

**Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida
en adolescentes**

Systematic Review of Self-Injurious Behaviors without Suicidal Intention
in Adolescents

Miriam del Rosario Flores-Soto

Martha Edith Cancino-Marentes

Ma. del Rocío Figueroa Varela*

Universidad Autónoma de Nayarit. México.

Autor para la correspondencia. Teléfono: 311 743 4441; correo electrónico:
marofiva@hotmail.com

RESUMEN

En el presente trabajo se compilan los hallazgos de diferentes publicaciones sobre las conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. En relación a su conceptualización y tipología, se define que las conductas autolesivas son un acto de expresión y autorregulación de emociones de forma intencional, a través de las cuales los sujetos se autoinfligen daño físico sin ningún deseo consciente de morir, por lo que se excluye el intento suicida. Hay una amplia clasificación que circunscribe a las conductas

autolesivas desde una perspectiva de enfermedad psiquiátrica, hasta la expresada solo como una forma de identificación y necesidad de aceptación y seguridad en la etapa de la adolescencia dentro de su entorno, caracterizada comúnmente por cortarse la piel y quemarse. Desde una perspectiva de la salud pública es importante reconocer este comportamiento en los adolescentes. Respecto a aspectos epidemiológicos, se reporta la prevalencia de esta conducta en un 13-29 % de la población adolescente, quienes la presentan al menos una vez en su vida, siendo más frecuente en las mujeres. Por último, el artículo refiere los factores determinantes para el desarrollo de dicha conducta en lo biológico, lo psicológico y lo social. La investigación supone un aporte para la intervención de la salud pública en el fenómeno, a partir de las funciones de promoción y prevención que tiene esta.

Palabras clave: autolesión; conductas autolesivas; adolescentes; autolesión no suicida.

ABSTRACT

In the present paper, we compile the findings of different publications about self-injurious behaviors without suicidal intention in adolescents. In relation to its conceptualization and typology, it is defined that self-injurious behaviors are act of expression and self-regulation of emotions in an intentional way, through which the subjects self-inflict physical damage without any conscious desire to die, for which reason suicidal attempt is excluded. There is a broad classification of the this type of behavior describing it like a psychiatric illness or an expression and identification form in teenagers in order to fit into their environment, usually characterized by skin cutting and burns. Epidemiology reported a prevalence of this behavior in 13-29 % of the adolescent population, presented at least once in their lives. This behavior is reported as more common in women. Finally, references of the determining factors on biological, psychological and social aspects that may influence the presence of this behavior are presented, finding within them a great contribution to develop public health interventions to comply with essential functions of promotion and prevention.

Keywords: self-harm; self-injurious behaviors; adolescent; non-suicidal self-injury.

Recibido: 12/07/2017

Aceptado: 14/09/2017

INTRODUCCIÓN

Las conductas autolesivas consisten en realizarse daño físico sin intención suicida. Hay una amplia diversidad clínica de este grupo de comportamientos y a nivel psíquico se considera que estas conductas de daño son un método inconsciente de expresión y alivio al sufrimiento psicológico, por lo tanto pueden en un momento considerarse como un síntoma predictor de un acto suicida.

La orientación en el estudio de las conductas autolesivas, sujetas a la definición de algún trastorno mental con la que se le relaciona, ha dificultado la identificación de sus rasgos determinantes, ya que se ha comprendido desde el aspecto del trastorno psicopatológico y no como una entidad propia.

Las conductas autolesivas sin intención suicida (CASIS) en los adolescentes han sido poco estudiadas, pero cada vez más se encuentran presentes dentro de las comunidades, por lo que actualmente se vive una problemática importante dentro de la salud pública.⁽¹⁾ Por esta razón, este trabajo tuvo como objetivo detectar y presentar una revisión de las distintas definiciones de las conductas autolesivas, así como de los factores determinantes para su desarrollo.

MÉTODOS

A utilizó el método de revisión descriptiva con recolección de la información en fuentes secundarias. La técnica principal fue el uso de internet de forma personal y directa. A través

de la consulta en las bases de datos EBSCO y PubMed, se realizó búsqueda de las palabras clave “autolesión”, “conductas autolesivas”, “adolescentes”, “autolesión no suicida”, tanto en el idioma inglés como español, con operadores booleanos “AND”, “OR”, “NOT”. La búsqueda inicial arrojó un aproximado de 900 artículos, se consideraron solo aquellos documentos que contribuían en la precisión del constructo de conductas autolesivas y los factores asociados para su presencia en adolescentes. Se eligieron 44 documentos para hacer la revisión, los cuales se clasificaron mediante un cuadro de doble entrada con las variables de autor, año de publicación y título, consignándose su contenido principal y conclusiones, para alcanzar el objetivo final de la presentación del tema.

CONCEPTUALIZACIÓN DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN INTENCIÓN SUICIDA

Para conceptualizar las CASIS es preciso señalar que estas no son consideradas patologías en sí mismas, ya que solo son conductas de adaptación y de un proceso de maduración, con la posibilidad de estar presentes en diversos trastornos psicopatológicos.

La literatura anglosajona se refiere a las CASIS inducidas en el propio cuerpo como “*nonsuicidal self injury*”, “*deliberate self harm*”, “*self destructive behaviors*” y “*autoinjurious behaviors*”. La designación propuesta para el manual DSM-V⁽²⁾ es “non suicidal self injurious” (NSSI).

