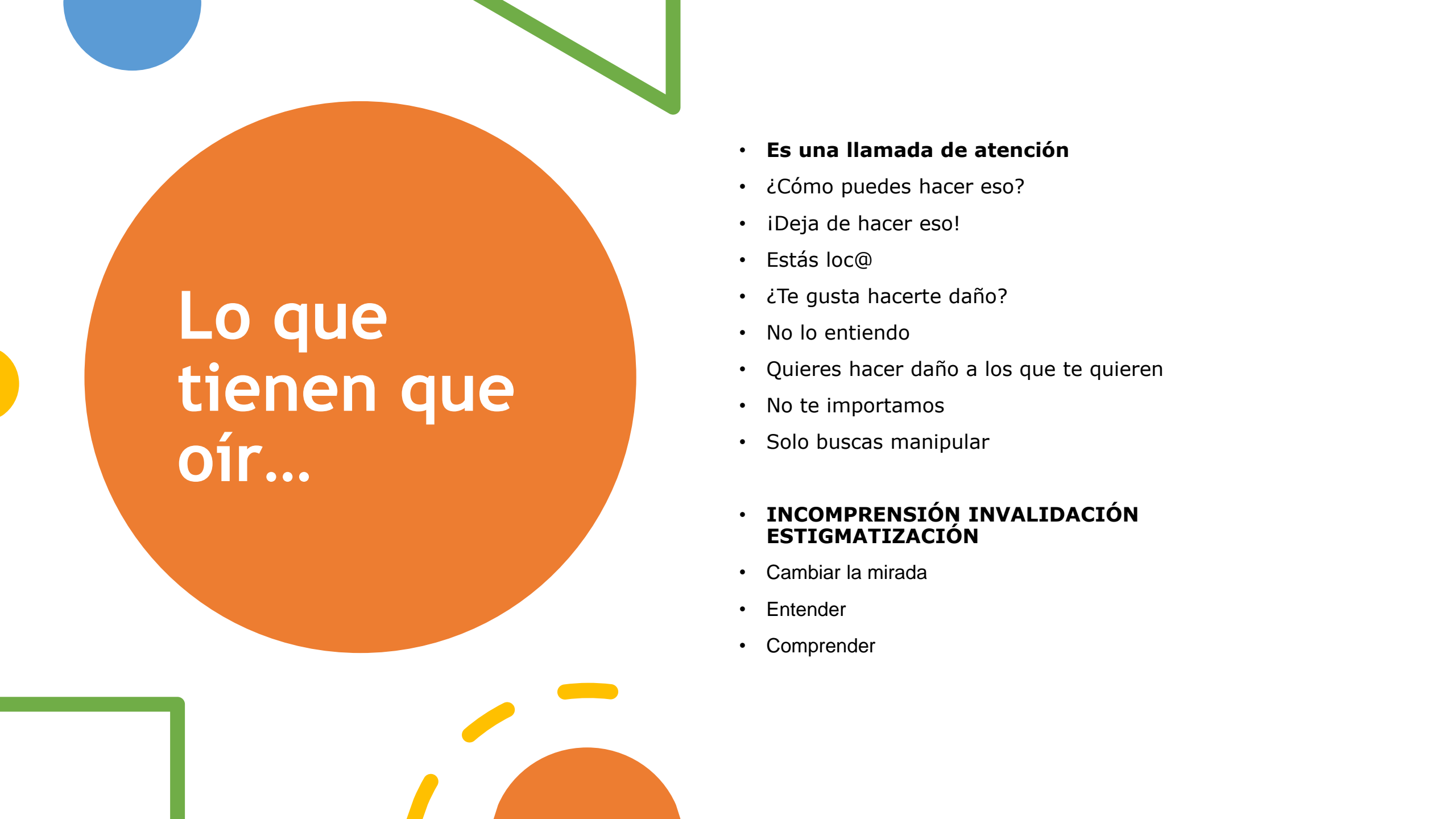
ESMIJ.HVM.Complejo Asistencial de Soria

- 
- La **conducta autolesiva** es la realización socialmente inaceptable y repetitiva de cortes, golpes y otras formas de autoagresión que causan lesiones físicas leves o moderadas y sin intencionalidad suicida (Klonsky, 2007; Suyemoto, 1998)
 - Diversidad terminológica: *self-injury*, *self-mutilation*, *self-cutting*, *self-harming*, *parasuicide behavior*, **non suicidal self-injury (NSSI)**, **(ANS)** en español.



¿Es una “llamada de atención”?

- Las autolesiones son a veces trivializadas con expresiones como: **“solo lo hace para llamar la atención”**.
- Aunque la atención no es una necesidad para la supervivencia, aprendemos desde pequeños que la **atención de otra persona, será fundamental para cubrir nuestras necesidades básicas**.
- Tratarlo de esta manera, tiene el peligro de devaluar uno de los principales reforzadores para los humanos: **ser atendido o cuidado por otras personas**.
- Conlleva el **riesgo de “la escalada” en la gravedad de la autolesión**.
- Que desaparezca de nuestro vocabulario es una **“llamada de atención”, sino un pedido de ayuda**.



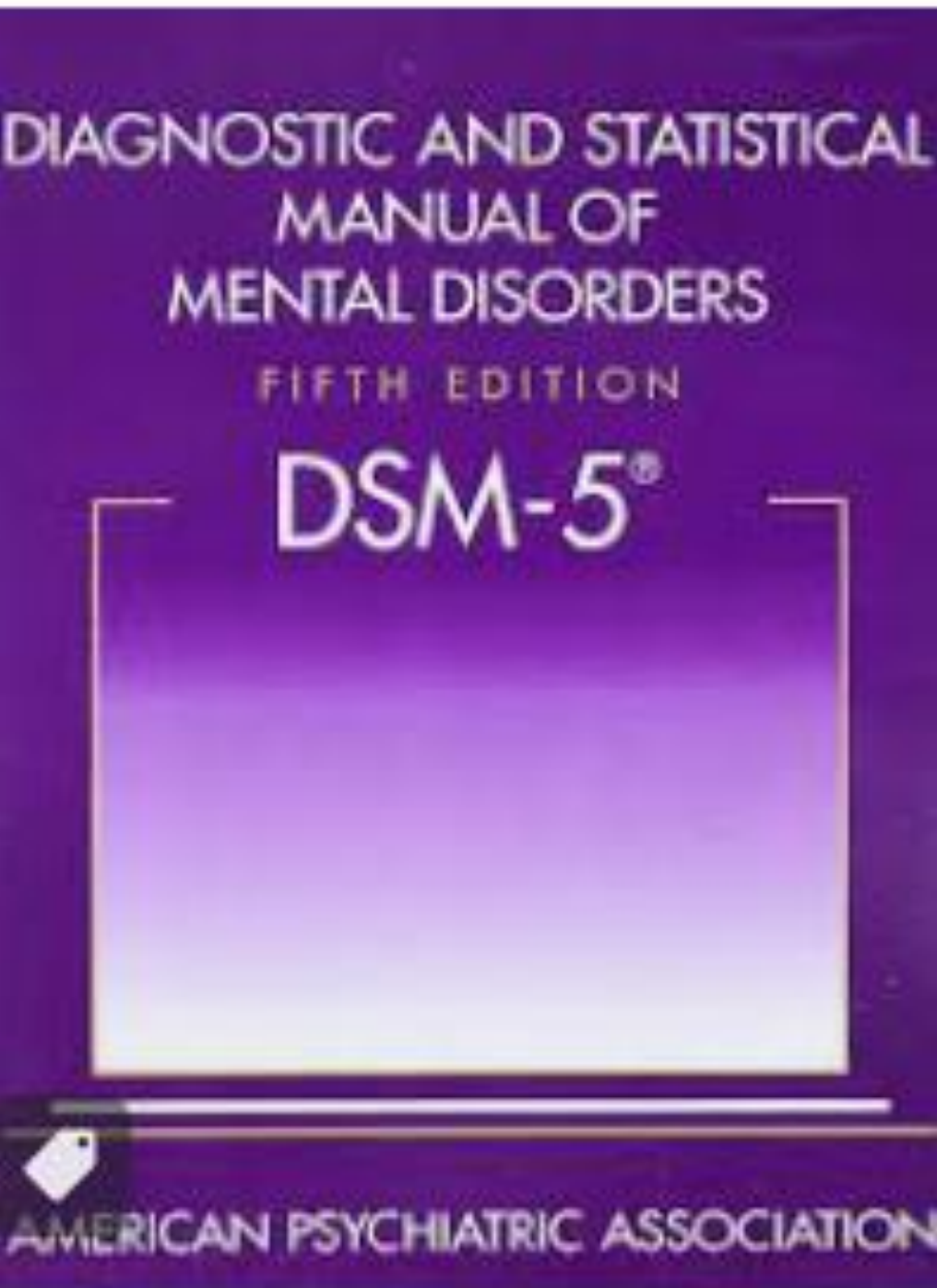
Lo que
tienen que
oír...

- **Es una llamada de atención**
- ¿Cómo puedes hacer eso?
- ¡Deja de hacer eso!
- Estás loc@
- ¿Te gusta hacerte daño?
- No lo entiendo
- Quieres hacer daño a los que te quieren
- No te importamos
- Solo buscas manipular

- **INCOMPRENSIÓN INVALIDACIÓN ESTIGMATIZACIÓN**
- Cambiar la mirada
- Entender
- Comprender

