

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA

“SAN VICENTE MÁRTIR”

**REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN
DEL CONCEPTO
«AUTOLESIONES NO SUICIDAS»**

**Trabajo de Fin de Grado para optar al título de
“GRADO EN MEDICINA”**

Presentado por:

Claudia Arego Céspedes

Tutor:

Dr. Ignacio Díaz Fernández-Alonso

Valencia a 11 de mayo de 2021

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, expresar mi más sincero agradecimiento a mi tutor el Dr. Ignacio Díaz Fernández-Alonso, por su entrega y disponibilidad, su sabiduría, y la manera de transmitir sus conocimientos que me hicieron saber que quería que fuese el director de este trabajo desde la primera clase de su asignatura. Gracias por la comprensión y motivación que me ha transmitido en todo momento.

Gracias a la Universidad Católica de Valencia, por formarme como médica y transmitirme la pasión por esta profesión-

Gracias a mi familia, a mi madre por su incondicional apoyo, de mayor me gustaría ser como tú. A mi padre por ayudarme con tanto amor, ojalá llegue saber tanto como tú algún día. A mi hermano Miguel, por enseñarme cada día la perspectiva sin agobios de la vida.

Gracias a mis amigos, por enseñarme tanto y motivarme durante los momentos más difíciles, siempre estáis ahí.

ÍNDICE

RESUMEN	1
Palabras clave.....	1
ABSTRACT	2
Keywords	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. Evolución ANS.....	3
1.2. Concepto.....	4
1.3. Criterios diagnósticos	5
1.3.1. Criterio A	7
1.3.2. Criterio B.....	7
1.3.3. Criterio C.....	8
1.3.4. Criterio D	9
1.3.5. Criterio E.....	9
1.3.6. Criterio F.....	9
1.4. Epidemiología.....	10
1.4.1. Infancia.....	10
1.4.2. Adolescentes y adultos jóvenes.....	10
1.4.3. Adultos	11
1.5. Trastornos psiquiátricos y autolesiones	12
1.5.1. Trastorno de la personalidad límite.....	12
1.5.2. Depresión mayor	14
1.5.3. Trastorno bipolar	15
1.5.4. Trastornos de la conducta alimentaria.....	15
1.5.5. Trastorno por consumo sustancias	16
1.5.6. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.....	17
2. JUSTIFICACIÓN	18
3. HIPÓTESIS	20

4. OBJETIVOS.....	21
4.1. Objetivo general.....	21
4.2. Objetivos específicos	21
5. MATERIAL Y MÉTODOS	22
6. RESULTADOS.....	26
6.1. Factores de riesgo	26
6.1.1. Factores biológicos.....	27
6.1.2. Factores psicológicos	30
6.1.3. Factores sociales.....	31
6.2. Factores asociados	33
6.2.1. Sexo.....	33
6.2.2. Método, frecuencia y severidad	34
6.2.3. Otros factores asociados.....	35
6.3. ANS, salud mental y comorbilidad.....	36
6.4. Relación ANS y suicidio	37
6.5. Funciones ANS	40
6.6. Estigma	42
6.7. Medios de comunicación redes sociales e internet.....	43
6.8. Tratamientos actuales	47
6.9. Nuevas estrategias: Reducción del daño.....	48
7. DISCUSIÓN.....	53
7.1. Limitaciones del estudio	56
7.2. Directrices futuros estudios	57
8. CONCLUSIONES.....	59
9. BIBLIOGRAFÍA.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 – Criterios propuestos según el DSM-5	6
Tabla 2 – Criterios diagnósticos de TLP según el DSM-5	13
Tabla 3 – Lenguaje natural y descriptores utilizados en la búsqueda	22
Tabla 4 – Estrategia de búsqueda y criterios de inclusión.....	24
Tabla 5 - Principales diferencias entre ANS y suicidio.....	39
Tabla 6 – Estudios sobre la influencia de los medios de comunicación e internet en la ANS	45
Tabla 7 - Estudios que abordan la eficacia de los tratamientos actuales frente a nuevas terapias.....	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica	25
Figura 2 - Esquema del modelo integrado del desarrollo y mantenimiento de ANS	26
Figura 3 - Mecanismos neurobiológicos involucrados en la ANS	29
Figura 4 - Esquema de los principales factores de riesgo para ANS.....	33
Figura 5 – Funciones primarias de la ANS.....	41

ABREVIATURAS

ANS	Autolesiones No Suicidas
DSM-5	5 th Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
NSSI	Non-Suicidal Self-Injury
TCA	Trastorno de Conducta Alimentaria
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TLP	Trastorno Límite de la Personalidad
CRH	Corticotropine Releasing Hormone
ACTH	Adrenocorticotropic Hormone
POMC	Proopiomelanocortina
FASM	Functional Assessment of Self-Mutilation
ISAS	Inventory of Statements about Self-Injury
DSHI	Deliberate Self-Harm Inventory
ABASI	Alexian Brothers Assessment of Self-Injury Scale
SITBI	Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview
EPCA	Escala de Pensamientos y Conductas autolesivas
CBT	Cognitive-Behavioral Therapy
MACT	Manual-Assisted Cognitive-behavioral Therapy
DBT	Dialectical Behavior Therapy
MBT	Mentalization-Based Therapy
ISRS	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina
IRSN	Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina

RESUMEN

La autolesión no suicida (ANS) es la destrucción deliberada y directa de tejidos corporales en ausencia de deseos de muerte. Es considerado un mecanismo de confrontación cuya finalidad es el alivio de la angustia y del dolor emocional.