El precursor de la investigación sobre la autolesión es K. A. *Menninger*,⁽³⁾ que en 1938 manejó el término “suicidio focal”, ya que la conducta de la autolesión era observada como un paradigma de compromiso para las personas que tenían deseos de matarse. Esta conceptualización resultó en grandes confusiones al identificar que la autolesión no era un intento de suicidio, sino, más bien, un mecanismo para autoaliviarse. *Menninger* explicaba que la autolesión es una estrategia, como una compulsión, que mantiene la ansiedad de los autolesionadores en un nivel manejable y que previene que los recuerdos dolorosos salgan a la superficie o aparezcan.

En 1970 se avanzó sobre este concepto cuando teóricos de Gran Bretaña defendieron que la autolesión merecía una identidad propia. En ese orden, la gravedad de la autolesión como una alteración psicológica no podía estar en discusión, ya que se había enfrentado como un comportamiento peligroso que contiene un riesgo activo por su gradual crecimiento. Los autolesionadores pueden llegar a perder su habilidad de funcionar de manera normal, a convertirse en menos productivos y a que sus relaciones con otras personas se desintegren.⁽⁴⁾

La autolesión, llamada también “automutilación”, “autoherirse” o “autodañarse”, es definida por varios autores: *Winchel y Stanley*,⁽⁵⁾ *Favazza*,⁽⁶⁾ *Malon y Berardi*,⁽⁷⁾ *Conterio y Lader*,⁽⁴⁾ *Villanueva*⁽⁸⁾ y *Gratz*.⁽⁹⁾

Todos ellos lo acotan como un comportamiento intencional de herirse a sí mismo, haciéndose daño físico en su propio cuerpo, con lo que se intenta cambiar el estado de ánimo, en donde la sensación de irrealidad y de vacío, al producirse un adormecimiento de las emociones y un fenómeno de despersonalización al no poder expresarse verbalmente, está presente. Estas conductas les sirven a las personas como mecanismo de autorregulación para una mejor adaptación dentro del entorno. De estas conductas quedan excluidos los actos de excitación sexual y métodos indirectos, como alteraciones en la alimentación y abuso de sustancias tóxicas para el organismo, así como las prácticas y rituales culturales.

La exclusión en esa conceptualización de las autolesiones culturalmente establecidas obedece a que estas prácticas sociales son acostumbradas por varias generaciones de una misma cultura y, si bien es frecuente que sean de la misma naturaleza de daño físico, están encuadradas en un contenido de creencias y tradiciones compartidas por todos sus miembros. Estas prácticas en su mayoría tienen un importante simbolismo, por lo tanto, no se consideran como transgresiones o medios distorsionados de la expresión de la subjetividad personal.

Actualmente existe una definición de autolesión donde se menciona que su intención es reducir el sentimiento de angustia, infligir autocastigo y/o ser una señal de la necesidad de ayuda para el desarrollo de una identidad y poder de adaptación dentro de los patrones

sociales. La autolesión no suicida es deliberada y no contiene ningún deseo de morir, por lo tanto, es parcialmente diferente al comportamiento suicida.¹⁰

La descripción de estos conceptos desde un enfoque salubrista es muy importante. El fin es intervenir en etapas tempranas con acciones de promoción y prevención e identificar los factores que determinan dicha conducta, sobre todo en el entorno familiar, educacional, laboral y/o social.

TIPOLOGÍA DE LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN INTENCIÓN SUICIDA

La definición de que no todos los comportamientos de autolesión eran intentos de suicidio, hace que se desarrollen diferentes clasificaciones sobre las conductas de autolesión según diversos autores.

Conterio et al.⁽⁴⁾ han clasificado las intenciones de la autolesión bajo dos categorías: el propósito analgésico o curativo y el comunicativo.

El propósito analgésico o curativo es referido a la tranquilidad física que se percibe con la autolesión, a partir de la sensación de vínculo entre mente y cuerpo que este acto ofrece. Obtener una sensación de control y elevación moral ayuda a que las personas se sientan limpias, como si eliminaran toxinas emocionales que creen escondidas dentro de su cuerpo.

El propósito comunicativo, como segunda categoría, se origina cuando las personas se autolesionan para simbolizar su estado emocional y expresar sus necesidades y deseos. A su vez, lo usan para comunicarse consigo mismos, como un autocastigo por haber hecho algo mal. Por ejemplo, a menudo se tallan palabras en la piel como calificativos negativos para transmitir las emociones que tienen sobre sí. El propósito también incluye la idea de comunicarse con otras personas, ya sea como un acto vengativo, una manifestación de abuso causado con anterioridad o un desesperado pedido de auxilio y compasión.