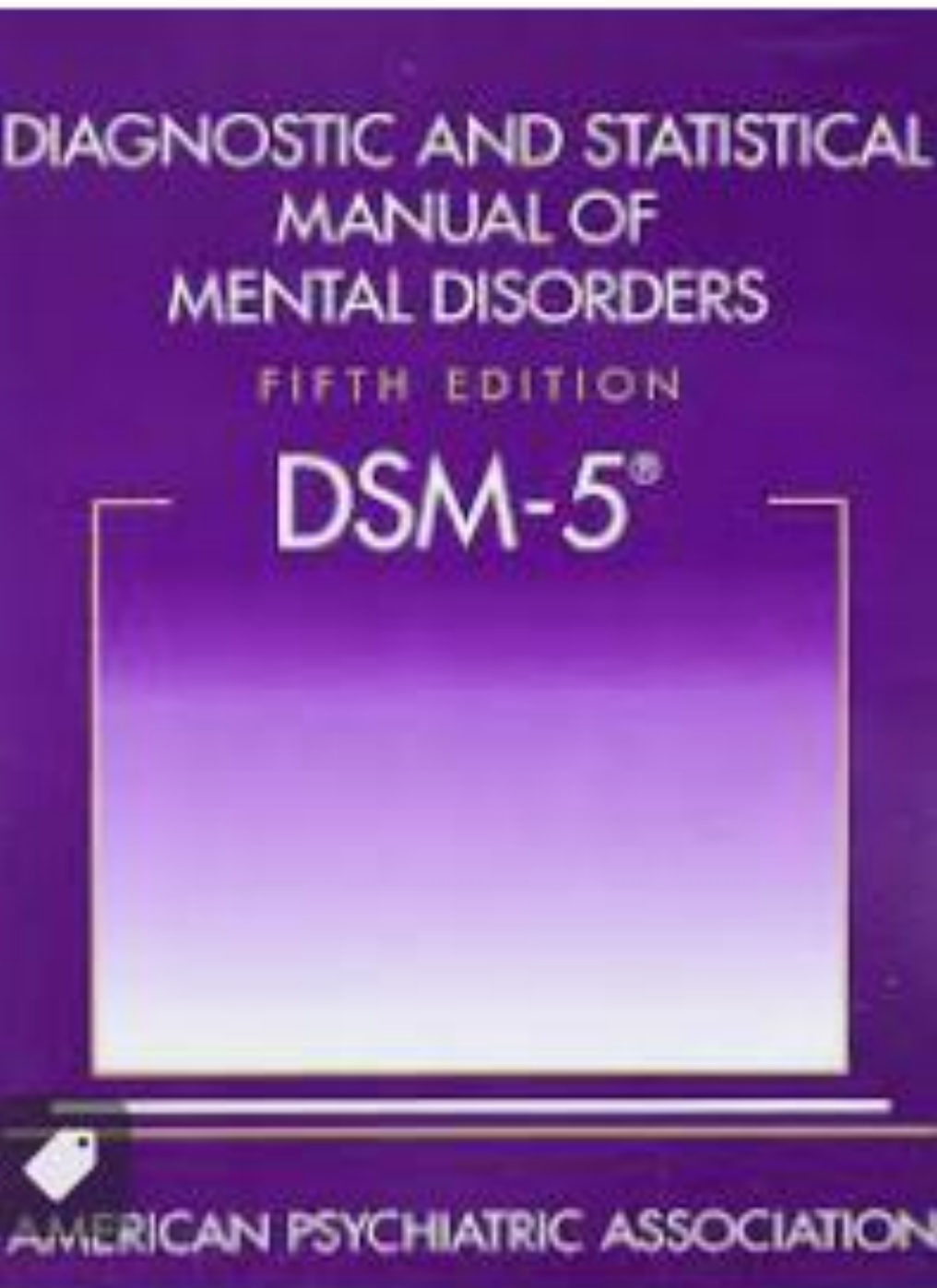


¿Cuáles son los
criterios
diagnósticos?



Criterios Diagnósticos: ANS

- **ANS: afecciones que necesitan más estudio**
- A. En al menos **5 días del último año**, el individuo se inflige intencionadamente lesiones en la superficie corporal que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p.ej.: cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión solo conllevará un daño físico leve o moderado.
- B. Con una o más de las **siguientes expectativas**:
 - 1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo
 - 2. Para resolver una dificultad interpersonal
 - 3. Para inducir un estado de sentimientos positivos
- C. Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:
 - 1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos (depresión, ansiedad, tensión, enfado, autocrítica, sufrimiento) que tienen lugar antes del acto autolesivo.



Crterios Diagnósticos: ANS

- 2.Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar, difícil de controlar, que aparece antes del acto.
- 3.Pensamientos frecuentes acerca de autolesionarse.
- D.Comportamiento **NO está aceptado socialmente** (p.ej., piercing, tatuajes, parte de un ritual) y no se limita a arrancarse la costra o morderse las uñas.
- E.El comportamiento o sus consecuencias **provocan malestar clínicamente significativo o interfieren** en las áreas interpersonal, académica, u otras áreas de funcionamiento.
- F.El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia. **No se explica mejor por otro trastorno o afección mental**(p.ej., Trastorno psicótico, discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista,...)
- **Diagnóstico diferencial:**Trastorno de la personalidad límite, Trastorno de comportamiento suicida, Tricotilomanía.

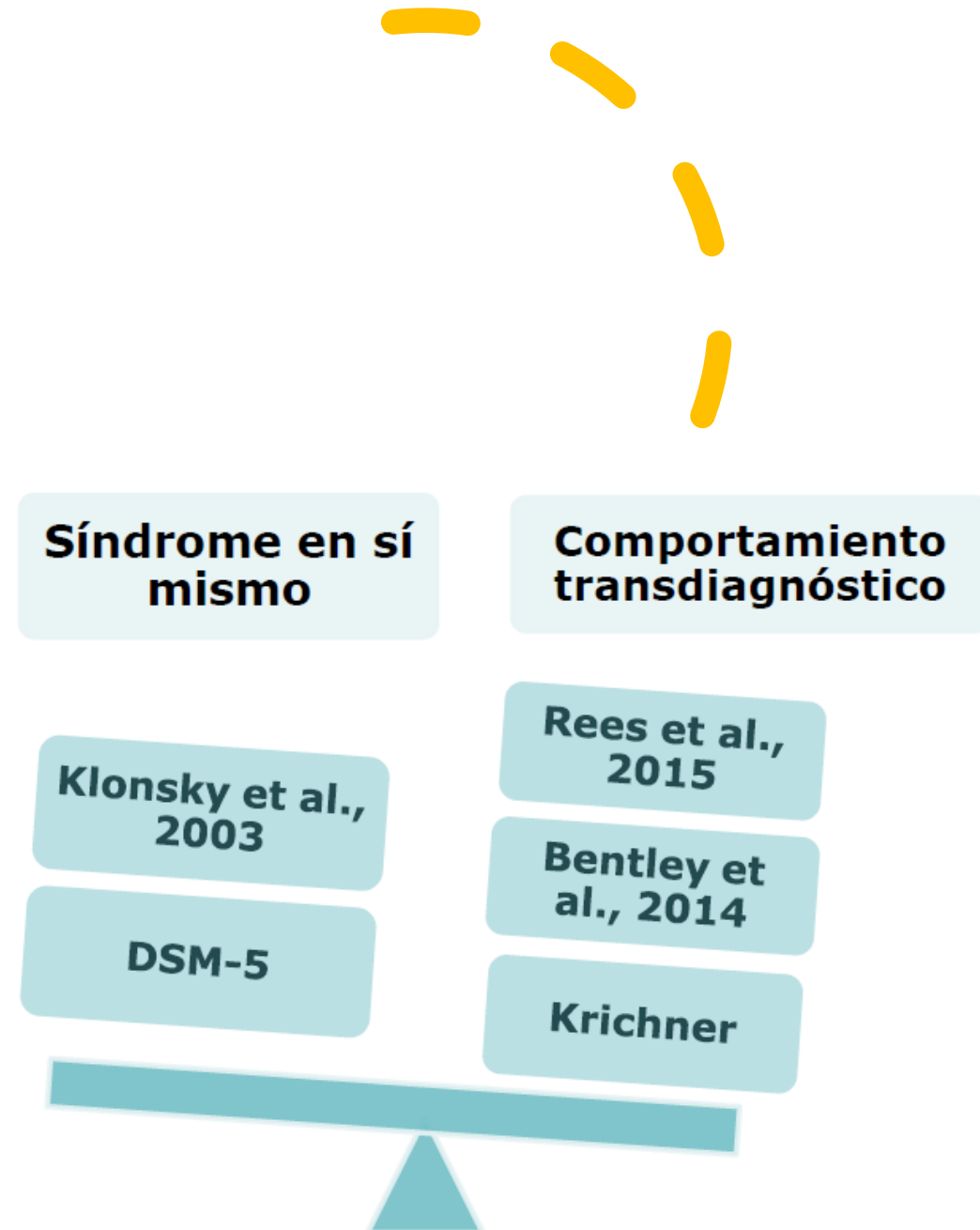
A decorative yellow dashed line graphic in the top right corner, consisting of several short, curved segments that form a partial arc.

¿Es una conducta presente en otros trastornos?

¿Cuál es su relación con el suicidio?

Criterio Transdiagnóstico

- •Diferente de la conducta suicida (American Psychiatric Association, 2014; Calvete et al., 2015; Walsh, 2006)
- •Factor de riesgo para las tentativas suicidas (Nocket al., 2006; Grandclercet al., 2016) *Kirckner(2011) (muestra española)



No es lo mismo...

- Pueden estar en la misma persona, pero son diferentes, y es necesario explorar de forma diferente en una evaluación.

Autolesión



Intento de suicidio



Ideas pasivas de muerte

Intento de Suicidio (*DSM V: Trastorno de comportamiento suicida*)



(*DSM V: Trastorno de comportamiento suicida*)



Secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quién en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte.



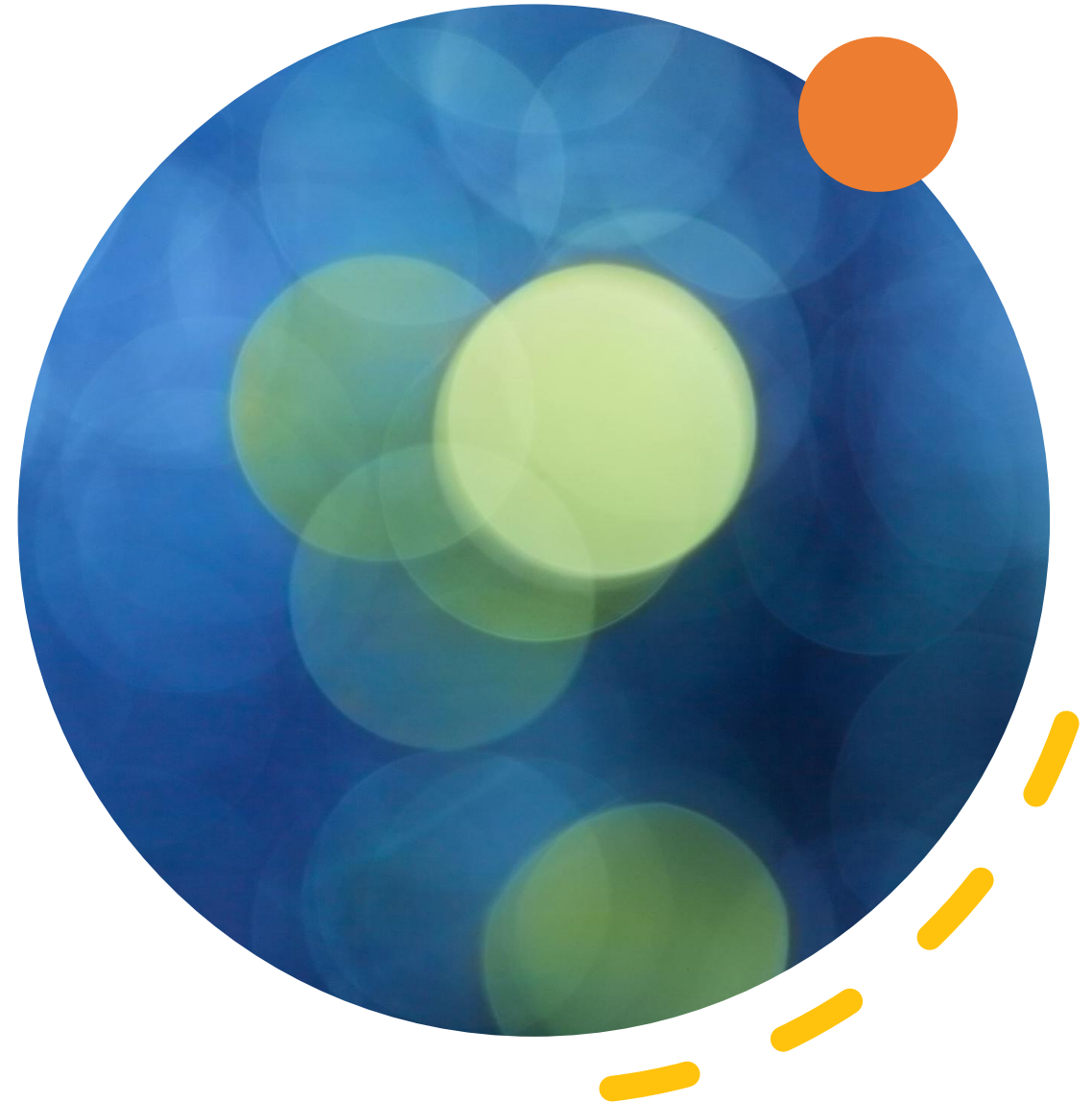
El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida.