Se ha incluido como una condición independiente en la última publicación del “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM-5), todavía como un fenómeno que requiere más estudio. Hasta ahora se había clasificado como un preludio al suicidio o incluso como comportamientos característicos de determinados trastornos de la personalidad.

Debido a un importante incremento de su prevalencia y a la reciente toma de conciencia del problema de salud pública que ocasiona, así como a las graves consecuencias asociadas, se ha considerado pertinente hacer este trabajo de investigación.

El propósito de la presente revisión bibliográfica es esclarecer el sentido de la autolesión como respuesta a la angustia, proporcionando información actualizada, para poder así facilitar la comprensión del paciente, contribuir a la reducción del estigma social, y encontrar una mejora en los cuidados y tratamientos.

Nos centraremos en temas como los factores de riesgo, la psicopatología, y la influencia de ciertos factores sociales y ambientales.

Para finalizar, se propondrán algunas ideas para ampliar la atención de los pacientes y se revisarán las terapias actuales para proponer cambios y actualizaciones con el fin de reducir la angustia asociada con las conductas autolesivas.

Palabras clave

Autolesión no suicida (ANS)

Conducta autolesiva

Mecanismo de confrontación

Angustia

Revisión

Tratamiento

ABSTRACT

Non-suicidal self-injury (NSSI) is the deliberate and direct destruction of body tissues without a lethal purpose. It is considered a confrontational mechanism whose purpose is to alleviate emotional distress and pain.

It has been included as an independent condition in the latest publication of the “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-5), still as a phenomenon that requires further study. Until now it had been classified as a prelude to suicide or even as characteristic behaviors of certain personality disorders.

Due to a significant increase in its prevalence and the recent awareness of the public health problem that it causes, as well as the serious consequences associated with it, it has been considered as relevant to carry out this research work.

The purpose of this bibliographic review is to clarify the meaning of non-suicidal self-injury as a response to anxiety, providing updated information, in order to facilitate the understanding of the patient, the reduction of social stigma and find a way to improve care and treatment.

We will focus on topics such as risk factors, psychopathology, and the influence of certain social and environmental factors.

We will end up with some ideas to enhance patients’ care and reviewing current therapies to propose improvements and updates to reduce the distress associated with self-injurious behaviors.

Keywords

Non-suicidal self-injury (NSSI)

Self-destructive behavior

Confrontational mechanism

Distress

Review

Treatment

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Evolución ANS

El interés clínico por las conductas autolesivas se despertó en la década de los 30 del siglo pasado, destacando la figura del psicoanalista Karl Menninger.

En 1938, Menninger intentó por primera vez en su libro “El hombre contra sí mismo” utilizar el término *automutilación* para describir una nueva forma de *suicidio atenuado*. La autolesión en aquel momento era considerada como una solución a medio camino entre la inacción y el suicidio, para las personas con impulsos autodestructivos.

Menninger postula la automutilación como una estrategia, una compulsión que consigue estabilizar la ansiedad de los sujetos. Posteriormente, la conducta autolesiva comenzó a entenderse como un intento de suicidio, independientemente de la existencia o no de intención letal. No obstante, algunos autores expresaron disconformidad con el enfoque, señalando que la mayoría de los sujetos con comportamientos autolesivos no tenían intención de suicidarse.

El debate se evidenció en la evolución de la terminología empleada en la literatura, dando lugar a diversidad de conceptos como *automutilación*, *parasuicidio*, *autolesión deliberada*, o *autolesión deliberada no fatal* (1,2). Con el paso del tiempo, diversos autores argumentaron la definición de la autolesión como una entidad con diagnóstico propio. Se intentó definir este comportamiento sin éxito, debido al hecho de que se pretendía incluir el intento de suicidio en su propia definición.

En 1970 algunos teóricos británicos iniciaron investigaciones sobre las conductas automutilantes, defendiendo que estos comportamientos debían pertenecer a una entidad independiente, recalando su gravedad y la presencia de una alteración psicológica asociada a ellas, así como la presencia de un importante riesgo activo para la vida de estos sujetos.

Al inicio de la década de los 80, Pattison y Kahan proponen el *síndrome de autolesión deliberada*, que se caracteriza por la incapacidad de impedir el impulso

autolesivo, la presencia de un previo estado negativo, y un estado positivo de alivio posterior.

Algunos años más tarde, Favazza y Rosenthal sugirieron la inclusión del *síndrome de autolesión repetitiva* en el “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM) sumando a la anterior definición la preocupación por el daño físico (3).

Ya en el año 2005, Muehlenkamp enfatizó la ausencia de motivos suicidas y su inquietud por la naturaleza repetitiva del comportamiento (4) y más recientemente, en 2009, Shaffer y Jacobson exponen razones para la clasificación independiente de la autolesión, incluyendo la asociación de la conducta con un deterioro funcional y clínico, y la evidencia de que no debe entenderse como sintomatología del trastorno límite de la personalidad (TLP). Se establece una diferencia importante entre las definiciones de suicidio y autolesión. Asimismo su identificación como entidad diagnóstica propia, verá favorecida su investigación posterior, siendo importante para profundizar en su comprensión (1,5).