Por otra parte, para *Grube*⁽¹¹⁾ las autolesiones consisten en:

- insultarse y despreciarse constantemente
- autocríticas destructivas
- autoevaluaciones negativas
- autolesiones
- autosabotaje
- dejar de hacer cosas agradables
- autodegradarse y complacerse con estímulos dolorosos
- intentos suicidas

En 1996, *Favazza*⁽⁶⁾ presentó un sistema de clasificación de autolesiones más amplia. Estaba dividida en categorías, subcategorías y subtipos:

- autolesión culturalmente sancionada
- autolesión patológica
 - autolesión mayor
 - estereotípica
 - superficial/moderada
 - compulsivo
 - episódico
 - repetitivo

La autolesión culturalmente sancionada –que incluye lesiones rituales– se refiere a aquellas actividades que pronuncian las tradiciones, símbolos y creencias de una sociedad. La autolesión cumple un propósito básico: prevenir o corregir una situación que amenaza a la

comunidad. Un ejemplo de esto sería la creencia de enfermedades enviadas por espíritus o dioses enfurecidos, conflictos de generaciones, clases o tribus, entre otras. También estas prácticas implican acciones que pueden ser efímeras, las que en su mayoría se hacen para fines artísticos y decorativos, como lo es la perforación, la transformación corporal y el tatuaje.

En la autolesión patológica existen tres subcategorías, mismas que están en relación al grado de destrucción del tejido y el esquema o patrón del comportamiento.

Dentro de la autolesión mayor se encuentran algunas de las formas más severas de automutilación como: enucleación de ojos, castración, amputación de una extremidad o comerse la propia carne; estos comportamientos suelen ser desordenados y con una destrucción significativa del tejido corporal. La autolesión mayor está comúnmente asociada con la psicosis (episodios agudos psicóticos, esquizofrenia, manía y depresión) y con la intoxicación por drogas.

La categoría denominada estereotípica incluye comportamientos que son monótonos y repetitivos y a veces con patrones rítmicos. Algunos actos estereotípicos son: extracción de dientes, presionarse los ojos, golpes continuos de la cabeza, morderse o dislocarse una articulación. No es común encontrar un significado simbólico, un contenido racional o un afecto asociado a estas acciones, las que, a diferencia de otros tipos de autolesión, ocurren en presencia de observadores.

Los autolesionadores estereotípicos al parecer son impulsados por un factor biológico primario de herirse sin temor y sin culpa. Este tipo de comportamiento frecuentemente es reportado en pacientes hospitalizados con retardo mental o autismo.

El último tipo de autolesión es la superficial/moderada, la que se refiere a acciones eventuales o repetitivas de baja mortalidad y restringida lesión a nivel de piel. Es la más común de las categorías y en ella están incluidos comportamientos tales como cortarse y quemarse. En contraste con la de tipo estereotípica esta categoría es escasa de ritmo, usualmente tiene un referente simbólico y requiere del uso de implementos, como utensilios filosos o fuego.

Dentro de la categoría superficial/moderada, los comportamientos en el subtipo compulsivo ocurren en varias ocasiones a diario y son repetidos en forma de ritual. Sus manifestaciones son arrancarse el cabello, jalarse la piel y rascarse.

Comportamientos que suceden de vez en cuando, se clasifican en el subtipo episódico, caracterizado comúnmente por cortarse la piel y quemarse. Los autolesionadores episódicos no recapitan sobre este comportamiento, ni tampoco se perciben con una identidad de ser un cortador o quemador. Lo que hacen es que se autolesionan deliberadamente para sentirse mejor y para conseguir una salida rápida a pensamientos y emociones estresantes, de esa manera recobran el sentido de control.

Cada persona tiene un motivo propio que lo lleva a autolesionarse. *Favazza*⁽⁶⁾ ha encontrado diversas razones: liberar tensiones, regresar a la realidad, establecer control, sentir seguridad y unicidad, influenciar en otros, descarga de ira y sensación de equilibrio. La autolesión episódica puede ser encontrada como un síntoma dentro de diagnósticos clínicos, como: trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad antisocial y limítrofe, trastornos disociativos y depresión.

El subtipo repetitivo ocurre cuando la autolesión episódica se convierte en una angustiada preocupación para el individuo, este acoge una identidad de cortador o quemador y se describe a sí mismo como un adicto a la autolesión.

No existe un número de autolesiones episódicas que marque el cambio a autolesión repetitiva, en algunas personas puede ocurrir entre los primeros diez episodios y en otros después del décimo. El más común de los comportamientos en el subtipo repetitivo es cortarse la piel, pero no es el único: golpearse, clavarse agujas, interferir en la curación de heridas, rascarse severamente la piel, golpearse la cabeza contra un soporte y romperse huesos, son otras manifestaciones. Este subtipo se encuentra sobre todo asociado a trastornos de impulsividad, abuso de alcohol, desórdenes alimenticios, trastorno de la personalidad limítrofe, trastorno de estrés postraumático y personalidad antisocial.

La clasificación elaborada por *Favazza*⁽⁶⁾ es la más amplia y más representativa de las categorías de autolesiones, ya que incluye diferentes aristas de la problemática y toma en cuenta la presentación de factores que van desde los psiquiátricos hasta la expresión de una

forma de identificación. Se diferencian de la conducta suicida en la intención, repetición y letalidad de las conductas referidas.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN INTENCIÓN SUICIDA

En la literatura científica disponible no se ha determinado prevalencias poblacionales por diferentes motivos. En la mayoría de los estudios clínicos se describen las características solo de los sujetos que solicitan ayuda, quienes componen una parte proporcional mínima de la población que incide en estas conductas y no se calcula la prevalencia. Por otra parte, diversos autores ofrecen una variabilidad conceptual sobre estas conductas. Estas definiciones van desde aquellas en las que se incluye la ideación de muerte y los intentos con fines suicidas, hasta las que las eliminan del concepto.