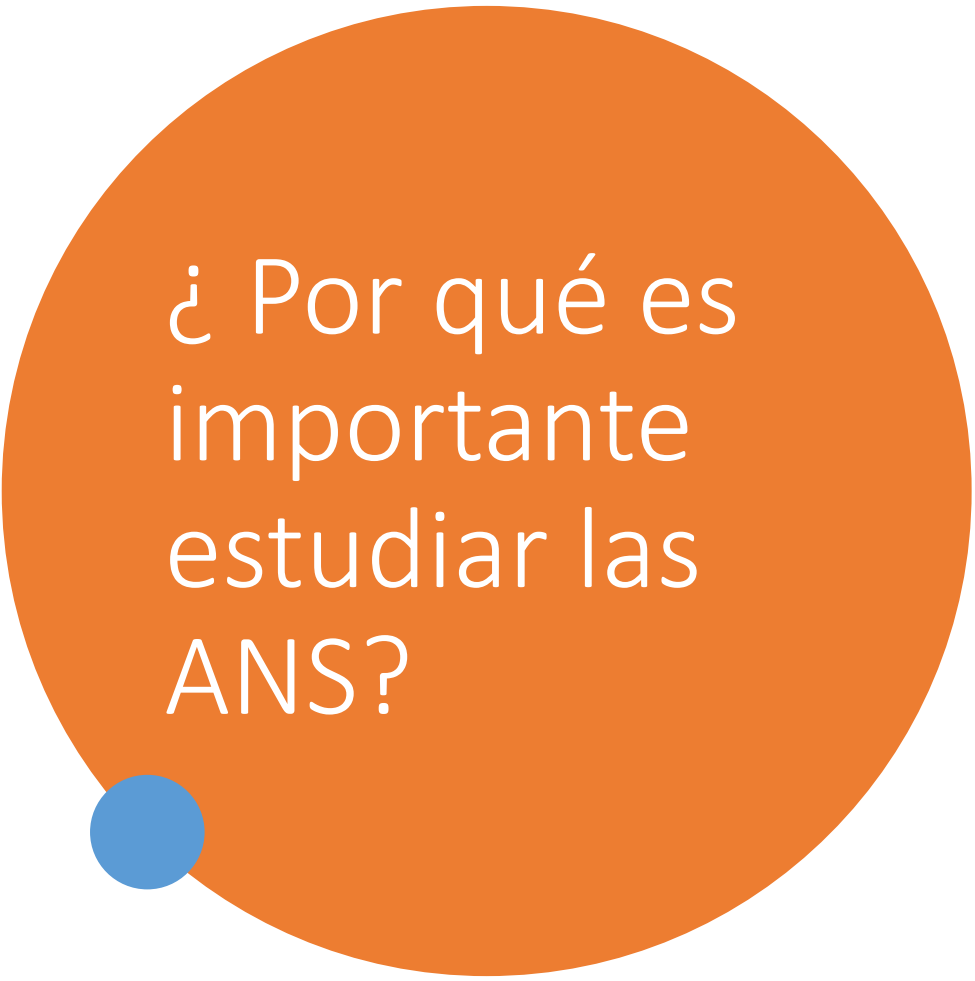


Ideas pasivas de muerte



Deseo de morir, pero no informan de un plan, se habla de sufrimiento, no hay intencionalidad específica de quitarse la vida.





¿ Por qué es importante estudiar las ANS?



Aumento de la preocupación social

EL PAÍS **verne**

REDES
El origen de 'Ballena Azul', el supuesto juego vinculado a suicidios y lesiones de menores

- Una adolescente ha sido ingresada en la Unidad de Psiquiatría de un hospital de Barcelona

EL MUNDO España Opinión Economía Internacional Deportes Sociedad Cultura Tecnología Más

ÚLTIMA HORA Detenido en Fronda un hombre por amenazar con matar al presidente Macron

ADOLESCENCIA
Más autolesiones en jóvenes por el 'efecto llamada' de algunas webs

Evolución de casos de Autolesiones, Ideación suicida e Intento de suicidio (2013-2016)

Año	Autolesiones	Ideación Suicida	Intento de suicidio
2013	113	158	83
2014	156	182	74
2015	323	266	115
2016	531	429	198

Fundación ANAR
Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo

HAZ TU DONACIÓN
TU AYUDA ES MUY IMPORTANTE

Quiénes somos Programas Documentación Agradecimientos Actualidad Cómo ayudar

ANAR ALERTA DEL AUMENTO DE CASOS DE IDEACIÓN E INTENTO DE SUICIDIO Y AUTOLESIONES

El Teléfono ANAR de Ayuda a Niños y Adolescentes 900 20 20 10 y el Teléfono ANAR del Adulto y la Familia 600 50 51 52 atendieron en 2016 un total de 2.971 llamadas relacionadas con ideación e intento de suicidio y autolesiones frente a las 1.838 recibidas el año anterior.

Todas esas llamadas atendidas por los profesionales de la Fundación ANAR dieron lugar a 1.158 casos, frente a los 704 del año anterior: 627 casos de ideación suicida o intento de suicidio y 531 casos de autolesiones en 2016.

¿ Está
aumentando
la
prevalencia
de las ANS?



Prevalencia NSSI

- Gran variabilidad debido a factores metodológicos
- Género: mayor prevalencia en mujeres (Barrocas et al., 2012; Guerry Prinstein, 2010) y Swannellet al., 2014 señala equivalencia en muestras no clínicas

	A nivel internacional	En nuestro país *Falta de estudios
Muestras comunitarias	1.5%-54.8% Prevalencia media 17.2% adolescentes de 10 a 17 años (Swannell et al., 2014).	Cataluña: 11.4% (12-16 años)(Kirchner et al., 2011) País Vasco: 55.6% (23,4% > severidad y 33,2% < severidad) (12-19 años) (Calvete et al., 2015) *M = 2,01 episodios
Muestras clínicas	40% 32%-50% en adolescentes hospitalizados (Jacobson et al., 2008)	Madrid: 21.7% (11-18 años)(Díaz De Neira et al., 2015) *M = 24,2 episodios

AUTOLESIONES Y CONDUCTA SUICIDA EN LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL. LO QUE LA PANDEMIA NOS HA DESVELADO

Aumento autolesiones y conductas suicidas en niños y adolescentes, más tras la pandemia

En España: heterogeneidad planes de prevención de suicidio, **ausencia plan nacional de prevención del suicidio**

Pediatras: entrevista, coordinación con familias, colegios y salud mental

Distinguir **autolesiones no suicidas** (buscan regulación emocional), pueden asociarse.

Necesidades no cubiertas:

Reforzar recursos atención primaria, hospitalaria y salud mental

Formación en psiquiatría infantil y adolescente para médicos y enfermeras

Información, formación para colegios

Estudio multicéntrico SEUP

Aumento 122% diagnósticos *"intoxicación no accidental fármacos"*

Aumento 56% *"suicidio/ intento de suicidio/ideación autolítica"*

Perfil paciente

90% sexo femenino

Edad media 14,8 años

58% intento previo

35% sin diagnóstico previo salud mental

83% autolesiones asociadas

Todas las señales apuntan en la misma dirección: las conductas suicidas en adolescentes se han disparado. Desde el peor de los escenarios —los suicidios consumados en menores de 15 años han pasado de siete en 2019, a 14 en 2020 y a 22 en 2021— hasta las ideaciones de muerte, lo que en el argot clínico se conoce como autolesiones no suicidas: actos deliberados para lesionar el cuerpo, pero que, *a priori*, no son un intento autolítico, sino una forma dañina de afrontar una situación emocional.

Cifras

- Revisión sistemática (publicada 2018) de la investigación existente sobre las autolesiones no suicidas (ANS) en población comunitaria adolescente
- 53 artículos que cumplían los criterios de inclusión para esta revisión.

Autolesiones sin finalidad autolítica: una revisión sistemática en adolescentes de la comunidad

BRENDA TARRAGONA-MEDINA^{1A}, CARLES PEREZ-TESTOR^{2B} Y NÚRIA RIBAS-FITÓ^{2C}

RESUMEN

El objetivo de este artículo es presentar una revisión de la investigación existente sobre las autolesiones no suicidas (ANS) en población comunitaria adolescente. Las ANS son un fenómeno tan común entre los adolescentes que se han propuesto como potencial trastorno independiente. Los rangos prevalencia están entre el 4,8 y el 28 %, con una edad de inicio entre los 12 y los 15 años. Su presencia se acompaña de diversos trastornos además del Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Las experiencias adversas en la infancia así como factores internos son potentes factores de riesgo. *Palabras clave: autolesiones no suicidas, adolescentes, dsm5, suicidio.*

Cifras

En muestras comunitarias el porcentaje de adolescentes que cumplen los criterios definidos para el trastorno varía entre el **1,5 y el 6,7 %**.

En contraste, el **47 % de los adolescentes informan de autolesiones repetitivas**, es decir, más cumplirían el criterio A (más de **5 episodios autolesivos** en el **último año**) pero no necesariamente el resto de criterios, con lo que no se diagnosticarían de trastorno de ANS.

En **muestras clínicas** la prevalencia llega al **60% de los adolescentes**

EDAD DE INICIO

La edad de inicio se sitúa entre **los 12 y los 15 años**, aunque algunos autores informan de ANS antes de los **10 años**, situándose un aumento alrededor de los 15 años

HOMBRES vs MUJERES

La mayoría de los estudios indican que las mujeres presentan más ANS que los hombres, aunque algunos autores informan de ratios más altas en chicos y otros no encuentran diferencias de género.

Cifras

Es importante **diferenciar las ANS esporádicas** de aquellos adolescentes que se autolesionan de forma repetitiva. Con este objetivo, se ha propuesto la **concepción del trastorno de ANS**

Recientes investigaciones ponen **énfasis en el rol de los padres en el inicio y mantenimiento** de las ANS.

La **regulación emocional y, por tanto, la disminución de estados de malestar** son las funciones que más informan los investigadores.