Por último, en 2013, y debido a la universalidad y gravedad del comportamiento así como al aumento de su prevalencia, la autolesión no suicida (ANS) se introdujo como un diagnóstico específico en el DSM-5 como condición que requiere más estudio.

1.2. Concepto

Se entiende por ANS cualquier comportamiento que cause destrucción leve-moderada de la superficie corporal, provocando sangrado, hematomas o dolor, y sea deliberado, autodirigido, directo y sin intencionalidad suicida (6).

El término **deliberado**, alude a la voluntariedad de la acción, y por tanto no se consideraría ANS si ocurriese de forma casual. El concepto **autodirigido** hace referencia a que el comportamiento se manifiesta en el mismo individuo, y por tanto la definición no incluye ninguna acción sobre otra persona. La palabra **directo** indica que la lesión física debe ocurrir inmediatamente después de la conducta. Finalmente, la **falta de intención** suicida indica que el propósito no es la muerte en ningún caso.

Los métodos descritos incluyen cortar, quemar, morder, rascar o golpear. El método más referido es el corte, representando más del 70% de los casos, aunque la mayoría de los individuos declaran utilizar varios métodos simultáneamente.

Las zonas corporales más frecuentemente lesionadas son los brazos, las piernas, las muñecas y el estómago (1,6).

Con la nueva definición de ANS se excluyen del diagnóstico conductas que anteriormente podrían haberse considerado como tal.

Planteamos como ejemplo el auto envenenamiento. En este caso no se cumple el tercer requisito (debe ser manifestado de forma directa) ya que ingerir la sustancia no causará un daño inmediato.

Se excluyen también comportamientos como morderse los labios o las uñas, arrancarse costras o pelo pues no causan destrucción tisular, y en el caso que lo produjesen, estarían justificados con diagnósticos independientes como puede ser la tricotilomanía.

También podrían plantear conflicto determinadas estereotipias (por ejemplo repetidos golpes en la cabeza) que quedan excluidas por su alta frecuencia, y mayoritariamente porque atribuye funciones distintas a las que se relacionan con la ANS.

Por último cabe mencionar conductas como el consumo abusivo de alcohol o drogas, prácticas de riesgo, o trastornos de la conducta alimentaria. Si bien estas conductas sí acarrearán daño físico, no se incluyen en el diagnóstico de Autolesión No Suicida porque la producción del daño no es la motivación primaria de estos comportamientos, siendo además indirectos (2).

1.3. Criterios diagnósticos

Investigaciones recientes sobre la ANS avalan que un alto porcentaje de los individuos con conductas autolesivas no suicidas cumplen los criterios propuestos por el DSM-5 (7).

Tabla 1 – Criterios propuestos según el DSM-5

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ANS	
A	<p>En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionalmente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p. ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir no hay intención suicida).</p>
B	<p>El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo. 2. Para resolver una dificultad interpersonal. 3. Para inducir un estado de sentimientos positivos. <p>Nota: El alivio deseado se experimenta durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.</p>
C	<p>Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocritica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo. 2. Un periodo de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto 3. Pensamientos acerca de auto lesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.
D	<p>El comportamiento no está aceptado socialmente (p.ej., <i>piercings</i>, tatuajes parte de un ritual religioso cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.</p>
E	<p>El comportamiento y sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
F	<p>El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas.</p> <p>El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p. ej., trastorno psicótico trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía, trastorno de escoriación).</p>

Fuente: Criterios diagnósticos propuestos para ANS por la Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. Página 853.

En una muestra comunitaria de 3.097 adolescentes suecos (8) se observó que el 6,7% de los individuos cumplían estos criterios, mientras que en una muestra de adolescentes hospitalizados la prevalencia ascendía al 50% (7).

A continuación se comentan los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-5 para el trastorno por ANS.

1.3.1. Criterio A

En una muestra formada por pacientes jóvenes y adolescentes, tanto hospitalizados como ambulatorios, se observó que el 85,5% cumplían el criterio A durante más de 5 días (9). También se encontró que tanto en una muestra de pacientes ambulatorios como en otra muestra comunitaria de pacientes reincidentes se alcanzaba una tasa de cumplimiento que superaba el 76% (5,10–12), mientras que esta bajaba al 20.8% en otra muestra comunitaria formada exclusivamente por pacientes adultos (5,13).

Entre aquellos jóvenes que cumplían los criterios de Autolesión No Suicida según el DSM-5, el 73,7% se autolesionó al menos 11 veces durante los últimos doce meses y, el 26,3% entre 5 y 10 veces, siendo sensiblemente mayor el número de chicas que el de chicos que habían reincidente al menos en cinco ocasiones (5,8).

En un estudio realizado por Lengel y Mullins-Sweatt (14) se investigó si los criterios de ANS podrían tipificar los síntomas de los pacientes estudiados. Por medio de una encuesta a 119 personas del colectivo médico relacionado, se halló que el 85% consideraba como un comportamiento típico el realizar 5 repeticiones de la autolesión, y el 90% la ausencia de intención suicida.

