

AUTOLESIONES

DEFINICION Y CONCEPTO

Las conductas autolesivas constituyen un importante problema de salud pública. Desde mediados de 1960 se ha observado un aumento en el número de adolescentes que se autolesionan; sin embargo, un escaso número de estudios se han llevado a cabo hasta mediados de la década de los 90. En Inglaterra y Gales, por ejemplo, 25.000 jóvenes son atendidos cada año en los servicios de urgencias por estas conductas (Hawton et al. 2000).

Aunque la incidencia de este tipo de conductas ha sido relativamente bien documentada, existe escasa evidencia respecto a los motivos que inducen a los jóvenes a autolesionarse. Muchos de los datos se han obtenido en los servicios de urgencias de diversos hospitales, pero se cree que estos no son buenos estimadores del número real de adolescentes que realizan este tipo de conductas, ya que muchos de ellos no acuden a un servicio de urgencias. Además, los datos obtenidos de esta forma dependen en gran medida de los registros hospitalarios, y la validez de los mismos es cuestionable.

Existen muchos mitos en relación a los adolescentes que se autolesionan. Por ejemplo, que solamente quieren atención de sus padres, que el adolescente que se autolesiona no presenta gravedad clínica, o que la severidad del problema está relacionada directamente con la severidad de las heridas.

En el momento actual existen dos sistemas reconocidos para la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, el DSM-IV-R (American Psychiatric Association 2000) y el ICD-10 (World Health Organization 1992). Sin embargo, en estos sistemas de clasificación no existen criterios diagnósticos para el comportamiento autolesivo. Como consecuencia, se han utilizado un amplio número de términos para describir las conductas autolesivas, lo que ha generado confusión. Por ejemplo, el comportamiento autolesivo se ha definido como “provocar daño de forma deliberada en el propio cuerpo, principalmente a través de cortes pero también en forma de quemaduras y abuso de drogas, alcohol y otras sustancias” (Mental Health Foundation 2000). Otra definición describe estos comportamientos como “una forma de afrontar sentimientos difíciles que crecen dentro de uno mismo. Los adolescentes afrontan estos sentimientos de distinta manera, y eso lleva en

ocasiones a conductas como pellizcarse la piel, realizar una ingesta medicamentosa o tirarse del pelo” (Young Minds 2003, p.3).

A pesar de la confusión en su terminología, el comportamiento autolesivo es un problema frecuente en muchos servicios sanitarios. Hasta hace poco tiempo no existían estudios disponibles para reducir estas conductas, y tampoco se había investigado la efectividad de diversas intervenciones a nivel médico, social y psicológico (Hawton & Catalan 1987). Sin embargo, en los últimos diez años se han llevado a cabo numerosos estudios en esta materia.

PREVALENCIA

La falta de procedimientos adecuados para registrar el número de comportamientos autolesivos en este grupo de edad puede explicar la escasa consistencia obtenida hasta el momento en los resultados. En Europa, EEUU y Australia, se ha observado un incremento en estas conductas en la década de los 60 (Hawton & Catalan 1987; Weissman 1974). La incidencia pareció estabilizarse en los años 80 (Hawton & Fagg 1992), aunque en los 90 se ha observado un nuevo aumento (Hawton et al. 1997).

En Inglaterra y Escocia se dan hasta 142.000 consultas en los servicios de urgencias cada año (Hawton & Fagg 1992). Sin embargo, este número se considera menor al real, y se estima que hasta 1 de cada 130 adolescentes puede autolesionarse (Mental Health Foundation website). Hawton et al (2000) recogieron datos en su estudio de monitorización de conductas autolesivas de Oxford entre los años 1985 y 1995. La población diana incluía todos aquellos pacientes menores de 20 años que acudían al Hospital General de Oxford con autolesiones. El estudio mostró un aumento en el número de pacientes que acudían al servicio de urgencias entre 1985 y 1995 de 28.1% (27.7% en hombres y 56.9% en mujeres). Las tasas de repetición de este comportamiento fue de 56.9% en hombres y 46.3% en mujeres. Durante el tiempo que duró el estudio (1985-995), 1840 individuos por debajo de 20 años de edad acudieron al servicio de urgencias con autolesiones. Se observó que este número aumentaba con la edad hasta 18 años, con un mayor incremento de los 18 a los 19. Se observó que las autolesiones eran más frecuentes en los hombres que en las mujeres (13.2% y 2.6% respectivamente). Las mujeres acudían con más frecuencia debido a ingestas medicamentosas que los hombres (91.2% de mujeres frente a 82.5% de hombres).

