

MÓDULO II

Factores implicados, detección y diagnóstico

2.1. Emociones asociadas a las autolesiones

Hay varios autores que apuntan al hecho de que, la presencia de conductas de autolesión está fuertemente vinculadas a una incapacidad de gestionar adecuadamente las propias emociones. Es decir, las personas que se autolesionan tienen dificultades para regular sus emociones (como rabia, frustración, vergüenza o vacío) de manera saludable y efectiva, por lo que recurren a estas conductas como **una forma de manejar, reducir o escapar temporalmente de sus emociones y obtener un "alivio" momentáneo**. Sobre este tema profundizaremos más adelante.

Este "alivio" puede ser explicado desde un punto de vista **fisiológico**. Cuando el cuerpo humano experimenta una lesión, **el cerebro libera endorfinas**, sustancias químicas que actúan como analgésicos naturales para reducir el dolor. Esta liberación rápida de endorfinas puede generar una sensación de calma y aliviar el dolor emocional, **transformándolo en dolor físico, que puede ser más manejable**.

No obstante, indicar que las CAL se relacionan exclusivamente a una desregulación emocional sería algo muy reduccionista, pues detrás de esta gestión inadecuada, pueden existir varios problemas que no se perciben fácilmente. Como lo indica Silva (2024), puede existir la presencia de situaciones como:

- Baja autoestima
- Altos niveles de impulsividad
- Ansiedad
- Depresión
- Tristeza
- Conflictos a nivel familiar
- Situaciones de abuso sexual

Por tanto, conviene analizar también otro tipo de factores que pueden ser detonantes en este tipo de conductas.

2.2. Trastornos mentales y su relación con las autolesiones

Cuando hablamos de conductas de autolesión, pueden existir ciertas comorbilidades que acentúan la posibilidad de que estas se produzcan. Uno de los principales desafíos que tenemos los profesionales de la psicología es identificar la posible relación de estas conductas con un trastorno de salud mental.

AUTOLESIONES Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Como expone Sánchez Sánchez [2018], dichas conductas pueden coexistir o alternarse en el tiempo, ya sea afectando al cuerpo internamente (como en la bulimia o anorexia) o externamente, en la piel con autolesiones. Cerca del 50% de las chicas y el 33% de los chicos muestran ambas prácticas, y es posible que la autolesión o la restricción alimentaria puedan iniciar este ciclo, aunque, también indica que, quienes comienzan con CAL y luego desarrollan TCA suelen tener una mayor gravedad en su evolución.

Esto puede tener su explicación debido a que la lesión del propio cuerpo puede distorsionar la imagen de sí mismo, por lo que hay una percepción más deteriorada que podría desencadenar un trastorno de este tipo.

AUTOLESIONES Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)

Siguiendo esta línea, la autora también destaca que la mayoría de los jóvenes que posteriormente son diagnosticados con TLP han tenido conductas de autolesión durante la adolescencia e incluso la infancia. Este fenómeno se relaciona con la impulsividad, la inestabilidad emocional y la falta de apoyo familiar y social.

Además, se han identificado otros factores de riesgo como los vínculos de apego desorganizado, abusos físicos o sexuales, consumo de sustancias y sentimientos de soledad o incompreensión por parte de los pares. La coincidencia de ambas patologías sugiere que las conductas de autolesión pueden ser un síntoma temprano del TLP y un indicador crucial para la prevención de este trastorno.

2.3. Diagnóstico diferencial

Según el DSM-5, es necesario hacer una diferenciación de las ANS con ciertos trastornos que pueden estar relacionados, pero que no pueden diagnosticarse así. Los mencionamos a continuación:

- **Trastorno de comportamiento suicida:** Se distingue por el objetivo del comportamiento, siendo el deseo de morir el factor principal en este trastorno, mientras que, en la autolesión no suicida, el objetivo es experimentar alivio.
- **Tricotilomanía:** Un trastorno donde la persona se arranca el cabello, se limita a este tipo de comportamiento dañino, generalmente enfocado en áreas como el cuero cabelludo, las cejas o las pestañas.
- **Autolesión estereotipada:** Implica acciones como golpearse la cabeza, morderse o golpearse, y suele estar asociada con una concentración intensa o situaciones de poca estimulación externa. Este comportamiento puede relacionarse con trastornos del neurodesarrollo, siendo común en personas con trastorno del espectro autista.