1.3.2. Criterio B

Casi la totalidad de los adolescentes que padecen ANS (99,5%) declararon haberse autolesionado para intentar resolver dificultades interpersonales, aliviar sentimientos negativos, o autoinducirse sentimientos positivos (1,9,11). En los pacientes adolescentes hospitalizados se encontró una tasa similarmente alta de coincidencia en las declaraciones (87%) (5,9,11,15).

Por otra parte, el 71,9% de los médicos y expertos consultados consideró como típica la práctica de la autolesión no suicida persiguiendo una finalidad (14). En un estudio

diferente, se observó que el ratio de cumplimiento del criterio B era mayor en los adultos jóvenes (79%) que en el del resto de adultos (66,4%) de la muestra (13).

De entre los tres subcriterios B, el primero de ellos (B1), que consiste en aliviar sentimientos negativos, se considera como el que se presenta con más frecuencia en las prácticas autolesivas no suicidas (1,6,16), llegando a cumplirse en un 97% de los casos en pacientes ambulatorios jóvenes y adolescentes (10). A destacar que este criterio se cumple con mayor frecuencia en las chicas que en los chicos (5,17).

El segundo criterio (B2), consistente en intentar resolver problemas interpersonales mediante ANS es bastante más visible en muestras que incluyen adolescentes (9) que en aquellas que solo incluyen de adultos (13). Como contrapunto, encontramos que el criterio B3, que trata de autoinducir sentimientos positivos, es mucho menos frecuente entre los adolescentes (9).

A destacar que según uno de estos estudios (9) muy frecuentemente las personas que cumplen con el criterio B también cumplen con el C, siendo raras las excepciones a esta regla.

1.3.3. Criterio C

El criterio C1, que describe las dificultades interpersonales y los sentimientos negativos que aparecen justo antes de la conducta autolesiva como el principal desencadenante de la misma, está presente en casi todos los casos y se cumple para más del 97% de los adolescentes analizados (5,8,9,15), e incluso para la inmensa mayoría de los casos que no cumplen la totalidad de criterios de ANS (5,9). En este mismo estudio se verifica también un alto grado de cumplimiento de los criterios C2 y C3.

Los desencadenantes psicológicos se encuentran con mayor frecuencia en las chicas que en los chicos (5,8,17). El criterio C1 se considera un síntoma típico para el 87.5% de los médicos encuestados, mientras que los criterios C2 y C3 alcanzan valores más bajos (14). Análogamente, según otro estudio similar el criterio C1 se cumplió en el 89.7% de los casos, mientras que el C2 tan sólo se encontró en algo menos de la mitad de los casos (15).

1.3.4. Criterio D

El criterio D, que se define como comportamientos no aceptados socialmente, se encuentra presente con una alta tasa de cumplimiento. En un estudio sobre una muestra de adultos jóvenes, se verificó que el 91% de las chicas con comportamientos autolesivos no suicidas lo cumplían (13), y el 88% de los médicos y expertos consultados lo consideraban como un síntoma típico (14).

1.3.5. Criterio E

Trata sobre el malestar clínico provocado por las autolesiones, o por las interferencias en el funcionamiento diario. Este criterio no se cumplió en el 43% de las personas de una muestra de adultos jóvenes (10). Los analistas consideran este criterio como difícil de evaluar debido a que los autolesionados no consideran la autolesión como un malestar sino como una ayuda a su situación.

Entre los adolescentes con ANS un alto porcentaje, 76.8% (8) y 69.2% (15), declaró haber sufrido malestar clínico a causa de este comportamiento. Sin embargo, a la pregunta de si los adolescentes deseaban ayuda para sus autolesiones, un 79,5% contestó afirmativamente (15).

En una muestra de adultos, el 8,8% afirmó tener interferencias en su funcionamiento diario, mientras que el 60,8% deseaban dejar de autolesionarse (13). Las interferencias más comunes se dan en la vida académica y social (17), en las relaciones interpersonales y el colegio y en el tiempo libre (15).

El criterio E se manifiesta con mayor frecuencia en las chicas que en los chicos (8), y tiene menos de un 50% de apoyos como síntoma tipificado (14).

1.3.6. Criterio F

El criterio F expresa que el comportamiento no aparece exclusivamente durante episodios psicóticos (entre otros), y en una muestra de adultos jóvenes se observó en el 80% de ellos (12), mientras que en otra muestra de adolescentes se observó en el 98,2% (9).

Cabe destacar que en muchos de los estudios que utilizan métricas auto declaradas, no se evaluó este criterio de forma directa.

1.4. Epidemiología

Históricamente las autolesiones no suicidas se han considerado un fenómeno poco frecuente, y sobre todo asociado a algún otro trastorno. Por el contrario, el punto de vista actual es opuesto. Se ha observado un importante incremento en su prevalencia, generando un problema de salud pública.

Cuando se comenzó a estudiar la ANS a principios de la décadas de los 80 la prevalencia se situaba en un 0.4%. Alrededor de 1990 la prevalencia ya había subido a un 0.75% (6). Varios autores objetivan que el 4% de la población general presenta antecedentes de ANS (6).