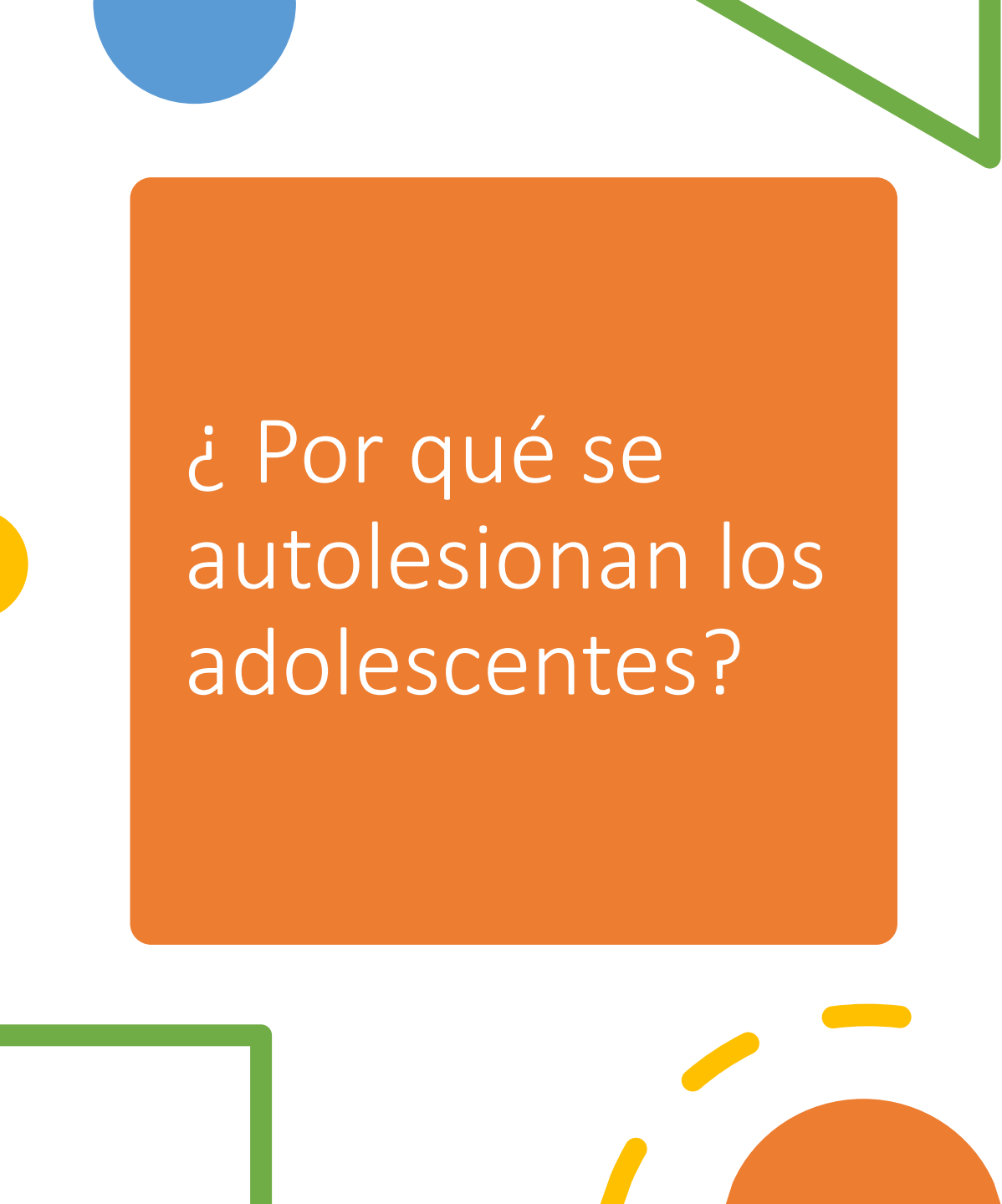
En general, los **chicos suelen referir más motivaciones externas e interpersonales** y las **chicas suelen ser más propensas a reportar motivaciones internas y personales** para autolesionarse. Esta diferencia de género puede estar relacionada con patrones diferenciales de socialización y está respaldada por la evidencia en la literatura que sugiere que las mujeres son más propensas a dirigir sus sentimientos hacia adentro, mientras que los hombres son más propensos a mirar hacia afuera.

Cifras y relación con el suicidio


- Investigaciones empíricas definen las **conductas de ANS como antecedentes del suicidio**, aunque este vínculo resulta inconsistente con otras investigaciones, que han encontrado que el riesgo de suicidio aumenta hasta cierto punto en las personas con ANS (p. ej, 50 episodios) pero disminuye a partir de entonces.
- En una línea similar, hasta el **84 % de individuos con ANS informó de no haber tenido ningún intento de suicidio**, lo que coincide con la literatura de muestras comunitarias en adolescentes (Muehlenkampy Gutierrez, 2004). Otros autores defienden que la división es irreal.
- Una explicación alternativa **concibe las ANS y el suicidio como parte de un continuum de conductas autodestructivas**.
- Debemos explorar más a fondo las asociaciones entre la autolesión con y sin intento suicida. Son necesarios estudios longitudinales para determinar las relaciones temporales entre estos comportamientos, así como el papel de los factores de riesgo. Como hemos visto, hay datos contradictorios en casi todos los focos estudiados, desde los de prevalencia hasta los factores de riesgo y comorbilidad

Tipos de autolesión

- **Autolesiones obvias:** quemaduras, cabezazos, arañazos, tirarse del pelo
- **Autolesiones menos obvias :** comer compulsivo/ dejar de comer, uso de drogas, sexo impulsivo, conductas de riesgo: subirse a un andamio, conducir a toda velocidad –**Automachaque mental** (acompaña a la autolesión)
- **Métodos más comunes:** Cortes, hacerse símbolos/letras en la piel, pegarse a uno mismo.
- **Chicas** usan principalmente **cortes** y los **chicos golpearse a sí mismos o quemarse** con el cigarro
- **Diferencia entre ANS menores** (golpearse a sí mismo, tirarse del pelo, morderse, insertar objetos debajo de las uñas o la piel, hurgar en una herida y rascarse para sangrar) y **ANS mayores** (cortarse, quemarse, auto-tatuarse, rasparse y borrarse, es decir, usar un borrador para frotar la piel hasta el punto de quemarse y sangrar). Esto indica un **patrón de gravedad en cuanto a frecuencia y tipo de autolesión**.
- Las **zonas más habituales**, tanto para chicos como para chicas, son los **antebrazos y los brazos**.



¿ Por qué se
autolesionan los
adolescentes?



Funcionalidad de la conducta autolesiva

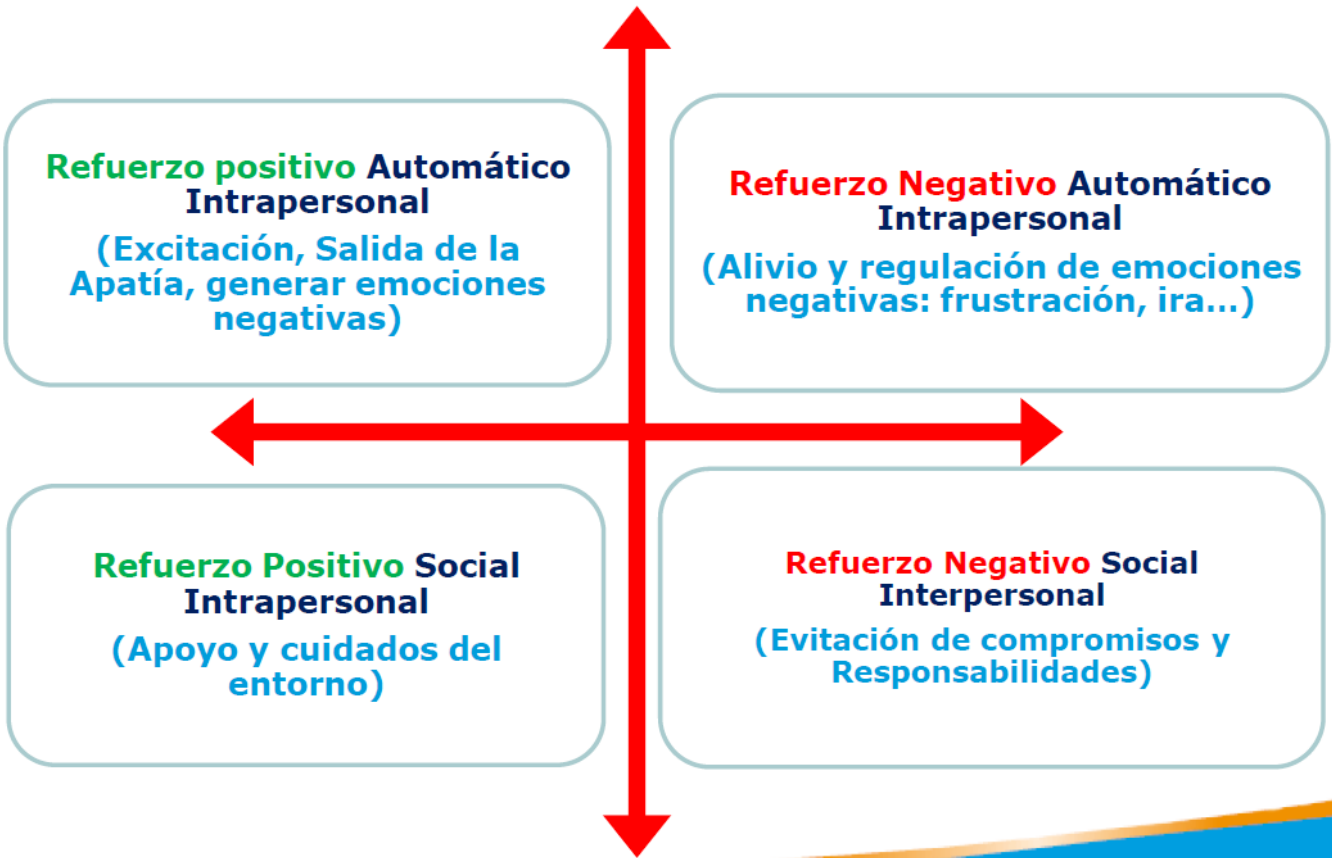
- **Hipótesis de la regulación emocional:** alivio de los estados emocionales desagradables, a pesar de las consecuencias negativas a largo plazo (Chapman, Gratzky Brown, 2006; Klonsky, 2007; Messery Fremouw, 2008; Nocket al., 2012)
- **Linehan** (1993) individuos que crecieron en entornos invalidantes y/o con disposiciones biológicas para la inestabilidad emocional más propensos a utilizar la autolesión.
- Emociones: ira, ansiedad, frustración y vergüenza se asocian al momento previo del acto autolesivo (Gallop, 2002; Jeglicet al., 2005)

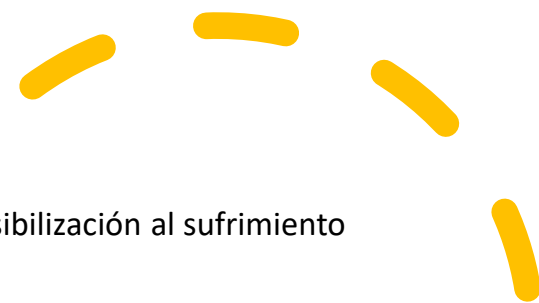


Entorno invalidante (familiar)

- Niega o desacredita la conducta persistente e independientemente de la validez de la misma.
- No aprende a etiquetar emociones.
- No aprende a modular la expresión emocional.
- No se reconocen los problemas de vulnerabilidad emocional.
- No se aprende a tolerar el malestar.
- Aprende a realizar expresiones emocionales extremas.
- No aprende a confiar en sus propias respuestas emocionales.