- **Trastorno de excoriación:** Involucra dañar la piel en áreas que el individuo considera antiestéticas o manchas, especialmente en la cara o el cuero cabelludo. Este comportamiento a menudo está precedido por una sensación de ansiedad y se experimenta como placentero, a pesar de ser consciente de que se está causando daño. No está asociado con el uso de instrumentos específicos.

2.4. Trastorno de conducta autolesiva según el DSM-5

El DSM-5 define el trastorno de conducta autolesiva (NSSI por sus siglas en inglés) como un comportamiento repetitivo y no suicida de autolesión que causa daño físico intencional. Este comportamiento está asociado con un malestar clínicamente significativo o una disfunción en áreas importantes del funcionamiento personal, social o académico.

Se caracteriza por la dificultad persistente para controlar o detener el comportamiento autolesivo y puede manifestarse de diversas formas, incluyendo cortar, quemar, rascarse hasta sangrar, arrancarse el pelo, entre otros. Además, este trastorno puede coexistir con otros trastornos mentales como trastornos del estado de ánimo, ansiedad, personalidad o abuso de sustancias.

2.4.1. Criterios diagnósticos

El DSM-5 incluye el Trastorno de Autolesión No Suicida en la Sección III bajo "Afecciones que necesitan más estudio". Los criterios para el diagnóstico son los siguientes:

A. En el último año, el individuo se ha causado daños intencionados en la superficie de su cuerpo durante al menos 5 días, de una manera que probablemente induzca sangrado, contusión o dolor, sin intención suicida.

B. El comportamiento autolesivo debe estar asociado con al menos dos de los siguientes:

- Precipitante psicológico: Dificultades interpersonales o sentimientos/pensamientos negativos (depresión, ansiedad, tensión, etc.) inmediatamente antes del acto.
- Impulso: Preocupación por el comportamiento previsto difícil de resistir antes de realizar el acto.
- Preocupación: Pensar frecuentemente en autolesionarse, incluso sin actuar en consecuencia.
- Respuesta contingente: Expectativa de que la actividad aliviará una dificultad interpersonal o inducirá un estado positivo durante o después del acto.

C. La autolesión intencionada debe estar asociada a:

- Dificultades interpersonales o sentimientos/pensamientos negativos inmediatos al acto.
- Preocupación difícil de controlar por el comportamiento previsto antes del acto.
- Pensar frecuentemente en la autolesión, incluso sin actuar.

D. El comportamiento no debe estar socialmente sancionado (piercings, tatuajes, rituales) y no se debe restringir a comportamientos como rascarse una costra o morderse las uñas.

E. El comportamiento o sus consecuencias deben provocar malestar o interferencias clínicamente significativas en el funcionamiento interpersonal, académico u otras áreas importantes.

F. El comportamiento no debe ocurrir exclusivamente durante episodios psicóticos, delirio, intoxicación o retirada de sustancias, ni ser parte de un patrón de estereotipias repetitivas en trastornos del neurodesarrollo.

2.4.2. Debate actual

A pesar de la investigación, aún existe un debate sobre la inclusión de las autolesiones no suicidas como un trastorno independiente en el DSM-5. Este debate ha llevado a nuevas investigaciones que podrían mejorar significativamente el conocimiento sobre la etiología, fenomenología y tratamiento de este comportamiento.



2.5. Estrategias de afrontamiento inadecuadas

Algunos autores como Zaragozano [2017] adjudican la presencia de autolesiones como estrategias de afrontamiento inadecuadas. Así, se ha planteado la idea de que **el dolor físico resultante de las autolesiones puede tomar prioridad sobre otras sensaciones, deteniendo los pensamientos y sentimientos negativos**. Cuando una persona experimenta pensamientos negativos constantes, ansiedad o depresión, puede autolesionarse no solo por el malestar que estos provocan, sino también para bloquear temporalmente dichos pensamientos. Esta acción actúa como **una forma de control emocional, funcionando como una válvula que libera la tensión emocional acumulada**.