Sin embargo, es importante recalcar que debido a la falta de estudios hay gran diversidad de resultados en los datos de prevalencia de este diagnóstico. Las muestras analizadas resultan muy heterogéneas respecto a método de recogida de datos o los periodos vitales analizados contribuyen a esta gran variabilidad.

1.4.1. Infancia

La prevalencia de la ANS en la infancia es baja. Suele asociarse a otros diagnósticos, con más frecuencia a la esquizofrenia. También está relacionado con el síndrome de Gilles de la Tourette o Lesch-Nyhan, así como formas graves de autismo o retraso mental (6).

Pese a que no existen estudios en niños menores de 12 años, los individuos que han participado en estudios de adolescentes o adultos refieren entre un 5,1% y un 24% que comenzaron estas conductas antes de los 11 años (6).

1.4.2. Adolescentes y adultos jóvenes

Las etapas vitales con más prevalencia de comportamientos autolesivos son sin duda la adolescencia y la edad adulta, a pesar de que como hemos comentado, los datos obtenidos en muestras son muy variables y por tanto resultan en datos con amplios intervalos de prevalencias.

Diferentes estudios de diversos lugares del mundo aproximan que entre el 13-45% de adolescentes se infligieron autolesiones en algún momento de su vida. Asimismo, en adultos jóvenes se describen entre un 5-35% de los individuos.

En España, resalta la escasez de estudios epidemiológicos. Los datos sugieren que el 32,7% de los individuos en una muestra de estudiantes de entre 18 y 30 años habían mostrado conductas autolesivas a lo largo de su vida. De la misma forma, el 68% de ellos, había sufrido algún episodio en el último año (6).

Hasta el momento, pocos son los estudios que han estudiado la prevalencia de ANS de acuerdo a los criterios citados en el DSM-5. Zetterqvist analizó este aspecto en una muestra de adolescentes de entre 15 y 17 años. Observó que aunque el 35,6% de los participantes se autolesionaba en el último año, únicamente el 6,7% de ellos cumplía los criterios diagnósticos propuestos para ANS en la última edición del DSM-5 (5,6). Por otro lado, tal y como cabría esperar en muestras clínicas, la prevalencia aumenta hasta el 40-60% en pacientes ingresados (18). Asimismo, el 21,7% de adolescentes españoles tratados ambulatoriamente reportan conductas autolesivas a lo largo de su vida (6).

Este fenómeno podría explicarse por dos motivos. La primera y más probable explicación es que estas conductas se observen en contexto de alguna comorbilidad psiquiátrica. La segunda propuesta sería que la ANS “se contagie” en un contexto hospitalario (6,19).

1.4.3. Adultos

A pesar de que parece que la letalidad de la ANS es mayor en la población adulta (16), la escasez de estudios en este rango de edad imposibilita la estimación adecuada de la prevalencia, viéndose además muy sesgada por distintos motivos (20), como la falta de conocimiento de la existencia de estos comportamientos en la población adulta, mayor predisposición a ocultar estas conductas, o la falta de representación debido a la ausencia de demanda médica que los estudios acuñan al estigma social (21).

En muestras comunitarias en adultos de entre 19 y 92 años se objetivó una prevalencia de ANS del 5,9% a lo largo de su vida y del 0,9% en el último año (7).

1.5. Trastornos psiquiátricos y autolesiones

Se han descrito autolesiones en el contexto de diversas patologías mentales. Aunque en la mayoría de estos trastornos la ANS se observa como un fenómeno transdiagnóstico, en el caso del trastorno límite de la personalidad las autolesiones se describen como un criterio diagnóstico en el DSM-5. A continuación se exponen los trastornos donde observamos coocurrencia con autolesiones no suicidas.

1.5.1. Trastorno de la personalidad límite

La característica esencial del trastorno límite es un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una notable impulsividad que comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos (22).

Las personas que sufren TLP realizan esfuerzos frenéticos para evitar abandonos reales o imaginados. La percepción de alteraciones en su estructura externa desemboca cambios en la autoimagen, el afecto, la cognición y el comportamiento. Son personas muy sensibles a las circunstancias ambientales, sienten miedo excesivo al abandono e ira inapropiada incluso cuando se enfrentan a separaciones de tiempo limitado o cambios ineludibles en planes. El miedo al rechazo se relaciona con intolerancia a la soledad.

Las personas con este trastorno tienen un patrón de relaciones inestables e intensas. Pueden idealizar a los cuidadores o amantes demasiado pronto, además de exigirles muchas responsabilidades. De la misma forma, suelen cambiar rápidamente de idealizar a devaluar a las personas.

La identidad de estas personas puede verse alterada por una autoimagen inestable muy acusada y persistente. Suelen modificar repentinamente opiniones y proyectos personales tales como valores, amigos o profesión.

Aunque generalmente los individuos tienen una percepción de sí mismos dañina, en ocasiones sienten que no existen en absoluto, sobre todo en situaciones en las que sientan que carecen de relaciones significativas, cuidados o apoyo.