En el año 2001, Meltzer et al. llevaron a cabo una encuesta sobre la salud mental de niños y adolescentes en el Reino Unido que proporcionó información en lo que respecta a un gran número de trastornos emocionales y conductuales. La información se obtuvo de 10.438 niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 5 y los 15 años. Tanto los jóvenes como sus padres fueron entrevistados, lo que permitió obtener datos diferenciales. En total, 4249 jóvenes de entre 11 y 15 años fueron entrevistados, de los cuales 248 reconocieron haberse autolesionado. Solo 78 de los padres entrevistados informaron de que sus hijos se habían autolesionado en algún momento. Un análisis detallado de los datos informó asimismo de que un 6.5% de mujeres y un 5.0% de hombres se habían autolesionado previamente al estudio. Los padres de estos jóvenes informaron de tasas mucho más bajas, 2.5% y 1.8% respectivamente.

La prevalencia de autolesiones era más alta entre aquellos jóvenes diagnosticados de patología psiquiátrica, comparados con el grupo sin patología. La prevalencia era mayor entre aquellos jóvenes que padecían depresión, trastorno de conducta y trastorno de ansiedad. Asimismo, otros datos mostraron cómo las autolesiones eran más frecuentes en niños adoptivos, niños que vivían con uno solo de sus padres y en aquellos que convivían con más de cinco hermanos.

POBLACIÓN / EDADES DE RIESGO

En la última década se ha prestado mayor atención a la identificación de adolescentes con alto riesgo de autolesionarse o cometer suicidio, dado que esta es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10-18 años. Uno de los mejores predictores de suicidio es un intento previo de suicidio (Leon et al. 1990; Shafii et al. 1985). Entre un 10-40% de adolescentes que cometen suicidio lo han intentado previamente (Brent et al. 1988; Marttunen, Aro & Lonqvist 1993). Cuando evaluamos la gravedad de una conducta autolesiva debemos tener en cuenta la letalidad, los antecedentes y la motivación. Los adolescentes con este tipo de comportamiento a menudo se resisten a dar información personal a un adulto, que es visto como una figura de autoridad (Brent et al. 1988; Velting, Rathus & Asnis 1998). De acuerdo con Shaffer et al. (1988), las iniciativas para la prevención de conductas autolesivas y suicidio en los colegios centradas en la identificación de poblaciones en riesgo sería la mejor en términos de coste-beneficio.

NECESIDAD DE UNIFICACION DE CRITERIOS

Tal y como hemos señalado anteriormente en la introducción de este capítulo, existen dos sistemas reconocidos para la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, el DSM-IV-R (American Psychiatric Association 2000) y el ICD-10 (World Health Organization 1992). En estos sistemas de clasificación no existen criterios diagnósticos para el comportamiento autolesivo, lo que genera confusión. Es necesaria una correcta unificación de criterios para mejorar el diagnóstico y abordaje de este tipo de conductas, así como un mayor número de estudios que aporten información que sin duda sería útil para los clínicos que atienden habitualmente a estos jóvenes.

Fig. 1. Factores de riesgo de conducta autolesiva en la adolescencia

Características personales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad de solución de problemas: si ésta es deficiente existe mayor riesgo de conductas autolesivas (Sadowski and Kelly, 1993). 2. Impulsividad: la mayoría de conductas autolesivas tienen un alto componente impulsivo (Hawton et al. 1982). 3. Desesperanza: síntoma relacionado directamente con ideación y comportamiento suicida (Garrison et al. 1991). 4. Ira y hostilidad: diversos estudios han mostrado que estas dos características aparecen con más frecuencia en adolescentes que se autolesionan (Simonds, McMahon and Armstrong. 1991)
Trastornos Psiquiátricos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos depresivos: directamente relacionados con conductas autolesivas. 67% de adolescentes que realizan una ingesta tóxica padecen un trastorno depresivo (Kerfoot et al. 1996). 2. Abuso de sustancias: el consumo de alcohol se relaciona directamente con la posibilidad de autolesionarse (Kerfoot et al. 1988). 3. Trastorno de conducta: adolescentes que se autolesionan muestran mayor tasa de trastornos de conducta y comportamiento antisocial (Kerfoot et al. 1988).
Características familiares	<ol style="list-style-type: none"> 1. El 50% de los adolescentes que se autolesionan viven sólo con uno de sus padres (Hollis 1996). 2. Los problemas de convivencia entre los padres están claramente asociados con intentos de suicidio en adolescentes (Hollis 1996). 3. La falta de calidez en las relaciones familiares y los problemas específicos de relación entre adolescentes menores de 16 años y sus madres han mostrado ser factores importantes en aquellos que realizan un intento de suicidio.
Los medios de comunicación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un estudio llevado a cabo por Philips en 1974 mostró que cuanto más publicidad se le dé a un caso de suicidio, más serán los casos de suicidio en el período posterior al primero. 2. La publicación en diversos periódicos de un caso de suicidio está directamente relacionada con el aumento de estos actos en el periodo posterior a la publicación (Hawton y Williams, 2001). 3. La emisión de una serie de televisión basada en un caso de suicidio ("Muerte de un estudiante") en EEUU en 1983 se relacionó directamente con el incremento en el número de jóvenes que intentaban cometer suicidio por primera vez tras la visualización de la misma. 4. Martin (1996) investigó la influencia que la emisión de programas de televisión tenía en adolescentes de 14 años sanos, y obtuvo los siguientes resultados: realizaban más conductas de riesgo, era más probable que consumieran drogas, puntuaban más alto en las escalas de depresión y cometían mayor número de conductas autolesivas.