Siguiendo esta línea, este autor indica que estos comportamientos pueden surgir de la necesidad de **controlar algo cuando no se puede controlar el entorno o a los demás**. La persona puede enfocarse en controlar su propio cuerpo como una forma de **ejercer control**. Además, los sentimientos de **vacío crónico** pueden llevar a la autolesión, ya que la persona puede buscar sentir algo, aunque sea dolor, para contrarrestar la sensación de vacío y hacerla sentir "viva".

De igual manera, se ha abordado a la presencia de CAL como una forma de "castigo". Como resultado, una **baja autoestima y sentimientos de culpabilidad** pueden llevar a la persona a pensar que es "mala" y merece un castigo. Estos sentimientos a menudo reflejan odio, rechazo o **disgusto hacia uno mismo**.

Como podemos ver, este fenómeno es complejo y multifactorial, sigamos, en nuestro siguiente módulo, analizando otros factores involucrados.

2.5.1. Apunte: ¿Es la autolesión adictiva?

Algunos investigadores sugieren que la autolesión **puede tener cualidades adictivas y servir como una forma de automedicación para algunos individuos**. De hecho, en estudios con estudiantes universitarios, aproximadamente un tercio de aquellos que se autolesionan con regularidad afirman tener dificultades para controlar su impulso de autolesionarse. Las entrevistas realizadas en proyectos relacionados con este tema muestran que muchas personas describen tanto el efecto inmediato como la práctica general de autolesionarse como algo con propiedades adictivas.

Los efectos inmediatos del dolor liberan endorfinas que mejoran el estado de ánimo, mientras que los efectos retardados pueden ser dañinos y reforzar estrategias de afrontamiento adictivas y desadaptativas que inducen a la vergüenza.

Algunos entrevistados hablaron de momentos en los que sintieron una fuerte necesidad de lesionarse incluso sin un desencadenante obvio. También **comparan la autolesión con otras drogas y mencionan que necesitan lesiones cada vez más profundas para sentir el mismo efecto**.

La **hipótesis de la adicción** sugiere que los actos **autolesivos pueden activar el sistema opioide endógeno (EOS)**, que regula tanto la percepción del dolor como los niveles de endorfinas endógenas producidas como resultado de una lesión. **La activación repetida del EOS puede provocar tolerancia, lo que significa que quienes se autolesionan pueden sentir menos dolor con el tiempo**. Sin embargo, la sobreestimación del EOS también puede llevar a síntomas de abstinencia reales [Nixon et al. 2002; Blasco-Fontecilla et al., 2016].

2.6. Factores sociales y ambientales: Influencia de la familia y el entorno social

En el ámbito familiar, se ha observado que los jóvenes que se autolesionan suelen tener una relación más conflictiva con sus padres y vivir en un ambiente familiar disfuncional en comparación con aquellos que no se autolesionan. Así, autores como Nock et al. (2008) corroboran estos elementos como factores de riesgo que contribuyen a las conductas de autolesión. Añaden, además, la **pre-disposición genética, alta reactividad emocional y cognitiva, abuso infantil, y un entorno familiar crítico y hostil**.

Además, otros factores predisponentes relacionados con la propia persona, como la baja tolerancia al estrés, las emociones y sentimientos negativos, la **dificultad para resolver problemas sociales y la falta de habilidades de comunicación**, también juegan un papel importante. Cuando el estrés se manifiesta sobre estos factores predisponentes, puede desencadenar en autolesiones como autocastigo o búsqueda de dolor. Así, pueden servir tanto para regular una experiencia emocional desagradable específica como para manejar situaciones sociales problemáticas (Saíz et al., 2022).