Tabla 2 – Criterios diagnósticos de TLP según el DSM-5

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE	
Criterios diagnósticos	
Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:	
1	Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el criterio 5).
2	Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3	Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4	Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p.ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el criterio 5).
5	Comportamiento, actitud, o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
6	Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p.ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7	Sensación crónica de vacío
8	Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira. (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9	Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés, o síntomas disociativos graves.

Fuente: Criterios diagnósticos para TLP por la Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

Las personas con TLP manifiestan gran impulsividad en áreas potencialmente dañinas para ellos mismos, como el juego patológico, gastos irresponsables, atracones o consumo de sustancias de abuso. Sus esfuerzos para evitar el abandono pueden incluir actos impulsivos como la autolesión o los comportamientos suicidas, que se describen como el quinto criterio diagnóstico en el DSM-5.

Los individuos con TLP muestran inestabilidad afectiva debida a la reactividad de su estado de ánimo. La disforia anímica que suelen experimentar se debe a menudo a periodos de ira, pánico o desesperación que raramente alivian con bienestar o satisfacción, que reflejan la extrema reactividad ante estresores interpersonales (22).

Tienen dificultad para controlar la ira, así como para expresarla de manera apropiada. Se manifiestan con sarcasmos, con resentimientos prolongados y explosiones verbales. Tales expresiones de ira desembocan en sentimientos de vergüenza o culpa, que a su vez contribuyen a reforzar el pensamiento de que son malos.

Durante los periodos de estrés puede aparecer tanto ideación paranoide transitoria como síntomas disociativos, pero generalmente son de gravedad o duración insuficientes como para justificar un diagnóstico adicional (22).

La prevalencia del TLP se estima en un 1.6%, pero podría ser tan elevada como un 5.9% (22).

1.5.2. Depresión mayor

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por episodios de tristeza y pérdida del interés o placer en casi todas las actividades durante al menos dos semanas de duración, y remisiones interepisódicas. Los pacientes sufren también cambios en el apetito o peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para pensar, concentrarse, o para la toma de decisiones, así como pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio (22).

La prevalencia es aproximadamente del 7% con notables diferencias entre grupos de edad, de modo que la prevalencia entre los 18 y 29 años es tres veces mayor que en pacientes de 60 años o más (22).

1.5.3. Trastorno bipolar

Se caracteriza por una desregulación del estado de ánimo, con cambios cíclicos entre la depresión y la manía, pasando por períodos de remisión llamados eutimia. Definido por la presencia de uno o más episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos (22).

Existen dos tipos principales, el trastorno bipolar tipo I y el tipo II. El tipo I está caracterizado por episodios de manía y depresión, y el tipo II presenta episodios de hipomanía y depresión. La distinción principal entre ambos es la severidad de los síntomas maníacos. La manía causa impedimento severo en la funcionalidad, incluye síntomas psicóticos, y muchas veces requiere de hospitalización. En contraste, la hipomanía, no es lo suficientemente severa para causar deterioro significativo en la funcionalidad laboral y social. Se describe también el trastorno ciclotímico, el cual implica episodios recurrentes de hipomanía y depresión subclínica.

Los síntomas de este trastorno pueden causar daño en las relaciones interpersonales, nivel bajo de funcionamiento en el estudio o en el trabajo, y puede culminar con el suicidio.

Con respecto a la epidemiología es una enfermedad común. La prevalencia de todos los trastornos bipolares es del 4% (1% el TB tipo I) (22).

1.5.4. Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta o comportamiento alimentario (TCA) se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento alimentario, con deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial de la persona que los padece.

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, miedo a ganar peso y una alteración de la percepción en la forma o tamaño del cuerpo. Aparece con mayor frecuencia en chicas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque también pueden verse afectados hombres adolescentes y jóvenes, así como niños preadolescentes o mujeres maduras. La media de edad de aparición está en los 18 años, un 40-50% se recuperan y un 5-10% fallecen por esta enfermedad (22).

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que lleva

al enfermo a adoptar medidas compensatorias extremas. La distribución por edades y sexo es similar a la anorexia nerviosa, aunque su edad de presentación es ligeramente más tardía.

Los TCA representan la tercera causa de enfermedad crónica en adolescentes. Afectan fundamentalmente al sexo femenino (relación hombre/mujer de 1/9), de manera que alrededor de un 4% de las mujeres jóvenes sufre algún tipo de TCA. Son más frecuentes en personas de clase social media y alta, y el grupo de edad más afectado se sitúa entre los 12 y los 25 años, aunque el grupo de mayor riesgo es el de 13-18 años. La prevalencia de la AN y la BN en España está por debajo del 1%, y sobre el 3% el resto de los TCA (22).

1.5.5. Trastorno por consumo sustancias

Los trastornos por el uso de sustancias generalmente implican patrones de comportamiento en los que las personas continúan consumiendo una sustancia a pesar de experimentar problemas derivados de ello (22).

Las sustancias involucradas tienden a pertenecer a una de las 10 clases de fármacos que típicamente causan trastornos relacionados con sustancias:

- Alcohol
- Fármacos ansiolíticos y sedantes
- Cafeína
- Cannabis
- Alucinógenos (LSD, fenciclidina y psilocibina)
- Inhalantes
- Opiáceos (fentanilo, morfina y oxicodona)
- Estimulantes (anfetaminas y cocaína)
- Tabaco

Todas estas sustancias activan directamente el sistema de recompensa del cerebro y producen una sensación de placer. La activación provoca que la persona anhele intensamente la sustancia, y pueda incluso descuidar sus actividades normales para obtener y consumir la droga (22).