Fig. 2. Protocolo diagnóstico de autolesiones	
A. Recogida de historia clínica	<p>1. Acontecimiento que ha provocado este comportamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué acontecimientos han precipitado esta conducta? • ¿Qué motivos tenía el paciente para autolesionarse? • ¿En qué circunstancias se ha producido esta conducta? • ¿Ha existido una preparación específica de la conducta autolesiva (ej. carta de despedida)? • ¿Qué grado de violencia ha tenido este comportamiento? • En caso de ingesta de sustancias: ¿qué grado de letalidad tenían las mismas? • ¿Existen síntomas de depresión previos a la conducta autolesiva? • ¿Existe algún signo que indique uso/abuso de alcohol?
	<p>2. Historia médica y psiquiátrica</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha existido alguna conducta autolesiva previa? • ¿Ha padecido el paciente algún trastorno psiquiátrico previamente? ¿De qué tipo? ¿Cómo fue tratado? • ¿Existen antecedentes familiares de depresión u otro trastorno psiquiátrico, suicidio o alcoholismo? • ¿Hay evidencia de alguna enfermedad médica actual o previa a dicha conducta?
	<p>3. Circunstancias sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿El paciente vive solo? • ¿El paciente está trabajando en la actualidad? • ¿Cómo han reaccionado la familia y amigos cercanos al paciente ante los hechos? • ¿Quién se hará cargo de llevar al paciente a su domicilio y acompañarlo en las horas posteriores a la conducta autolesiva? • ¿Hay alguna evidencia de abuso físico, psíquico o sexual? • ¿Es posible que las circunstancias sociales que rodean al paciente empeoren después del comportamiento autolesivo?
B. Examen del estado mental	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar la apariencia física del paciente, especialmente si muestra signos de agitación, inquietud psicomotora, depresión o descuido en el cuidado personal. • Explorar específicamente si el paciente está deprimido o si existen variaciones en el estado de ánimo durante el día. • ¿Existen alteraciones en el patrón normal de sueño? • ¿Existen alteraciones en el apetito o pérdida de peso? • ¿Existen ideas nihilistas? ¿Hay alguna otra persona que forme parte de las mismas? • Explorar específicamente ideación/intencionalidad suicida. • ¿Es el paciente pesimista respecto a su capacidad para afrontar situaciones cotidianas? • ¿Existe algún otro trastorno o síntoma psiquiátrico presente?
C. Formulación diagnóstica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué motivos explican el comportamiento autolesivo? • Diagnóstico psiquiátrico (si existe) • Evaluación de riesgo suicida o de repetición de la conducta autolesiva, teniendo en cuenta los factores de riesgo existentes en el momento de la valoración del paciente. • Áreas problemáticas en la esfera personal/social en las que el paciente necesita ayuda. • Objetivos terapéuticos.