Para efectos de esta revisión, se enunciarán solo las estadísticas publicadas con el concepto restringido de “conductas autolesivas sin fines suicidas”.⁽¹⁰⁾

En evaluaciones de prevalencia en poblaciones clínicas se encuentra que del 30,01 % - 40,01 % de los adolescentes que requieren hospitalización psiquiátrica es porque se han provocado alguna conducta autolesiva.⁽¹²⁾

Algunas investigaciones comunitarias aplicadas en la población general reportan que este tipo de conductas son cometidas por el 13,01% - 29,02 % de los adolescentes al menos una vez en la vida.^(13,14) Un estudio poblacional en Alemania constató conductas autolesivas repetidas con actos realizados más de 4 veces al año, en el 4,01 % de la población adolescente.⁽¹⁵⁾

Estudios clínicos y poblacionales sitúan la edad de iniciación entre los 10 y 15 años^(16,17) y afirman que el inicio de estas conductas después de los 30 años es poco frecuente.⁽¹⁸⁾

Se ha descrito en la mayoría de los documentos que en las mujeres las conductas autolesivas son más frecuentes, reflejado con suficiente evidencia en la población adolescente.^(13,19,20)

En el 2015 en España se reportó que el 32,20 % de 1 864 adolescentes había cometido autolesiones graves y autolesiones, en general, el 55,60 %. El 48,01 % de la muestra había mantenido alguna vez la conducta de morderse y esta actitud se percibía como un comportamiento aceptable y normal.⁽²¹⁾

En México se realizó una primera investigación sobre la autolesión deliberada en una muestra de escolares y se detectaron como los síntomas más representativos los siguientes: cortarse la piel con objetos filosos, quemarse la piel con un cigarro, introducirse una aguja, alfiler, grapa u otro objeto en la piel, no dejando que una herida se cure y/o intoxicarse con veneno, gas u otra sustancia.⁽²²⁾

En otra investigación se ha encontrado que la mayoría de los autolesionadores suelen usar más de un método.⁽²³⁾ Estos hallazgos se corroboraron posteriormente determinando una prevalencia para México de 5,60 % en los adolescentes, con una edad promedio de inicio de 11,9 años, aunque se detectó que podía presentarse, incluso, desde la edad de 6 años.⁽²⁴⁾ Ahora bien, esa prevalencia aumenta a 17,10 % si se consideran las conductas repetitivas que los adolescentes no consideran como autolesiones graves. Sin embargo, un estudio más reciente en población escolarizada de la Ciudad de México desarrollado en 2016, reportaba que el 27,90 % de los adolescentes se autolesionan.⁽²⁵⁾ Al igual que lo reportado en otros países y en estudios previos.^(19, 20, 24) Las mujeres presentaron una mayor frecuencia de realización de tales conductas.

FACTORES DETERMINANTES EN CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN INTENCIÓN SUICIDA

Se han encontrado diversos factores determinantes relacionados al comportamiento de la autolesión. Estos se pueden clasificar en biológicos, psicológicos y sociales.

Factores biológicos

Una hipótesis neurológica investigada afirma que la autolesión puede ser el resultado de una disminución de los neurotransmisores cerebrales que ayudan a regular las emociones. El nivel de serotonina bajo parece estar comprometido en este comportamiento. Se sabe que la serotonina facilita el transporte de impulsos entre algunos nervios en un área del cerebro llamada *nuclei raphe* (núcleos del rafe; agregados celulares de neuronas que conforman la columna medial del tallo encefálico). Esta estructura realiza la función de regular la impulsividad y la agresión.⁽⁶⁾

Otros neurotransmisores que parecen interferir en la autolesión son los opioides. Entre sus acciones están la regulación de emociones y la supresión del dolor. Demostrando que los opioides en general tienen un resultado placentero, entonces los autolesionadores se lastiman a sí mismos para estimular la producción de estos. Esta suposición hace alusión al modelo de la autoadicción donde el dolor, asociado a la autolesión, tiene un efecto analgésico de aliviar y liberar el malestar, como también de ofrecer sensaciones placenteras. En ese sentido, las personas aprenden a asociar la autolesión con sentimientos positivos y cada vez que se sienten disgustados se cortan o se queman para sentirse mejor.⁽⁶⁾

Queda al descubierto, entonces, que una vez que el comportamiento se ha iniciado, las endorfinas que son liberadas a partir de la autolesión se pueden convertir en adictivas. En algunos casos el suicidio o muerte puede considerarse como una sobredosis para el habitual autolesivo.⁽²⁶⁾

Desde este enfoque biológico se ha fundamentado que la autolesión puede estar asociada a un problema orgánico, ya sea en la química del cuerpo o en los genes. Ninguna teoría puede ser tomada como la causa exacta de este comportamiento, pero hay evidencias que ciertas personas poseen una mayor predisposición a ser emocionalmente hipersensibles, es decir tienen una mayor vulnerabilidad biológica o genética.