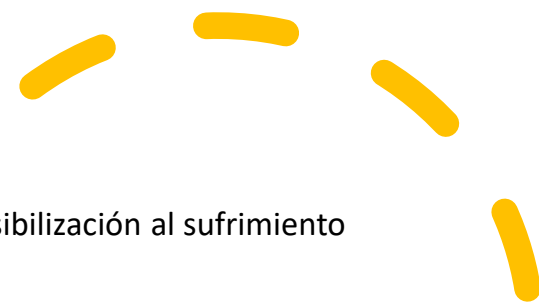
MODELO
EXPLICATIVO
TETRAFACTORIAL
DE NOCK
Funciones y
mantenimiento de
las autolesiones






¿Con qué se asocia la conducta autolesiva?

- **Impulsividad /Baja tolerancia a la frustración** (sensibilización al sufrimiento)
- **Consumo de sustancias** (principalmente alcohol)
- **Trastornos de salud mental:** TLP, Trastornos de la conducta alimentaria, Sintomatología depresiva-ansiosa, trastornos de conducta y otros TP. Adolescentes que se autolesionan sin patología mental.
- **Historia de trauma:** abuso sexual, físico, con maltrato psicológico. El 94.6 % de adolescentes con ANS presentan experiencias adversas en la infancia (violencia intrafamiliar, bullying y ciberbullying, etc.)
- **Apego:** Apego inseguro desorganizado (negligencia en los padres, falta de apoyo emocional, poca conexión con los progenitores, ser testigos de violencia de género). **Apego seguro es un factor protector.**
- **Red de apoyo social:** grupo de amigos, clase, equipo de fútbol. Buena red social como factor protector.
- **Redes sociales. “Falsa red”:** buscar ayuda en redes, en Instagram, blogs, TikTok. Adolescentes con malestar intenso buscan gente que se sienta como ellos, identificarse. Formar una falsa red. Enganchados a la red. Es necesario supervisar la “vida online” de los adolescentes.



¿Con qué se asocia la conducta autolesiva?

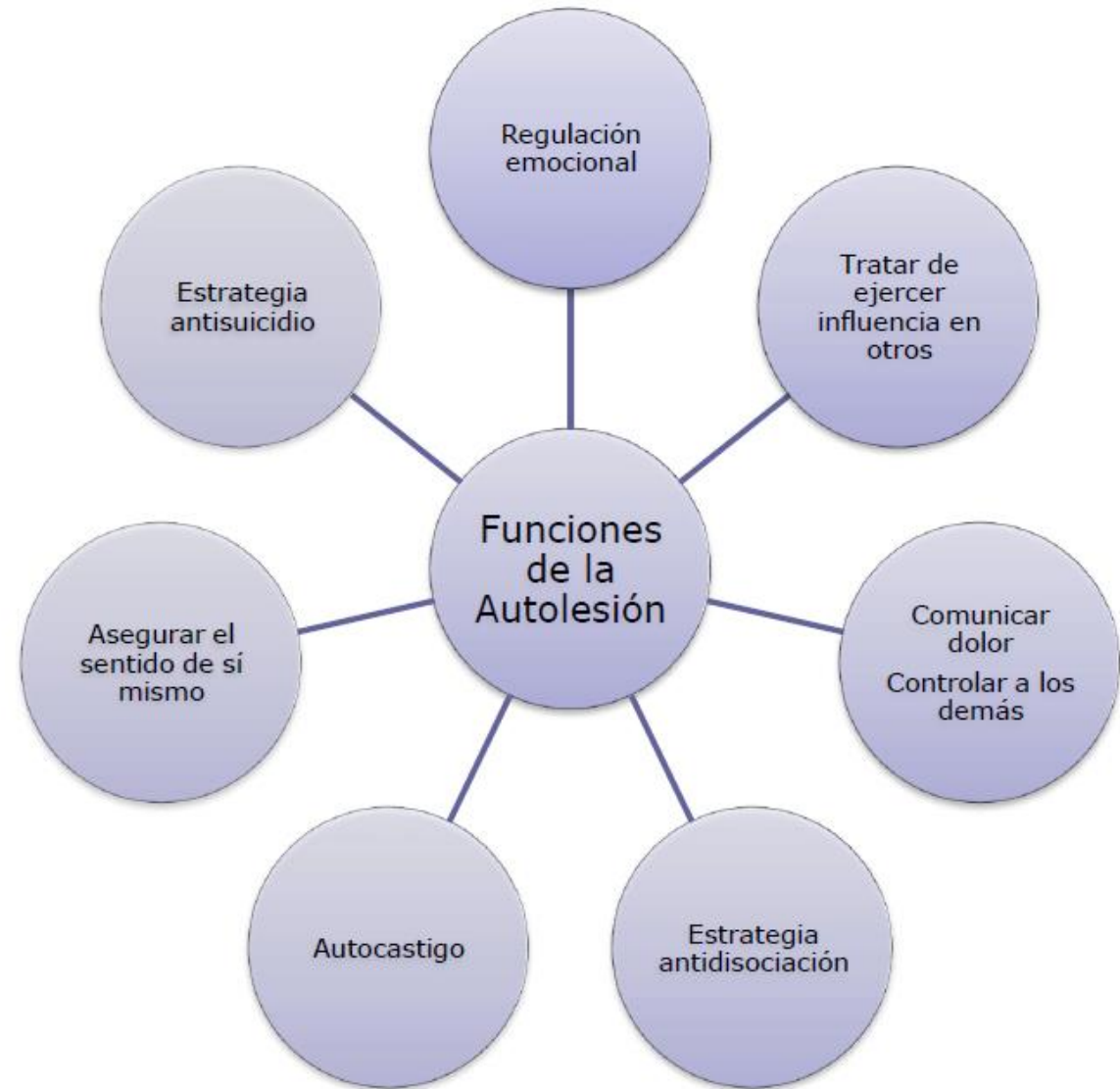
- **Impulsividad /Baja tolerancia a la frustración** (sensibilización al sufrimiento)
- **Consumo de sustancias** (principalmente alcohol)
- **Trastornos de salud mental:** TLP, Trastornos de la conducta alimentaria, Sintomatología depresiva-ansiosa, trastornos de conducta y otros TP. Adolescentes que se autolesionan sin patología mental.
- **Historia de trauma:** abuso sexual, físico, con maltrato psicológico. El 94.6 % de adolescentes con ANS presentan experiencias adversas en la infancia (violencia intrafamiliar, bullying ciberbullying, etc.)
- **Apego:** Apego inseguro desorganizado (negligencia en los padres, falta de apoyo emocional, poca conexión con los progenitores, ser testigos de violencia de género). **Apego seguro es un factor protector.**
- **Red de apoyo social:** grupo de amigos, clase, equipo de fútbol. Buena red social como factor protector.
- **Redes sociales. “Falsa red”:** buscar ayuda en redes, en Instagram, blogs, TikTok. Adolescentes con malestar intenso buscan gente que se sienta como ellos, identificarse. Formar una falsa red. Enganchados a la red. Es necesario supervisar la “vida online” de los adolescentes.



¿Qué función tiene la ANS?

- La autolesión va a tener siempre una función **autorreguladora principalmente**
- “Llamada de atención”, pero como una **forma de expresar algo**, de comunicar algo, pedir perdón.
- Pero sobre todo...
- Poder **soportar el dolor emocional/sacarlo fuera**. Sensación de bienestar. “Es menos doloroso esa herida que el dolor emocional que tienen”
- Forma de castigarse
- Buscar una **identidad**: encontrar personas que se cortan, buscar formar grupo.
- Autolesiones disociativas: Amnesia “no recuerdo como me lo hice”, estar alerta porque no hay control consciente.

Funciones de la autolesión



¿Qué función tiene la ANS?

- **Precipitante más común:** los sentimientos o ideas negativas y el deseo de reducir estados emocionales negativos
- El **6,9** de los adolescentes que informan de un componente **adictivo** y así lo vamos a tratar en terapia. Cuando no pueden hacerlo, aumenta las ganas de hacerlo.
- Hasta el **12,8 %** manifiestan **incapacidad para dejar de hacerlo, no pueden parar.**
- Aunque en ocasiones se considera que la ANS son *para llamar la atención*, un estudio encontró que es uno de los motivos menos comunes.
- **“Es importante que nos llamen la atención”**, quiere decir que los adultos (padres, profesores) no se enteran que algo falla. Nos piden ayuda.



En sus palabras...


- Definiciones de autolesión que dan jóvenes que se autolesionan:
- La autolesión es **la medicina** para mis temores (mujer, 16 años).
- Yo diría que es una especie de **antidepresivo** que actúa de inmediato (hombre, 17 años).
- Es como un **pasaporte** para no suicidarse (mujer, 16 años).
- Es una acción para **evitar** algo negativo (hombre, 16 años).
- Cortarse o quemarse para **salir adelante** (mujer, 14 años).
- Es como una **droga** que te aleja de malos pensamientos y sensaciones (hombre, 17 años).





"Me cuesta mucho llorar. Me cortaba en el brazo porque pensaba que por ahí podían salir las lágrimas..."