Existen cuatro variantes en los criterios para el diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias (22):

- La persona afectada no puede controlar su uso de la sustancia.
- La capacidad de la persona para cumplir con sus obligaciones sociales se ve comprometida por el uso de la sustancia.
- La persona utiliza la sustancia en situaciones en que hacerlo supone un peligro físico.
- La persona muestra signos físicos del uso de la sustancia y/o dependencia de la misma.

1.5.6. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

El trastorno de déficit de atención/hiperactividad se caracteriza por lapsos de breve o escasa atención y/o actividad excesiva y una impulsividad inadecuada para la edad del niño que afecta su funcionamiento o su desarrollo (22). Los pacientes presentan sobre todo dificultades en la atención prolongada, la concentración y la capacidad para completar las tareas.

El trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo (22). Aunque los niños con TDAH a menudo se comportan de manera hiperactiva e impulsiva, el TDAH no es un trastorno de conducta.

Según el DSM-5 existen 3 subtipos de TDAH según predomine la falta de atención, la hiperactividad/impulsividad o una combinación de ambas.

2. JUSTIFICACIÓN

El motivo de este estudio es dar una visión completa y actualizada de las Autolesiones No Suicidas (ANS).

Hasta muy recientemente, las conductas autolesivas y el suicidio se entendían como comportamientos indiferenciados. Aunque la ANS sí se considera un factor de riesgo de conductas suicidas, no tienen la misma finalidad. Asimismo se tendía a examinar la ANS como sintomatología asociada en el contexto de alguna otra patología psiquiátrica.

Gracias a los estudios realizados en los últimos años, se ha comenzado a entender la ANS como una condición aislada. Con los avances respecto a la definición de este nuevo diagnóstico específico vemos potenciados los progresos en su investigación y su comprensión, llegando así a concluir dicho estudio con posibilidades de tratamiento más apropiadas y pudiendo así proporcionar cuidados de calidad.

Como hemos comentado anteriormente, la ANS constituye un problema de salud pública y por tanto apremia su estudio por diversos motivos. Entre ellos encontramos el importante aumento de su prevalencia, las tempranas edades de aparición, el gran estigma que las rodea y las cuantiosas consecuencias que acarrea.

Por otra parte, la gran incompreensión de este trastorno deriva del desconocimiento de sus funciones. Por este motivo suele interpretarse como comportamientos impulsivos, irracionales e incorrectos. Frente este entendimiento, es importante recalcar que los individuos que se autolesionan lo entienden mayoritariamente como vía de escape al dolor emocional.

Es importante entender la ANS como una conducta funcional. No todos los individuos que se autolesionan sufren un trastorno por Autolesión No Suicida. Se ha descrito una propensión a medicalizar este tipo de procesos, tendiendo a etiquetar en exceso como patológico determinados procesos angustiosos. Por consiguiente, podría estar silenciando el proceso subyacente de las autolesiones así como los posibles detonantes, siendo estos la diana del tratamiento.

Las personas que cometen actos lesivos describen sentirse juzgadas e incomprendidas cuando buscan ayuda sanitaria, empeorando y agravando su malestar.

Integrar una visión en la cual la ANS se entienda como una reacción a un estado emocional angustioso posibilitaría centrarse en el contexto generador del malestar, pudiendo así conseguir una calidad mayor en la atención y cuidados.

Los estudios revelan que los profesionales de la salud no reciben formación específica en materia de ANS. Sabemos que programas en capacitación específica resultarían realmente beneficiosos de cara a mejorar el pronóstico de los pacientes. Los estudios actuales concluyen que no hay evidencia de eficacia en los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos que se utilizan hoy en día en contexto de la ANS. Por este motivo es indispensable adoptar una perspectiva comprensiva, entenderla como una necesidad para aquellas personas que las ejercen. Es imprescindible por tanto tratar los focos del sufrimiento y ofrecer nuevas formas menos traumáticas de manejar el malestar.

En conclusión, las líneas de justificación expuestas nacen del desconocimiento, siendo esencial detectar los factores de riesgo precozmente y poder así fomentar un tratamiento preventivo. Recalcar también la importancia de incentivar la investigación en materia de ANS con la finalidad de mejorar la atención ofrecida.

3. HIPÓTESIS

Las Autolesiones No Suicidas (ANS) no son necesariamente sintomatología de otras patologías psiquiátricas sino que pueden constituir una entidad diagnóstica independiente, y su estudio en profundidad mejoraría su diagnóstico y tratamiento.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Estudiar la literatura de los comportamientos autolesivos con la finalidad de mejorar la definición de ANS y encontrar vías de atención médica especializada.