Desde este enfoque también se indaga la relación existente entre alteración de la percepción del dolor y acciones autolesivas. A través de estudios desarrollados con animales se obtuvo

que los primates criados en ambientes de privación social (sin madres o congéneres) eran susceptibles al desarrollo de conductas autolesivas.⁽²⁷⁾

Por otra parte, se reporta que un 99,01 % de las personas que se autolesionaba presentaba alguna de las siguientes patologías: depresión, desorden de la personalidad, síndrome de estrés postraumático, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno disociativo, trastorno de despersonalización, ansiedad y pánico. Por lo cual, se llegó a la conclusión de que existe una elevada relación de esta conducta con alteraciones químicas en el organismo.⁽²⁸⁾

En definitiva, la influencia y el papel de los factores ambientales, en combinación con cierta vulnerabilidad biológica, acabaría dando una alteración en la percepción al dolor y de uno mismo. La incapacidad de reconocer estímulos receptivos demuestra la forma en que una solución equilibrada en individuos sanos que enfrentan situaciones amenazantes podía originar conductas de inadaptación.

Factores psicológicos

Se menciona que el individuo que se autolesiona tiene como objetivo apagar un dolor emocional íntimo, autocastigarse y hacer notoria su molestia a los demás.⁽²⁹⁾

Mediante una investigación donde se entrevistaron a profundidad a jóvenes que se autolesionaban hubo coincidencias en algunas de sus respuestas. Referían que cortarse aliviaba sus tensiones, pues sentían relajación a nivel mental, lo que era complicado explicar mediante la expresión oral, ya que les causaba temor exponer sus sentimientos abiertamente y pensaban que se generaría más conflicto. Un punto importante es que creían que su ira era incontrolable y causante de gran daño hacia los demás, por lo que conducían su frustración a través de la autolesión.⁽³⁰⁾

En los individuos que presentan CASIS su capacidad para solucionar sus problemas se encuentra deficiente. Los autolesionadores tienen insuficientes recursos cognitivos, esto es: tienden a la autovaloración negativa, baja autoestima y una elevada propensión a evitar enfrentarse a los problemas. El individuo que se autolesiona se aprecia a sí mismo con un

bajo control en ambientes que demandan soluciones a dificultades interpersonales. Esto explica un gran conflicto del poder articular y verbalizar los sentimientos, como el expresar las emociones a través del llanto,⁽⁴⁾ utilizado por la mayoría de ellos para evitar sentimientos negativos, de vacío o desorientación.^(21,24)

Se descubrió una elevada correlación entre las CASIS y la alexitimia en individuos que muestran imposibilidad para identificar el elemento afectivo de las emociones y, por ende, incapacidad de expresarlas verbalmente. Por lo tanto, ante un alto grado de alexitimia aumentaba la frecuencia de autolesión.^(31,32) Así se explica que, cuando hubo una elevada incapacidad para distinguir los propios afectos y expresar los conflictos afectivos por medio del lenguaje, se desarrollaron las posibilidades de que los adolescentes buscaran expresarse mediante CASIS.

También se registró la presencia de trastornos de la conducta alimentaria entre el 35,01% - 80,01 % de los individuos que desarrollaron CASIS. Para estos sujetos el principal deseo es desaparecer su cuerpo mediante estas conductas,⁽³³⁾ como una solución a los fracasos y sentimientos de culpa inconsciente, lo que lo lleva a causarse daño.

Por otro lado, se estableció un vínculo estrecho entre CASIS y haber sufrido un trauma emocional, caracterizado como una interrupción del proceso de desarrollo adecuado en la infancia. Entre estos sobresalen el abuso físico y/o sexual, abandono emocional y conflictos familiares durante la infancia y/o la adolescencia y se identifican como indicadores de la gravedad y cantidad de comportamientos autolesivos.⁽³⁴⁾

En investigaciones como la efectuada por Craig Murray,⁽³⁵⁾ se menciona que los jóvenes presentan ansiedad antes de realizar la autolesión, además, sentían confusión y tenían sentimientos depresivos. En el acto mismo de la autolesión referían sentir tranquilidad, no sentirse confusos, tener claridad mental y alegría. Después de llevar a cabo esta conducta los adolescentes experimentaban tranquilidad.⁽³⁶⁾

Muchos de los jóvenes que presentaron conductas autolesivas expresaron sentir una dolorosa tristeza,⁽²⁴⁾ ansiedad o parálisis emocional. El hecho de autolesionarse fue la condición que enfrentaron para trasladar sentimientos insoportables o para percibir una sensación física que los hace consciente de la realidad. Los individuos que se autolesionan

tienen como objetivo poder controlar su propio cuerpo y mente, expresar sus sentimientos, transmitir sus necesidades, realizarse heridas no visibles ni tratables, purificarse a sí mismos; así como simbolizar nuevamente un trauma con el intento de solucionarlo, tratando de proteger a los demás de sus propias emociones dolorosas.

Factores sociales

Actualmente existen varios factores sociales que pueden esconder las CASIS. Por ejemplo, cuando los individuos que se sienten física o mentalmente aislados suelen cerrarse en su mundo interior. En estos individuos, la mayoría de las veces caracterizados por su fragilidad y sin saber expresar sus emociones, la soledad puede ser muy agobiante. Se sienten obligados a dañar sus cuerpos como una forma de liberar sus sentimientos y frustraciones.