2.7. Presión escolar y social

Otro aspecto que es importante mencionar es el de la presión social. De hecho, hay algunos autores que hablan de la **autolesión grupal como un medio de conexión y pertenencia al grupo**, y se realiza con objetivos diferentes a los de la autolesión individual, que está relacionada principalmente con la reducción de la ansiedad o el afrontamiento de sentimientos negativos abrumadores (Nock et al., 2008). Estas diferencias en las motivaciones sugieren que los enfoques de intervención y prevención deben adaptarse en consecuencia, aspecto que trataremos más adelante.

Es importante destacar que existe evidencia de que las CAL pueden propagarse en entornos institucionales y escolares, lo que subraya la **necesidad de identificar y abordar las actividades autolesivas grupales**. La posibilidad de lesiones graves no intencionadas o infecciones, así como el riesgo de desarrollar dependencia a la autolesión en aquellos que la utilizan como medio de pertenencia a un grupo, resalta la importancia de intervenir de manera temprana y preventiva.

Por ello, **identificar a las personas involucradas, la naturaleza y gravedad de las prácticas autolesivas, así como el propósito que cumplen para los individuos y los grupos**, son pasos fundamentales para una detección e intervención efectivas.

2.7.1. ¿Contagio social?

Una de las preocupaciones más grandes de los adultos con respecto a este tema está ligada a la propagación de dicha conducta en el grupo de pares. Así, investigaciones anteriores, por la década de los 80s ya hablaron de esta posibilidad, es decir, antes de la inminente omnipresencia de Internet y las redes sociales.

Varios estudios indican que muchas personas que se autolesionan lo hacen de manera oculta, sin que nadie lo sepa o sospeche. Sin embargo, hay informes anecdóticos de adultos que trabajan con jóvenes en entornos escolares que sugieren que **este comportamiento se está volviendo más común y popular**, similar a lo que ocurre con los trastornos alimentarios. Los resultados de una encuesta realizada a enfermeras, consejeros y trabajadores sociales en escuelas secundarias apuntan a la existencia de diversas formas de autolesión en entornos escolares, algunas de las cuales incluyen grupos de jóvenes que se autolesionan juntos o por separado como parte de un grupo.

Así, **se dice que la exposición de los adolescentes a la autolesión no suicida (NSSI, por sus siglas en inglés) por parte de sus pares puede aumentar el riesgo, especialmente para aquellos con condiciones psiquiátricas comórbidas**, de ver la NSSI como una estrategia de afrontamiento efectiva.

Las causas de la propagación de este comportamiento en poblaciones no clínicas han generado interrogantes sobre los factores contextuales más influyentes. **Investigaciones recientes sugieren que Internet y la mayor presencia de autolesiones en los medios populares, como películas, libros y noticias, pueden contribuir a la propagación de estas conductas autolesivas** [Quigly et al., 2017; Brown et al. 2018; Hong et al. 2018]. No obstante, y como hemos visto a lo largo de los módulos anteriores, puede haber factores predisponentes que afectarán individualmente a cada persona.

2.8. Bullying y ciberacoso como factores desencadenantes

Siguiendo la línea anterior, autores como Plenner et al. [2018] indican que socialmente, aspectos como el **aislamiento, la victimización por parte de los compañeros y una baja percepción de aceptación** por parte de los iguales aumentan el riesgo de autolesión.

La **población adolescente LGTBQ+** también muestra un mayor riesgo de autolesionarse ante la posibilidad de vivir prejuicios que generen un mayor nivel de estrés. Sumado a esto, otros de los factores de riesgo incluyen el **uso inadecuado de internet y las redes sociales**. Esto debido a que adquieren un rol clave al ser un medio habitual donde los adolescentes comparten y buscan información [Ferreiro et al., 2023].

2.9. Detección e importancia de diagnóstico diferencial

Según Klonsky et al. [2014] y Moutier [2023], es fundamental que al diagnosticar la autolesión no suicida se descarte la presencia de comportamiento suicida. Es decir, la evaluación de la autolesión no suicida es crucial antes de iniciar cualquier tratamiento, al igual que la evaluación del comportamiento suicida.