- Imagen: Fundación Anar
- <https://www.anar.org/consejos-preventivos-para-padres-ideacion-suicida/>

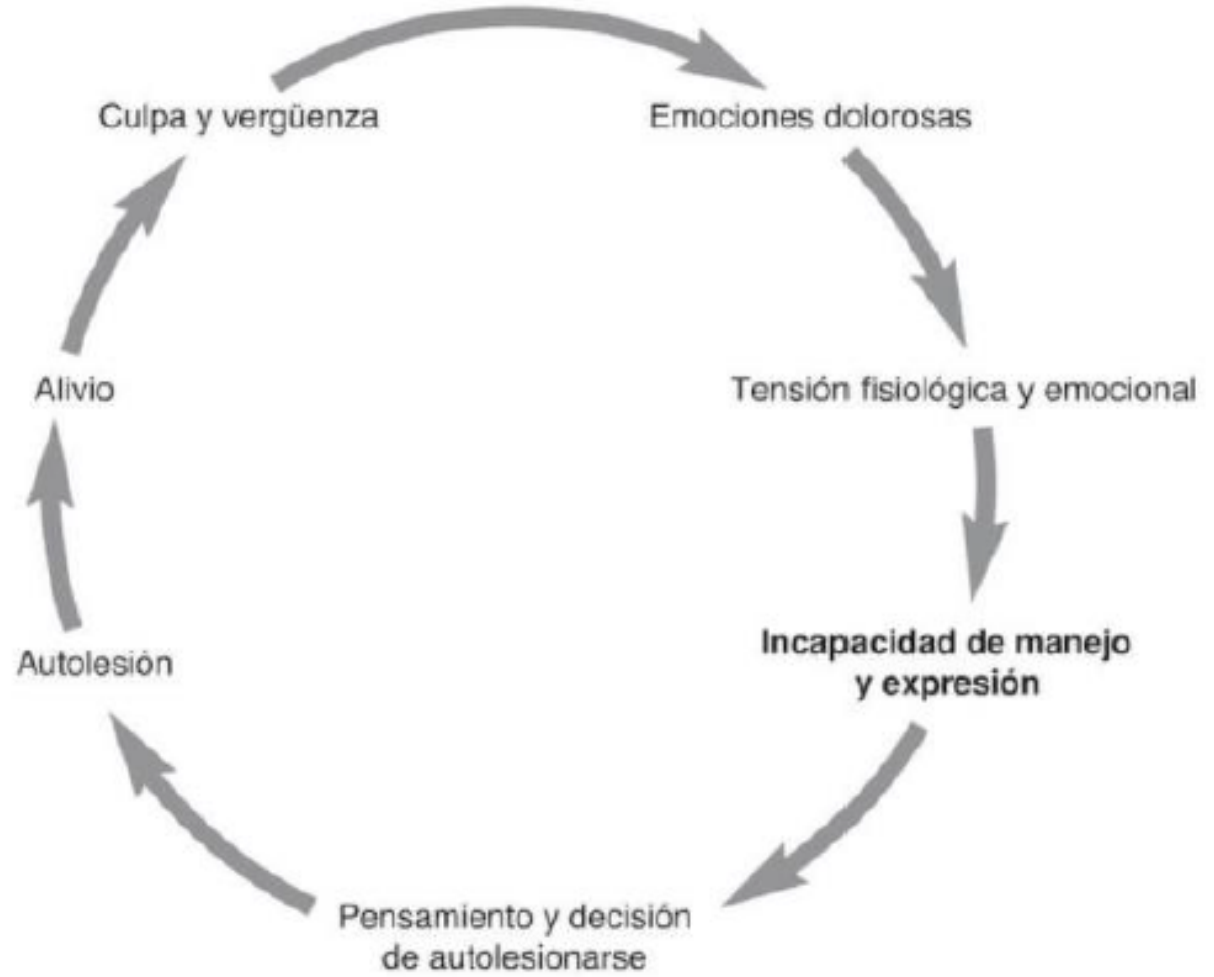


"Llevo ya bastante tiempo pensando siempre en lo mismo, solo lo hago para desahogarme, es la única solución..."

Santiago, 14 años

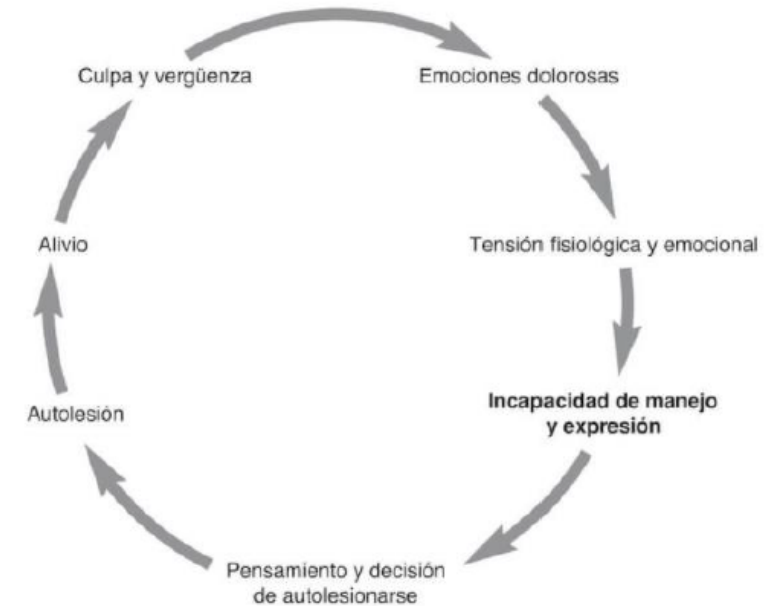
- Imagen: Fundación Anar
- <https://www.anar.org/consejos-preventivos-para-padres-ideacion-suicida/>

Ciclo de la autolesión



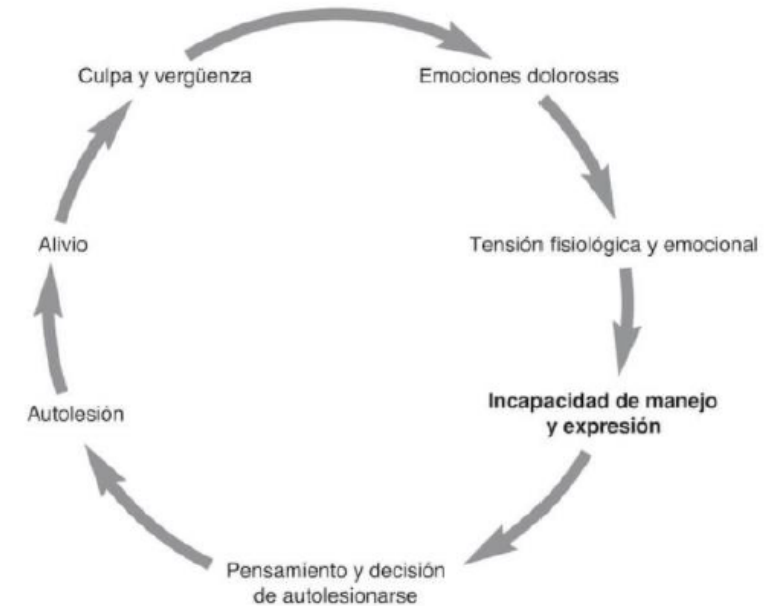
Ciclo de la autolesión

- La persona se enfrenta a una situación/recuerdos que le produce una emoción dolorosa o insoportable.
- **Emociones dolorosas:** miedo, vergüenza, rabia, desamparo, estrés y sensación de no tener control sobre lo que rodea. Estado de ánimo intolerable.
- **Comienza la tensión y el sufrimiento**
- Tensión fisiológica y emocional: emociones dolorosas tienen efecto sobre las sensaciones y en el cuerpo. Provoca tensión fisiológica y sufrimiento mental.
- **Incapacidad de manejo y expresión:**
- Incapacidad de manejar y expresar el dolor emocional. Momento crucial. No saber expresar y transmitir lo que está sintiendo o, bien, lo hace de una manera impulsiva y destructiva.



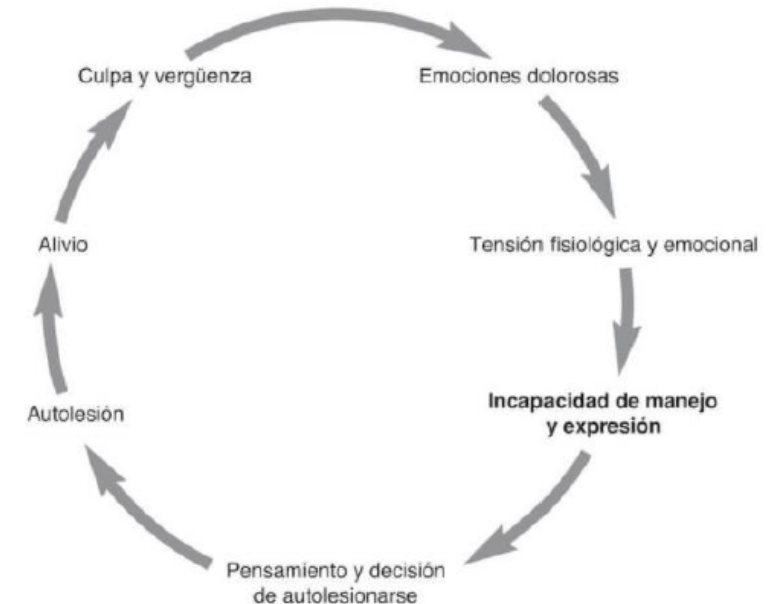
Ciclo de la autolesión

- **Aumenta el dolor emocional**
- Como aumenta la tensión y sufrimiento, aumenta el dolor emocional, eso aumenta la tensión y el sufrimiento que conllevan a aumentar el dolor emocional
- **Necesidad de parar “la tormenta emocional”**
- La persona vive su dolor como una tormenta que lo arrastra, provocando angustia, miedo y soledad incontenibles. Surge así la necesidad de poner fin a la tormenta para tener la “calma” de enfrentar la realidad.
- **Pensamiento y decisión de autolesionarse**
- Autolesionarse es una forma de **poner un alto inmediato** a ese tumulto de emociones que no lo dejan “respirar”.
- Dado que es una conducta que le ha servido en el pasado para este fin, y que en este momento no existen las condiciones para parar la tormenta de otra forma, decide que ese acto le ayudará a salir adelante: “más vale lo malo conocido que bueno por conocer”.



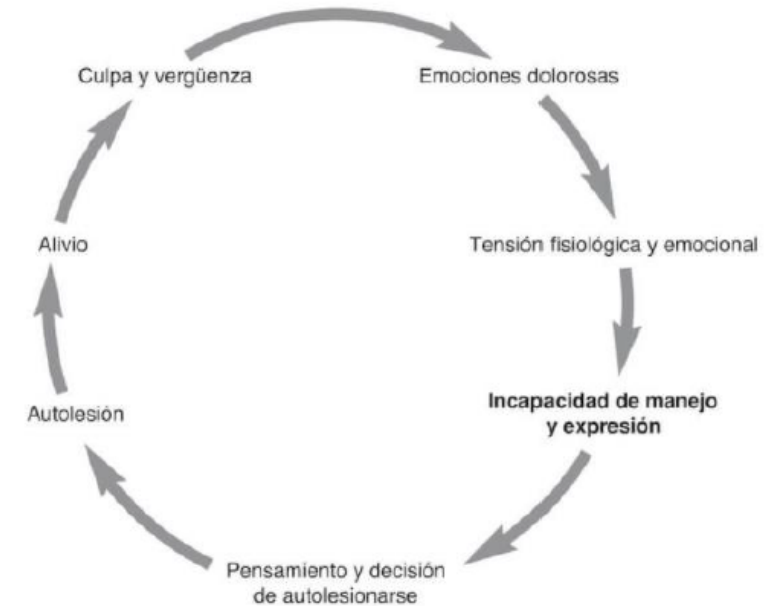
Ciclo de la autolesión

- **Se “desconecta” unos instantes**
- Dado que evitar el dolor es un instante básico, la persona que necesita autolesionarse requiere, de manera inconsciente, **desconectarse unos segundos para poder hacerse daño.**
- **Se autolesiona**
- Llega el momento de autolesionarse y, de manera consciente, decide cómo y dónde se va a cortar, quemar o golpear. Las heridas se hacen en lugares fáciles de esconder y la intensidad o profundidad de las mismas son controladas para poder cuidarlas en casa y el riesgo de tener que acudir al hospital o a un miembro de la familia.
- **Relajamiento físico y emocional/ Alivio**
- Comúnmente, después de producir la herida, la persona se siente liberada tanto de la tensión física como del dolor emocional.