Algunos adolescentes se inclinan a cometer CASIS para protegerse después de haber recibido algún rechazo.⁽³⁷⁾

Un entorno social puede influir en el inicio, persistencia y la transmisión de las conductas autolesivas. En ciertas investigaciones se han observado que grupos de mujeres tienden a sentirse atraídas por autolesionadores y que en base a esto se autoagreden para obtener su aceptación y permanecer cerca de ellos.^(6,37) Existe evidencia de que las mujeres se autolesionan más que los hombres: el 64,01 % de los adolescentes que manifiestan esta conducta son del sexo femenino.⁽³⁸⁾ Esto se podría entender como que las mujeres por cuestiones de género tienden a asimilarse a los hombres que aman, como una forma de ser aceptadas por ellos, pues durante el proceso de la adolescencia, en las mujeres es más frecuente tropezar con conflictos emocionales que los hombres.

En jóvenes del sexo masculino se identifican más los problemas de comportamiento: tienden a expresar más las conductas de agresión destruyendo objetos, mintiendo y robando. En contraste, se ha identificado que las mujeres experimentan elevados niveles de ansiedad, lo que ocasiona propensión al desequilibrio emocional y causa depresión, desórdenes alimenticios y conductas autolesivas. Lo anterior deja ver que al hombre le es

más permisible exponer su molestia, mientras que en las mujeres la forma de expresión emocional es más interiorizada y callada. A pesar de esto, en la actualidad se detecta un aumento de la incidencia de las conductas autolesivas en el sexo masculino.^(4,39)

Lo anterior orienta la percepción del fenómeno, al develarse que ambos sexos se enfrentan a conflictos de base muy parecidos: un trauma infantil, identidad sexual, dificultad para formar y mantener relaciones con pares y, el mayor de todos, poder expresar sus emociones, lo que origina una gran tensión.

Existe una serie de experiencias durante la infancia que sirven de bases para una tendencia en el desarrollo de las conductas autolesivas sin intenciones suicidas.⁽²⁴⁾

- Ser testigos o partícipes de abuso físico y agresividad, como violencia intrafamiliar.
- Ser abusados sexualmente y/o testigos de abuso sexual en algún familiar.
- Pérdida de algún miembro de su familia u otra persona significativa de forma temprana.
- Haber sufrido presión psicológica al ser intimidados por sus padres o sus pares.
- Haber sido física o emocionalmente abandonados por uno o ambos padres.
- Padecer de alguna enfermedad discapacitante o que alguno de sus padres la posea.
- Padres alcohólicos.
- Haber sido producto de un embarazo no deseado y darse cuenta de esto.
- Divorcio de sus padres o conflictos en su relación con ellos.
- Ser elegidos como cuidadores de sus hermanos menores o de un familiar enfermo.⁽⁶⁾

En jóvenes, el estrés escolar, además, suele ser un factor significativo para iniciar conductas autolesivas sin intención suicida, ya que la incidencia tienden a disminuir en periodos vacacionales.⁽⁴⁰⁾

Las CASIS, la mayoría de las veces ocurren en privado, por esto es muy complicado lograr identificar uno o más perfiles. Los jóvenes que se autolesionan indican que la intensidad de reserva y los sentimientos de vergüenza asociados al comportamiento imposibilita la búsqueda de ayuda.⁽²⁶⁾ En una muestra de 128 adolescentes en Australia se encontró que el 30,50 % de ellos no había buscado consultar a un profesional de la salud.⁽³⁶⁾ Pero también se han efectuado diversos protocolos para atender a los adolescentes con esta problemática, encontrando que, al no existir una causa única, el tratamiento psicológico es complejo. Hasta este momento, las terapias cognitivo-conductuales muestran resultados prometedores. Son empleados modelos de entrenamiento en habilidades y actitudes para promover la resolución de problemas del día a día en forma eficiente y eficaz, evitando la toma de decisiones impulsivas y donde se hagan integraciones y soporte, para que los adolescentes entiendan sus acciones como un producto de sus pensamientos y emociones. Esta misma estrategia es llamada también “terapia basada en la mentalización”.

Estas terapias, al igual que las que buscan la reestructuración cognitiva y las intervenciones psicosociales, tienen mejores resultados si en ellas se incluyen técnicas donde se integren a los padres o tutores y la medicación, especialmente si se presentan síntomas asociados a la depresión.⁽⁴¹⁾

CONCLUSIONES

Mediante esta revisión sistemática descriptiva se recopilaron publicaciones en relación a las CASIS en la adolescencia.

Las CASIS consisten en realizarse un daño físico como método inconsciente de expresión y alivio al sufrimiento psicológico, del cual se excluye cualquier deseo de causarse muerte. No se consideran una patología en sí mismas y, por algunos autores, si es en forma episódica, son entendidas como conducta de adaptación o maduración de las personas jóvenes.

Se inició su estudio como parte del fenómeno del suicidio, pero en los años 70 se reconoció que estas conductas les sirven a las personas como mecanismo de autorregulación para una mejor adaptación dentro del entorno y como una forma de expresión de su subjetividad.

Como prevalencia se reportan datos indicativos de su presencia en un 25,01 % de la población adolescente, variando los datos de acuerdo a cada país que reporta su incidencia. También se significa que la mayoría de los adolescentes se han efectuado al menos una autolesión en el transcurso de este periodo vital, casi siempre cortes o quemaduras, con predominio en las mujeres.