Por tanto, todo profesional de la salud mental debe abrir un diálogo con el paciente sobre la autolesión para una evaluación precisa y para que los profesionales médicos puedan diseñar un plan de tratamiento adecuado.

De hecho, los primeros pasos para una detección oportuna incluyen acciones como:

- **Validar las experiencias del paciente** y mostrar seriedad al escucharlo.
- **Comprender las emociones del paciente** a la luz de sus circunstancias.

Adicionalmente, en la evaluación de la autolesión no suicida, se deben considerar aspectos como:

- Identificar el tipo y la frecuencia de las autolesiones.
- Determinar la función que cumplen estas autolesiones para el paciente.
- Detectar la presencia de trastornos psiquiátricos concurrentes.
- Evaluar el riesgo de intento de suicidio.
- Valorar la disposición del paciente para participar en el tratamiento.

Abordaremos todos estos aspectos basados en las recomendaciones propuestas por la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS) con su Manual Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia [2023] que nos ha servido de guía a lo largo del curso y de forma especial en los próximos módulos.

2.10. Recomendaciones generales

Considerando que **la presencia de autolesiones suele pasar desapercibida porque la persona intenta esconderlas del entorno**, hay algunos signos o señales que pueden estar dando cuenta de su presencia. En ese sentido, conviene observar aquellos detalles de los perfiles que suelen ser “discretos”, pero que, a pesar de ello, suelen presentar ciertas señales [Swannell et al., 2014].

Las áreas más frecuentes de autolesiones suelen ser los brazos, puños y antebrazos del lado opuesto a la mano dominante, aunque **las lesiones autoinflingidas pueden manifestarse en diversas partes del cuerpo**.

Algunos signos adicionales incluyen una **vestimenta inadecuada para la estación** [como usar mangas largas en verano], uso constante de vendajes o muñequeras, evitar participar en actividades que revelen el cuerpo, como nadar, y la presencia de objetos inusuales asociados con la autolesión [como hojas de afeitar].

De hecho, es común que cuando se cuestiona a las personas que se autolesionan, estos ofrezcan **explicaciones evasivas o historias que no concuerdan completamente con los signos físicos**. Además, dada su potencial relación a una situación que implique un problema de salud mental, los afectados pueden mostrar signos de depresión o ansiedad intensos.

Por tanto, es crucial **abordar este tema de manera neutral y no amenazante** para facilitar respuestas honestas, ya que la preocupación genuina por su bienestar es lo que más necesitan. Aunque puede ser difícil abordar el tema, una aproximación persistente pero respetuosa puede llevar a respuestas más sinceras con el tiempo.

2.11. Análisis de factores de riesgo y protectores

La importancia de revisar esta información radica en evaluar la finalidad de las conductas de autolesión y predecir la posibilidad de repetición de la conducta junto a un potencial riesgo mayor como el suicidio.

Así pues, la guía indica la importancia de que, en un proceso de atención primaria, se haga una evaluación psicosocial y valoración de la presencia de algún trastorno mental. Es decir, se trataría de abordar [p. 55, 2023]:

- Métodos y frecuencia de las autolesiones presentes y pasadas.
- Intentos de suicidio previos.
- Sintomatología depresiva.
- Trastorno mental y su relación con las autolesiones.
- Contexto personal y social y otros factores específicos que preceden las conductas autolesivas, como son estados emocionales desagradables y cambios en las relaciones.
- Factores de riesgo y factores protectores que puedan incrementar disminuir el riesgo asociado a las autolesiones.

Para el análisis de los **factores protectores**, es pertinente evaluar las estrategias de afrontamiento y redes de apoyo que puedan ser significativas para la persona.

En cuanto al análisis de **factores de riesgo**, es necesario ahondar en aspectos como el estado mental, intencionalidad suicida, frecuencia y métodos utilizados para llevar a cabo las autolesiones, presencia de trastornos mentales comórbidos y factores externos (como conflictos familiares, bullying o problemas escolares).