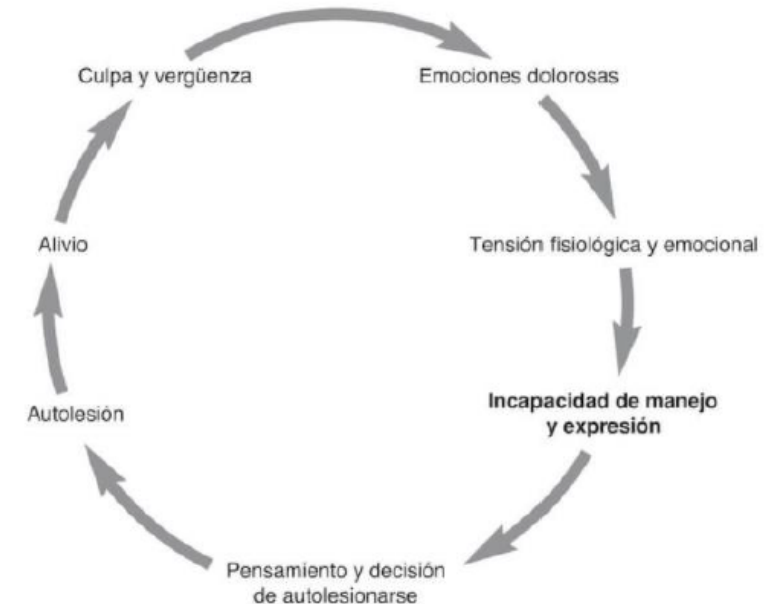
Ciclo de la autolesión

- **Bienestar y reintegración**
- Se acaba la tormenta emocional y viene una etapa de tranquilidad. Gracias a ello, la persona puede retomar y guardar la compostura. La sensación de que ya está en control de su estado mental le permite seguir con su quehacer cotidiano sin que nadie se dé cuenta de lo que acaba de pasar.
- **Auto-cuidado**
- Cuidar de la herida es parte importante de la conducta. El autocuidado, tanto inmediatamente después como a mediano y largo plazo, tiene dos funciones principales:
- La primera función es el **control de las consecuencias de su acto**: hacer que deje de sangrar, que no se infecte, que la ampolla no se rompa, que el golpe no produzca un gran moratón. Gracias a este cuidado la persona no requiere atención médica, y por ende, no necesita decir que se autolesiona.
- La segunda función es la de **brindarse ella misma cuidado y protección**. En la vida cotidiana, la persona que se autolesiona encuentra difícil darse cariño a sí misma, así como pedirlo y recibirlo.



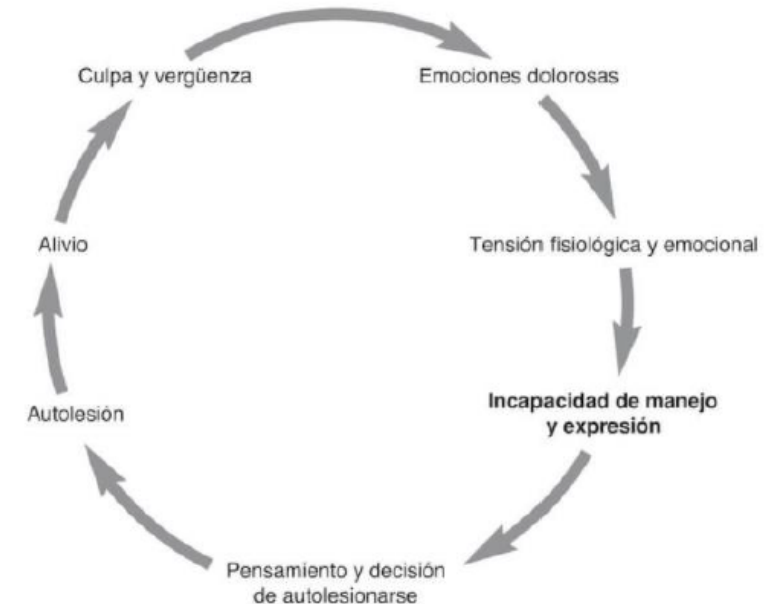
Ciclo de la autolesión

- **El secreto**
- En principio, **mantener en secreto la autolesión** es un factor importante de la conducta. Es indispensable que nadie vea las heridas y cicatrices. La persona siente que tiene que cuidar algo privado, especial y único, ya que las cicatrices secretas simbolizan que lograron enfrentar la tormenta emocional. Esta precaución hace que esté en el momento presente, sin tener que contactar con lo que la llevo a autolesionarse.
- **Culpa y vergüenza**
- El secreto también es consecuencia de la culpa y la vergüenza que genera la conducta. El tener que recurrir a violentar su cuerpo obliga a la persona a enfrentar su vulnerabilidad y su incapacidad para hacer frente a situaciones difíciles y dolorosas.
- **Miedo a que lo dejen de querer. Se siente malo**
- Los sentimientos de culpa y vergüenza se traducen en la convicción de que no merece ser querida ni respetada. La invade un miedo a que la rechacen debido a su conducta y que se empiece a “notar” que hay algo malo dentro de ella.



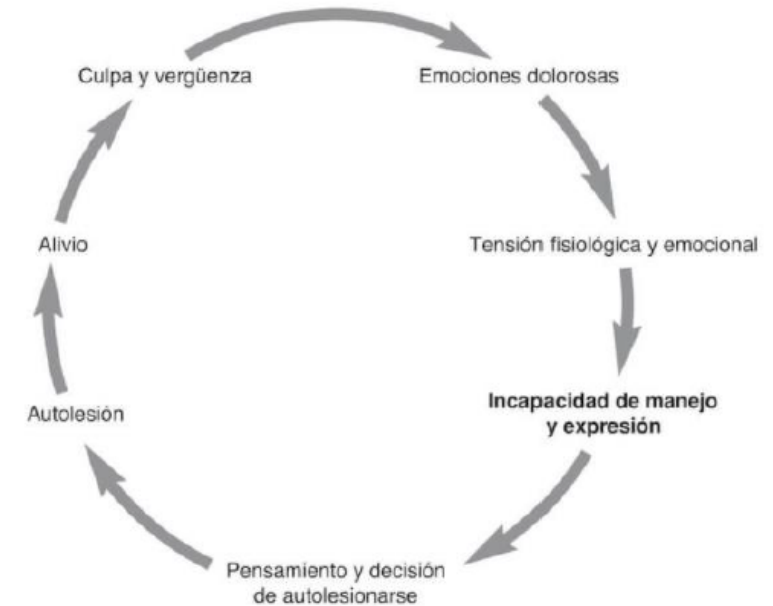
Ciclo de la autolesión

- **Debilitamiento emocional**
- La sensación de autolesionarse, aun cuando preferiría no tener que hacerlo, hace que se sienta debilitada para enfrentar los problemas cotidianos sin el alivio temporal de la autolesión.
- **Nuevamente: Emociones dolorosas**
- Una situación o recuerdo le provoca nuevamente una emoción dolorosa y se reinicia el ciclo de autolesión.
- En este **ciclo la autolesión cumple funciones que no deben ser subestimadas.**
- Produce un **alivio temporal** y sirve como un medio de **distracción o escape** al dolor emocional agobiante.
- Es un idioma sin palabras, un **lenguaje silencioso** para dar voz al dolor.
- Es **un relajante** que produce de inmediato una sensación de calma y bienestar.
- Sirve como método para **sentir que tienen control de sí mismos** en el momento, pero a mediano-largo plazo, perpetúa el desamparo y el malestar.



Ciclo de la autolesión

- **¿Qué rompe el ciclo?**
- Para saber cuál es el punto en que se podría romper el ciclo, primero hay que determinar qué parte del mismo es inevitable. La **parte inevitable es el surgimiento de emociones dolorosas** causada por situaciones o recuerdos, que causan tensión y sufrimiento.
- Una vez detectada la situación o el recuerdo que provoca el sufrimiento, hay que enseñar y ayudar a la persona a **comunicar y manejar las emociones dolorosas**. Así se puede romper el ciclo.
- Si la persona logra identificar, expresar y controlar lo que está sintiendo, empieza a bajar la tensión y el sufrimiento. Si la persona no lo logra, será mucho más difícil tratar de romper, el ciclo más adelante, ya que se vuelve una cascada de emociones y sentimiento que van en aumento. Y cuando esto sucede, para detener el torbellino emocional se recurre a un acto dañino.





Tratamiento de la ANS



Tratamiento farmacológico

- **Objetivo:** Control de la ansiedad y de la inestabilidad emocional.
- **Antidepresivos** tipo ISRS: Fluoxetina
- **Ansiolíticos** (rescate, coadyuvantes)
- **Otros:** según comorbilidades (TDAH, trastornos psicóticos/disociativos, impulsividad).



Terapia dialéctica conductual (DBT)

- Objetivo: favorecer la regulación emocional
- Adaptada a adolescentes (Miller, Rathus y **Linehan**, 2007)
- 5 módulos: 4 módulos de habilidades específicas y 1 módulo que trabaja dilemas dialécticos en la relación padres y adolescentes.
- Grupo multifamiliar de entrenamiento de habilidades y sesiones de terapia familiar
- Duración: 16 semanas y 2ª fase de tratamiento opcional



Mindfulness en el tratamiento de las ANS



- **Utilidad potencial de los programas basados en Mindfulness (PBM)** para que adolescentes que se autolesionan aprendan a tolerar el malestar, regular sus emociones y desarrollar la autocompasión (Kok, Kirsten y Botha, 2011).
- Algunos PBM se están utilizando para **incrementar la regulación emocional**(Metz et al., 2013; Deplus et al., 2016)
- **Investigación limitada en relación al papel de los PBM en la reducción de conductas NSSI** (Heath et al., 2016).
- Aunque, el protocolo de estudio controlado y aleatorizado de Rees et al. (2015) intenta probar eficacia de un PBM en la reducción del comportamiento autolesivo en adolescentes.

Señales de alarma “Algo pasa”



- **Más específicas/ Obvias:**
- Cicatrices no explicables o sin razón aparente
- Manchas de sangre en la ropa
- Accidentes frecuentes sin sentido, encontrar moratones.
- Ropa inapropiada (disimular), ir con camisa larga en verano, ir a la playa y no quedarse en bañador, no enseñar los muslos, quedarse en pantalón corto.
- Negativa a desvestirse o evitar situaciones (no querer ir al médico, si acompaña la madre a comprar ropa no querer que se le acompañe al cambiador)
- Guardar cuchillas, cristales.

- **Señales inespecíficas/ Menos obvias:**
- Malestar emocional (aunque no necesariamente lleva a la ANS)
- Aislamiento
- Abandono de actividades
- Bajada en las notas
- Cambios bruscos de humor: enfado, tristeza, desesperanza, irritabilidad.