Las CASIS pueden tener un propósito analgésico-curativo o bien propósito comunicativo. Se pueden clasificar en conductas del tipo culturalmente sancionadas o autolesiones patológicas. Estas últimas puede ser estereotípicas, de tipo mayor y superficial/moderada con los subtipos compulsivo, episódico y repetitivo, según su frecuencia.

Los motivos reportados para cometer CASIS en personas sin patología psiquiátrica son para liberar tensiones, regresar a la realidad, establecer control, sentir seguridad y unicidad, influenciar en otros, descarga de ira y sensación de equilibrio.

La autolesión parece tener efectos orgánicos que producen diferentes cambios bioquímicos en neurotransmisores asociados a las emociones como la serotonina y endorfinas. Además, se ha encontrado que los factores con gran influencia sobre este comportamiento son aquellos que provienen de los aspectos sociales y psicológicos. Los adolescentes informan que son conductas que les sirven como mecanismos para liberar ansiedad y manejar tensiones.

Se ha encontrado también una relación entre las CASIS con problemas para el manejo de la ira y la resolución de los conflictos, especialmente si se debe hacer uso de habilidades cognitivas. Así también, se presentan problemas para articular y verbalizar los sentimientos.

Asimismo, se reportan relaciones entre CASIS con la alexitimia y con problemas de la conducta alimentaria, además de eventos traumáticos en la etapa infantil. Antes de cometer una CASIS se experimentan altos niveles de ansiedad, confusión y sentimientos depresivos. Durante el acto los adolescentes describieron sentirse con claridad mental,

tranquilidad, control sobre su cuerpo y deseos de proteger a los demás de sus propias emociones dolorosas. Según se reporta, se efectúan CASIS después de hacer pasado por alguna situación como rechazo social o bien para mantener un tipo de relación de pareja marcada por la violencia, especialmente en las mujeres.

Dentro del ámbito de la salud pública este tipo de comportamiento en los adolescentes es un tema de alerta, aunque se ha intervenido poco al existir deficiencias en su descripción y difusión. Por esta razón, la presente revisión expone literatura científica compilada de forma sistemática, que sienta las bases para efectuar investigaciones empíricas a fin de identificar la prevalencia, los tipos, causas y efectos de presentar conductas autolesivas sin intención suicida.

Como limitación de este estudio se menciona que solamente accedió a dos buscadores de bases de datos y que la consulta se constriñó al idioma español e inglés, por ello puede haberse excluido información publicada en otras lenguas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SINAVE/DGE/SALUD/Perfil Epidemiológico de la población adolescente en México 2010. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos: Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología; 2011. Acceso: 12/10/2016. Disponible en:
https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/p_epi_de_la_poblacion_adolescente_en_mexico_2010.pdf
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5.^a Ed.: DSM-V-TR: American Psychiatric Association; 2013. Access: 12/10/2016. Available in:
<http://elpsicoasesor.com/dsm-v-con-link-de-descarga>
3. Menninger KA. Man against himself. Michigan: Harcourt Brace; 1938. Acces: 12/09/2016. Available in: <http://books.google.com.ar/books?id=Uf8MAAAAIAAJ>

4. Conterio K, Lader W, Bloom JK. Bodily Harm: The Breakthrough Healing Program for Self-Injuries: Hyperion Books; 1999. Access: 12/09/2016. Available in: <http://books.google.com.mx/books?id=DjR-nFMwz8gC>
5. Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry*. 1991;148(3). Access: 12/09/2016. Available in: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=168018>
6. Favazza AR. Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1996. Access: 12/09/2016. Available in: <http://books.google.com.mx/books?id=BwQT9fdZNdgC>
7. Malon DW, Berardi D. Hypnosis with self-cutters. *American Journal of Psychotherapy*. 1987;41(4). Access: 11/13/2011. Available in: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/5358609/hypnosis-self-cutters>
8. Villanueva AR. Diccionario Mosby: de medicina, enfermería y ciencias de la salud. México: Elsevier Health Sciences; 1999. Acceso: 13/11/2016. Disponible en: <http://books.google.com.mx/books?id=P1e9AgAACAAJ>
9. Gratz K. Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2001;23(4). Access: 02/10/2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A%3A1012779403943>
10. Wilkinson P. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(1):75-9. Access: 13/11/2016. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23202887>
11. Grube M. Which types of aggressive behaviour are associated with suicidal and self-injurious behaviour at the time of admission? *Psychopathology*. 2004;37(1):41-9. Access: 21/10/2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000077019>
12. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37(2):363-75. Access: 01/10/2016. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18470773>