Tabla 3. Tratamiento de las autolesiones	
A. Terapia basada en solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia basada en que el individuo tiene un déficit en su capacidad para resolver problemas de otra manera. • Primera fase: el terapeuta ayuda al paciente a identificar y definir los problemas y los factores que contribuyen al mismo. • Segunda fase: el terapeuta ayuda al paciente a generar soluciones al problema identificado (“<i>brainstorming</i>”). • Tercera fase: el terapeuta apoya al paciente en decidir cuál es la mejor solución desde un punto de vista cognitivo y conductual.
B. Terapia Cognitivo Conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Abordaje similar al llevado a cabo en casos de depresión. Se basa en la idea de que la forma en que el individuo interpreta acontecimientos está relacionada con el ánimo y el comportamiento. • El objetivo es cambiar el contenido cognitivo del comportamiento suicida y el afecto asociado al mismo.
C. Entrenamiento en habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: conseguir que el adolescente se comunique de una forma más efectiva con aquellas personas con las que se encuentra en desacuerdo. • A menudo se utilizan técnicas de role-play. • Objetivos secundarios: mejorar la asertividad y la confianza en uno mismo, sobre todo en situaciones sociales.
D. Reconocimiento y control de la ira	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: reconocer y controlar los sentimientos de ira antes de que la conducta se agrave y se provoquen autolesiones. • Se emplean técnicas como “termómetro de sentimientos” y “distracción” tras identificar sentimientos que están llegando al punto de “sin retorno”.
E. Terapia de Familia	<ul style="list-style-type: none"> • A menudo se emplea un enfoque educacional, cuyo objetivo es la solución de conflicto intrafamiliar y la mejora en las habilidades de comunicación. • Harrington et al, 1998: un estudio casos control aleatorizado muestra cómo las terapias familiares breves en el domicilio de los pacientes NO son más efectivas que un número reglado de sesiones en un entorno clínico.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed). Revised text. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Brent, D., Perper, J., Goldstein, C., Kolko, D., Allan, M., Allman, CI and Zelenak, J. (1988). "Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients". *Archives of General Psychiatry* 27, 362-6.
- Garrison, C., Addy, C., Jackson, K., McKeown, R. and Waller, J. (1991). "A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30, 597-603.
- Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., McNiven, F., Gill, J., Harrington, V., Woodham, A. and Byford, S. (1998) "Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37, 512-18.
- Hawton, K., Bancroft, J., Catalan, J., Kingston, B., Stedeford, A. and Welch, N. (1981). "Domiciliary and out-patient treatment of self-poisoning patients by medical and non-medical staff". *Psychological Medicine* 11, 169-77.
- Hawton, K. and Fagg, J. (1992). "Deliberate self-poisoning and self-injury in adolescents: A study characteristics and trends in Oxford, 1976-1989". *British Journal of Psychiatry* 161, 816-23.
- Hawton, K., Fagg, J. Simkin, S., Bale, B. and Bond, A. (2000). "Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995". *Journal of Adolescence* 23, 47-55.
- Hawton, K. and Goldace, M. (1982). "Hospital admissions for adverse effects of medicinal agents (mainly self-poisoning) among adolescents in the Oxford region". *British Journal of Psychiatry* 141, 166-70.
- Hawton, K., O'Grady, J., Osborn, M. and Cole, D. (1982a). "Adolescents who take overdoses: Their characteristics, problems and contacts with helping agencies". *British Journal of Psychiatry* 140, 118-23.
- Hawton, K., Osborn, M., O'Grady, J. and Cole, D. (1982c). "Classification of adolescents who take overdoses". *British Journal of Psychiatry* 140, 124-131.
- Hawton, K. and van Heeringen, K. (eds) (2000). *The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester:Wiley.
- Hawton, K. and Williams, K. (2001). "The connection between media and suicidal behaviour warrants serious attention". *Crisis* 22, 137-40.

- Hollis, C. (1996). "Depression, family environment and adolescent suicidal behaviour". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35, 622-30.
- Kerfoot, M. (1988). "Deliberate self-poisoning in childhood and early adolescence". *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 29, 335-43.
- Kerfoot, M. (1996). "Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents: A research update". *Children and Society* 10, 236-41.
- Martin, G. (1996). "The influence of television suicide in a normal adolescent population". *Archives of Suicide Research* 2, 103-17.
- Marttunen, M., Aro, H. and Lonqvist, J. (1993). "Precipitant stressors in adolescent suicide". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32, 1178-83.
- Meltzer, H., Harrington, R., Goodman, R. and Jenkins, R. (2001). *Children and Adolescents who try to Harm, Hurt or Kill Themselves*. Newport, UK:Office for National Statistics.
- Mental Health Foundation (2000). "Self-Harm Factsheet". www.mentalhealth.org.uk.
- Sadowsky, C. and Kelly, M. (1993). "Social Problem solving in suicidal adolescents". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61, 121-7.
- Shaffer, D., Garland, A., Gould, M. and Fisher, P. (1988). "Preventing teenage suicide: A critical review". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27, 675-87.
- Simonds, J., McMahon, T. and Armstrong, F. (1991). "Youth suicide attempters compared with a control group: Psychological, affective and attitudinal variables". *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 21, 134-51.
- Velting D., Rathus, J. and Asnis, G. (1998). "Asking adolescents to explain discrepancies in self-reported suicidality". *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 28, 187-96.
- Weissman, M. (1974). "The epidemiology of suicide attempts". *Archives of General Psychiatry* 30, 737-46.
- World Health Organisation (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO.

- YoungMinds (2003) *Worried about self-injury?* London: YoungMinds.
- YoungMinds Website: www.youngminds.org.uk.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- NHS Centre for Reviews and Dissemination (1998). "Deliberate self-harm". *Effective Health Care* 4, December.
- Royal College of Psychiatrist (1998). *Managing Deliberate Self-Harm in Young People*. Council Report CR64. London: Royal College of Psychiatrists, Gaskell Publications.
- Fox, C., Hawton, K. "*Deliberate Self-Harm in Adolescence*". Child and Adolescent Mental Health Series. 2004. Jessica Kingsley Publishers.