¿Qué actitud tomar? - Pautas para profesores



- Mantener la **calma**
- **Evitar juzgar** o sermonear (jamás)
- **No minimizar** (aunque no haya gravedad, lesiones leves, o más control ya que esto que ahora se hace con cierto control en un momento dado se puede disparar).
- **Cuidar las palabras** que se usan.
- **Validación emocional**
- **Equilibrio entre atender/entender y reforzar** (se de cuenta que esta es la única que manera que tiene de que los adultos que están a su alrededor le hagan caso, o le atiendan a nivel emocional)
- **Escucha activa** (más importante lo que el adolescente tenga que decir)
- **Ayudar a expresar “de una manera más efectiva”**. Ayudar de expresar esto, de una manera más efectiva. Al escuchar lo que siente interiormente, dar modelo diferente. Sentirse escuchado/comprendido reduce el impulso a hacerse daño.



¿Cuándo hay que preocuparse?

- **Más específicas/ Obvias:**
- Estar alerta siempre y **darle importancia siempre.**
- La gravedad dependerá de: La intensidad/frecuencia de las autolesiones, nivel de conciencia durante los episodios (hablamos de la disociación), recursos sociales existentes (red de apoyo que tenga).
- **¿Se tiene que ingresar inmediatamente?** No
- ¿Es recomendable el tratamiento psicoterapéutico? Sí, evaluar, identificar factores de riesgo y protectores, atención al núcleo familiar, terapia especializada para estos casos.
- **¿Hay que informar a los padres?** Depende. En el caso del psicólogo (pérdida de la alianza terapéutica). En el caso de los profesores, ayudar al adolescente que explique el mismo a sus padres qué le está ocurriendo. Se puede realizar una entrevista motivacional. Derivar al equipo de orientación/psicólogo del centro.
- **Siempre informar hay riesgo real de su propia vida** hacer saber al adolescente que se informará (generalmente están de acuerdo)

¡Cuidado!



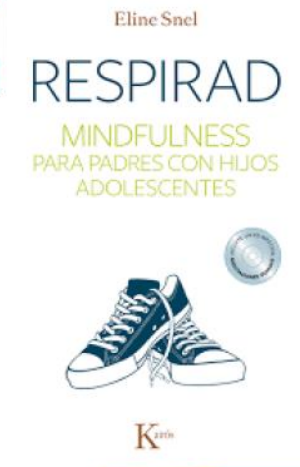
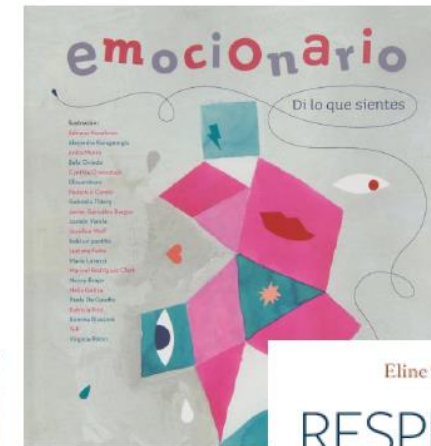
- La **autolesión puede acabar en suicidio**, aunque no son lo mismo, es un factor a tener en cuenta como precipitante a más gravedad y frecuencia de las autolesiones. Si hay:
- Pérdida de control
- Rabia por falta de entendimiento
- “Fallo de cálculo”
- **“El 70 % de adolescentes con autolesiones repetitivas han hecho al menos un intento de suicidio y el 55% varios”**
- **“Mientras** que las ANS se consideran un factor precipitante de la aparición de pensamientos e intentos de suicidio, también puede ser medios para mantenerse con vida ya que son métodos reguladores de las emociones negativas.
- **Intervención y detección temprana**
- **Vamos a trabajar para que tenga otros recursos personales, sociales, emocionales.. No** decir “deja de hacer eso”, hasta que no tenga otra forma de regularse.



¿Qué actitud tomar? - Pautas para profesores

- Desarrollar un **protocolo de actuación** para adolescentes que se autolesionan
- **Explorar este tipo de conductas en el alumnado**/ Detección temprana
- **No tener miedo a preguntar** de forma directa/ Usar pregunta útiles
- **Identificar señales de alerta** (más % casos, grupos de clase)
- **Derivar** a servicios especializados del entorno (servicios sanitarios)
- **Motivar** a que el adolescente hable con sus padres
- **Hablar con la familia**, actuar conjuntamente
- **Talleres de sensibilización** con las familias
- **Sensibilizar en el alumnado** sobre este tipo de conductas autodestructivas
- **Programas transversales** de educación emocional, autocuidado, mindfulness, suicidio.
- Trabajar en la **prevención**

Recursos para trabajar



Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Madrid: Panamericana
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F., & Abela, J. R. Z. (2012). Rates of nonsuicidal self-injury in youth: Age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, *130*(1), 39-45. doi: 10.1542/peds.2011-2094
- Bentley, K. H., Nock, M. K., & Barlow, D. H. (2014). The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, *2*(5), 638-656. doi: 10.1177/2167702613514563
- Brausch, A. M., & Girresch, S. K. (2012). A review of empirical treatment studies for adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *26*(1), 3-18. doi: 10.1891/0889-8391.26.1.3
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822-848.
- Brown, K. W., West, A. M., Loverich, T. M., & Biegel, G. M. (2011). Assessing Adolescent Mindfulness: Validation of an Adapted Mindful Attention Awareness Scale in Adolescent Normative and Psychiatric Populations. *Psychological Assessment*, *23*(4), 1023-1033. doi: 10.1037/a0021338
- Calati, R., & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research*, *79*, 8-20. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.04.003
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L., & Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*, *27*(3), 223-228. doi: 10.7334/psicothema2014.262
- Calvete, E., Sampedro, A., & Orue, I. (2014). Psychometric properties of the Spanish version of the Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents (MAAS-A). *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, *22*(2), 277-291.

Referencias bibliográficas

- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371-394. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Cook, N. E., & Gorraiz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: Preliminary meta-analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(2), 81-89. doi: 10.1111/camh.12112
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205. doi: 10.1023/A:1016014818163
- Deplus, S., Billieux, J., Scharff, C., & Philippot, P. (2016). A Mindfulness-Based Group Intervention for Enhancing Self-Regulation of Emotion in Late Childhood and Adolescence: A Pilot Study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(5), 775-790. doi: 10.1007/s11469-015-9627-1
- Díaz De Neira, M., García-Nieto, R., De León-Martinez, V., Pérez Fominaya, M., Baca-García, E., & Carballo, J. J. (2015). 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*, 8(3), 137-145. doi: 10.1016/j.rpsm.2013.09.003
- Donaldson, D., Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: Results of a pilot trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(2), 113-120. doi: 10.1097/00004583-200502000-00003
- Favazza, A. R. (1992). Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals*, 22(2), 60-63. doi: 10.3928/0048-5713-19920201-06
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 3. doi: 10.1186/1753-2000-5-3
- Grupo de trabajo de psicología de la educación del Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares.



Gracias por
su atención



ANEXOS DEBATE

ACTUACIONES SACYL

Según el caso, el profesional sanitario de la red de enlace realizará las siguientes actuaciones:

1. Orientación sobre la actuación a seguir en el centro educativo.
2. Canalización por el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil (previa valoración por el Médico de Atención Primaria/Pediatra de referencia).
3. Orientación hacia **1-1-2**/servicio de urgencias.
4. Consulta preferente: Si ya está en seguimiento en la unidad de Salud Mental, su Psiquiatra/Psicólogo/a Clínico de referencia, o el profesional de soporte designado por el Servicio de Psiquiatría, valorará la pertinencia de un adelanto o fijación de nueva cita en sus consultas de seguimiento.

ANEXOS DEBATE

Procedimiento a seguir:

- Enviar correo electrónico a la RED DE ENLACE con los datos de utilidad comentados en el punto anterior junto con la autorización familiar de padres o tutores legales.

Objetivo: facilitar información para su conocimiento y que se puedan tomar las decisiones que se consideren más oportunas.

La autorización es imprescindible para intercambiar información con SACYL sobre el alumno/a concreto/a. Si no se dispone de ella, únicamente se podrán facilitar orientaciones generales de SACYL para una respuesta inmediata.

- Llamar por teléfono para comunicarles que se ha enviado un correo, dejar un mensaje si fuese necesario.
- El profesional sanitario correspondiente contestará al profesional educativo y le proporcionará herramientas para la intervención en el centro educativo con el alumno/a.
- Se dará respuesta a la demanda del profesional educativo a ser posible en la misma jornada laboral, y si no fuera posible, siempre *dentro de las primeras 48 horas de la consulta telefónica*.
- El profesional sanitario emitirá una recomendación por escrito de acuerdo a la información aportada por el profesional educativo. Esta recomendación, en ningún caso, tendrá entidad de diagnóstico, informe o intervención sanitaria.

ANEXOS DEBATE

PARA QUÉ NO SIRVE:

- No es un teléfono de consulta general con la red de salud mental (solo tiene que ver con orientación sobre ideación o conducta suicida o autolesiones)
- No sirve, por tanto, para otros problemas de salud mental como:
 - T.D.A.H.
 - Trastorno de la conducta.
 - Trastorno de la conducta alimentaria.
 - Problemas de ansiedad, etc.
- No es un teléfono para temas administrativos: cambio de cita, hablar con un determinado profesional...
- No es un teléfono para consultas urgentes (Para urgencias se dispone del **1-1-2**).
- No es una consulta médica, ya que el/la alumno/a no está presente y no puede ser valorado clínicamente. La información es limitada y obtenida de forma no estructurada.

ANEXOS DEBATE

Funciones del profesional de Salud Mental:

- Determinación del riesgo de suicidio haciendo las recomendaciones pertinentes según el caso.
- Canalización, en su caso, para la atención por el sistema sanitario general y/o los equipos de salud mental infanto-juvenil.
- Asesorar a los centros educativos para ajustar la respuesta educativa al caso detectado.

Funciones de las figuras de enlace de los centros educativos:

- Sensibilizar a la comunidad educativa para la prevención y la detección de la conducta suicida y autolesiones.
- Coordinar la recopilación de la información del caso.
- Coordinación de las distintas actuaciones que se lleven a cabo en el centro.

ANEXOS DEBATE

2. CONDUCTAS SUICIDAS Y AUTOLESIVAS

2.1. CONDUCTA SUICIDA

2.1.1. CONCEPTO Y ETAPAS

2.1.2. MITOS SOBRE EL SUICIDIO

2.2. AUTOLESIONES

2.2.1. PREVALENCIA

2.2.2. AUTOLESIONES CON Y SIN INTENCIÓN SUICIDA

2.2.3. CICLO DE LA AUTOLESIÓN

2.2.4. FUNCIONES DE LAS AUTOLESIONES

2.2.5. AUTOLESIONES E INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES

2.2.6. MITOS SOBRE LAS AUTOLESIONES

2.3. CONDUCTA SUICIDA Y AUTOLESIONES: DIFERENCIAS