13. Baetens I, Claes L, Muehlenkamp J, Grietens H, Onghena P. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among flemish adolescents: a web-survey. *Arch Suicide Res.* 2011;15(1):56-67. Access: 05/10/2016. Available in: <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2011.540467>
14. Brausch AM, Gutierrez PM. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *J Youth Adolesc.* 2010;39(3):233-42. Access: 05/10/2016. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19941045>
15. Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, *et al.* Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(7):641-9. Access: 05/10/2016. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17606826>
16. Nock M, Prinstein M. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72:885-90. Access: 05/10/2016. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15482046>
17. Whitlock J, Knox KL. The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(7):634-40. Access: 05/10/2016. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17606825>
18. Herpertz S. Self-injurious behavior. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;91(1):57-68. Access: 05/10/2016. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7754789>
19. Plener PL, Libal G, Keller F, Fegert JM, Muehlenkamp JJ. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med.* 2009;39(9):1549-58. Access: 14/11/2016. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19171079>
20. Yates TM, Tracy AJ, Luthar SS. Nonsuicidal self-injury among “privileged” youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(1):52-62. Access: 05/10/2016. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18229983>

21. Calvete E, Orue I, Aispuru L, Brotherton H. Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*. 2015;27(3):223-8.
22. González FC, Alvarez RM, Saldaña HA, Carreño GS, Chávez HA, Pérez HR. Prevalence of deliberate self-harm in teenage students in the State of Guanajuato, México. *Social Behavior & Personality: An International Journal*. 2005;33(8):777-92. Access: 06/10/2016. Available in: <https://www.sbp-journal.com/index.php/sbp/article/view/1436>
23. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry*. 2003;160(8):1501-8. Access: 21/10/2016. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12900314>
24. Albores-Gallo L, Méndez-Santos JL, García Luna AX, Delgadillo-González Y, Chávez Flores CI, Martínez OL. Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014;42(4):159-68.
25. Mayer PA, Morales N, Figueroa GV, Ulloa RE. Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Sal Pub Mex*. 2016; 58(3): 335-6.
26. Purington A, Whitlock J. *Self-Injury Fact Sheet*. New York: Cornell University; 2004. Access: 21/10/2016. Available in: http://www.actforyouth.net/resources/rf/rf_selfinjury_0804.pdf
27. Mendoza Y, Pellicer F. Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. *Salud Mental*. 2002;25(4):10-6. Acceso: 24/10/2016. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=17450>
28. Isacson G, Rich CL. Management of patients who deliberately harm themselves. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*. 2001;322:213-5. Access: 23/10/2016. Available in: <http://www.bmj.com/content/322/7280/213>
29. Rodham K, Hawton K, Evans E. Deliberate self-harm in adolescents: the importance of gender. *Psychiatric Times*. 2005;22(1). Access: 27/10/2016. Available in:

<http://www.psychiatrictimes.com/articles/deliberate-self-harm-adolescents-importance-gender>

30. White VE, McCormick LJ, Kelly BL. Counseling clients who self-injure: ethical considerations. *Counseling & Values*. 2003;47(3):220-9. Access: 23/10/2016. Available in: [https://www.researchgate.net/profile/Laura_Mccormick4/publication/264362826_Counseling_Clients_Who_Self-](https://www.researchgate.net/profile/Laura_Mccormick4/publication/264362826_Counseling_Clients_Who_Self-Injure_Ethical_Considerations/links/552531830cf22e181e73ee7d/Counseling-Clients-Who-Self-Injure-Ethical-Considerations.pdf)

[Injure_Ethical_Considerations/links/552531830cf22e181e73ee7d/Counseling-Clients-Who-Self-Injure-Ethical-Considerations.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Laura_Mccormick4/publication/264362826_Counseling_Clients_Who_Self-Injure_Ethical_Considerations/links/552531830cf22e181e73ee7d/Counseling-Clients-Who-Self-Injure-Ethical-Considerations.pdf)

31. Sifneos P. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*. 2013;22(2):255-62. Access: 28/10/2016. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4770536>

32. Vásquez C. Alexitemia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima metropolitana. [Tesis de grado]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2009. Acceso: 16/09/2016. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/411>

33. Austin L, Kortum J. Self-Injury: The secret language of pain for teenagers. *Education*. 2004;124(3):517-27. Access: 18/09/2016. Available in: <https://eric.ed.gov/?id=EJ698521>

34. Czarnopys B. exploring the razor's edge: understanding adolescent self-harm. *Paradigm*. 2002;2(22). Access: 08/10/2016. Available in: http://www.sequeltsi.com/files/library/Understanding_Adolescent_Self_Harm.pdf

35. Murray C, Warm A, Fox J. An internet survey of adolescent self-injurers. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. 2005;4(1):18-26. Access: 01/10/2016. Available in: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.5172/jamh.4.1.18?needAccess=true>

36. Di Lazzero DB. Addressing self-injury in a college environment: a psychoeducational program: University of Hartford. 2003. Access: 01/10/2016. Available in: <http://books.google.com.mx/books?id=TtvMNwAACAAJ>

37. Walsh B, Rosen P. Self-mutilation: theory, research, and treatment. New York: Guilford Press; 1988.

38. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth & Adolescence*. 2002;31(1):67. Access: 11/10/2016. Available in: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1014089117419>
39. Golombok S, Fivush R. *Gender development*: Cambridge University Press; 1994.
40. Hawton K, Hall S, Simkin S, Bale L, Bond A, Codd S, *et al*. Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44(8):1191-8. Access: 19/10/2016. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14626459>
41. Molla L, Batlle S, Treen D, López J, Sanz N, Martín L, *et al*. Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Rev Psicopat y Pis Cl*. 2015;20(1):51-61. Acceso: 19/10/2016. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/14408>

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no tienen conflicto de intereses.