2.12. Métodos y herramientas de evaluación

A pesar de que hay diversas escalas creadas para predecir el riesgo de autolesiones, según la evidencia científica actual, ninguna de ellas puede ser utilizada como el único método de evaluación. Todos los autores de las Revisiones Sistemáticas (RS) y las Guías de Práctica Clínica (GPC) están de acuerdo en que el uso de estas escalas de evaluación es complementario a la realización de entrevistas clínicas.

A continuación, se mencionan algunas que se han considerado como las más relevantes al ser estudiadas en diferentes metaanálisis e investigaciones sobre el tema y que es resumido por la “Guía de Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia”(p. 143,2023):

Autolesiones						
SHRAC (Self-Harm Risk Assessment for Children)	Angelkowska	2007	Calificado por los padres Likert 4 puntos	33 ítems	Riesgo de autolesiones	No
SITBI (Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview)	Nock Fischer	2007 2014	Autoinforme Entrevista estructurada	169 ítems, 5 módulos	Presencia, frecuencia y características de cinco tipos de autolesiones. * Versión más actual, SITBI-G	Sí (EPCA) García-Nieto, 2013 (124)
SHQ (Self-harm Questionnaire)	Ougrin y Boege	2013	Autoinforme	15 ítems	Identificar la presencia de pensamientos y conducta autolesiva	Sí (SHQ-E) García-Mijares, 2015 (126)
ABASI (Alexian Brothers Assessment of Self-Injury)	Wasburn	2015	Autoinforme	28 ítems	Criterios autolesiones no suicidas (ANS) según el DSM-5	No
ABUSI (Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale)	Wasburn	2010	Autoinforme	5 ítems	Criterios autolesiones no suicidas (ANS) según el DSM-5	No
FASM (Functional Assessment of Self-Mutilation)	Nock y Prinstein	2004	Autoinforme	22 ítems	Métodos, frecuencia y función de la autolesión	Sí Calvete, 2015 (130)
ISSIQ-A (Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents)	Carvalho	2015	Autoinforme	56 ítems	Impulsividad, autolesión, comportamientos de riesgo, ideación suicida	No
R-NSSI-Q (Repetitive Non-Suicidal Self-Injury Questionnaire)	Manca	2014	Autoinforme	38 ítems	Frecuencia y métodos de autolesión no suicida	No
RTSHIA (Risk-taking and self-harm inventory for adolescents)	Vrouva	2010	Autoinforme	27 ítems	Autolesión y toma de riesgos	No

Escalas consideradas en las revisiones sistemáticas analizadas

Nombre	Autor	Año	Formato: aplicación y respuesta	Nº ítems	Foco de evaluación	Adaptación español ¹
Ideación suicida						
SIQ (Suicidal Ideation Questionnaire)	Reynolds	1987	Autoinforme Likert 7 puntos	30 ítems	Frecuencia y severidad de la ideación suicida	No
SIQ-JR (Suicidal Ideation Questionnaire-Junior Version)	Reynolds	1987	Autoinforme Likert 7 puntos	15 ítems	Frecuencia y severidad de la ideación suicida	No
ISB-R (Modified Scale for Suicide Ideation)	Miller	1986	Autoinforme Calificado por el clínico Likert 3 puntos	18 preguntas	Duración y severidad de la ideación y conducta suicida	No

SHBQ (Self-Harm Behavior Questionnaire)	Muehlenkamp	2010	Autoinforme	22 ítems	ANS, ideación suicida, amenaza de suicidio e intentos suicidas pasados	No
SIMS-A (Self-Injury Motivation Scale Adolescent)	Swannell	2008	Autoinforme	22 ítems	Regulación de emociones, comunicar/influenciar a otros, castigo/excitación y psicosis/vacío de insight	No
OSI (Ottawa Self-Injury)	Nixon	2015	Autoinforme	21 ítems	Regulación emocional interna, influencia social, regulación emocional externa y búsqueda de sensaciones	No
6 Item-Measure	Prinstein	2008	Autoinforme	6 ítems	No informa	No