4.2. Objetivos específicos

1. Definir los factores de riesgo de la ANS con la finalidad de identificar los principales desencadenantes de las conductas autolesivas.
2. Analizar la frecuencia de las comorbilidades psiquiátricas en la ANS y discutir si implican causalidad o únicamente correlación con la conducta autolesiva.
3. Contrastar las diferencias y similitudes entre el suicidio y la ANS, así como identificar si las conductas autolesivas suponen un riesgo para el desarrollo de ideación suicida.
4. Explorar las distintas funciones de la ANS para entender la finalidad de las autolesiones.
5. Descubrir cómo interfiere el estigma que envuelve a la ANS, las redes sociales y los medios de comunicación en los pacientes que sufren autolesiones.
6. Examinar los tratamientos actuales y proponer nuevas terapias centradas en la prevención del daño y la psicoterapia con la finalidad de afrontar la raíz del sufrimiento que concluye con ANS.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Para el desarrollo del presente trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica, desde septiembre de 2020 hasta enero de 2021, en las fuentes y bases de datos de “*PubMed*” y “*Google Scholar*”.

En primer lugar, se realizó una búsqueda de los términos citados a continuación, en inglés y en español.

Tabla 3 – Lenguaje natural y descriptores utilizados en la búsqueda

LENGUAJE NATURAL	
ESPAÑOL	INGLÉS
Autolesión	Self-injury, self-harm
Prevalencia	Prevalence
Diagnóstico	Diagnostic
Tratamiento	Treatment
Experiencia	Experience
Perspectiva	Perspective
Estigma	Stigma
Prevención	Prevention
DESCRIPTORES	
ESPAÑOL	INGLÉS
Autolesión no Suicida (ANS)	Nonsuicidal self-injury (NSSI)
Comprensión	Understanding
Actitudes	Attitudes

Fuente: Elaboración propia

Inicialmente, se buscaron estos descriptores en “*PubMed*” de forma individual, con el objetivo de encontrar artículos para obtener una visión global del tema. A continuación, la búsqueda se hizo en el resto de los buscadores citados, con estos mismos términos

individualmente. Para finalizar, se buscó estos términos de forma combinada, obteniéndose así, la gran mayoría de los artículos utilizados.

Los operadores booleanos aplicados fueron “AND” y “OR”. El conector “AND” se empleó para la combinación de términos entre los que queremos encontrar una relación. El conector “OR” se utilizó para combinar palabras que puedan significar lo mismo, y por tanto localizar artículos que contengan cualquiera de los términos.

Posteriormente, los artículos encontrados fueron sometidos a criterios de inclusión debido al gran volumen de resultados obtenidos. Tras su aplicación, se preseleccionaron ciertos artículos gracias a la interpretación de su resumen. Fueron rechazados los artículos que no resultaban significativos respecto a las necesidades de esta revisión. Algunos de los criterios de exclusión utilizados serían estudios con poblaciones muy limitadas o específicas o artículos que se centraban en otras patologías.

Se definieron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos cuyo diseño son revisiones sistemáticas, meta-análisis y estudios clínicos y experimentales.
- Artículos publicados 2010 hasta 2020.
- Artículos publicados en inglés y en español.
- Artículos completos de acceso gratuito.
- Artículos que incluyesen las palabras claves de la presente revisión.

Las fuentes de información utilizadas para la obtención de los artículos son las bases de datos PubMed y Google Scholar.

Respecto a la metodología de búsqueda, se utilizó PubMed como principal base de datos y se introdujeron las combinaciones de términos expuestas en la siguiente tabla, con los consecuentes resultados.

Tabla 4 – Estrategia de búsqueda y criterios de inclusión

	Términos de Búsqueda	Criterios de Inclusión	Resultados	Selección
PubMed	Non-Suicidal Self-injury	Texto completo gratis 5 años Inglés y español	37	7
	NSSI AND Prevalence	Texto completo gratis 5 años Inglés y español	13	3
	Self-harm AND Understanding	Texto completo gratis 5 años Inglés y español	129	5
	NSSI AND Internet OR Facebook OR Instagram	Texto completo gratis 5 años Inglés y español	105	8
	Self-Injury AND Diagnostic	Texto completo gratis 5 años Inglés y español	217	4
	Self-Injury AND Treatment	Texto completo gratis 5 años Inglés y español	555	6
	Self-injury OR Self-harm OR Self-Mutilation AND Interventions	Texto completo gratis 5 años Inglés y español	581	13
Google Scholar	Autolesión No Suicida	10 años Cualquier idioma Palabras aparezcan en el título del artículo	280	11

Fuente: Elaboración propia

Se leyeron un total de 57 artículos seleccionados por el contenido del resumen o *abstract* gracias a la búsqueda sistemática. De todos los leídos, se seleccionaron únicamente 38 para citar en el trabajo, y se sumaron a ellos 4 de los 6 artículos facilitados por el tutor. En total se citan un total de 42 artículos en esta revisión bibliográfica.

La mayor parte de los artículos que han sido incluidos tienen una antigüedad no mayor a cinco años con la intención de basar este trabajo en información actualizada.

No obstante, también fueron seleccionados artículos publicados en un intervalo máximo de diez años atrás (2010) con la finalidad de disponer de ciertos documentos relevantes para abarcar el tema en su totalidad.

Asimismo, dos de las publicaciones utilizadas son anteriores al periodo de diez años por tratarse de referencias directas de estudios originales.

Todos los estudios incluidos han sido al menos una vez citados.

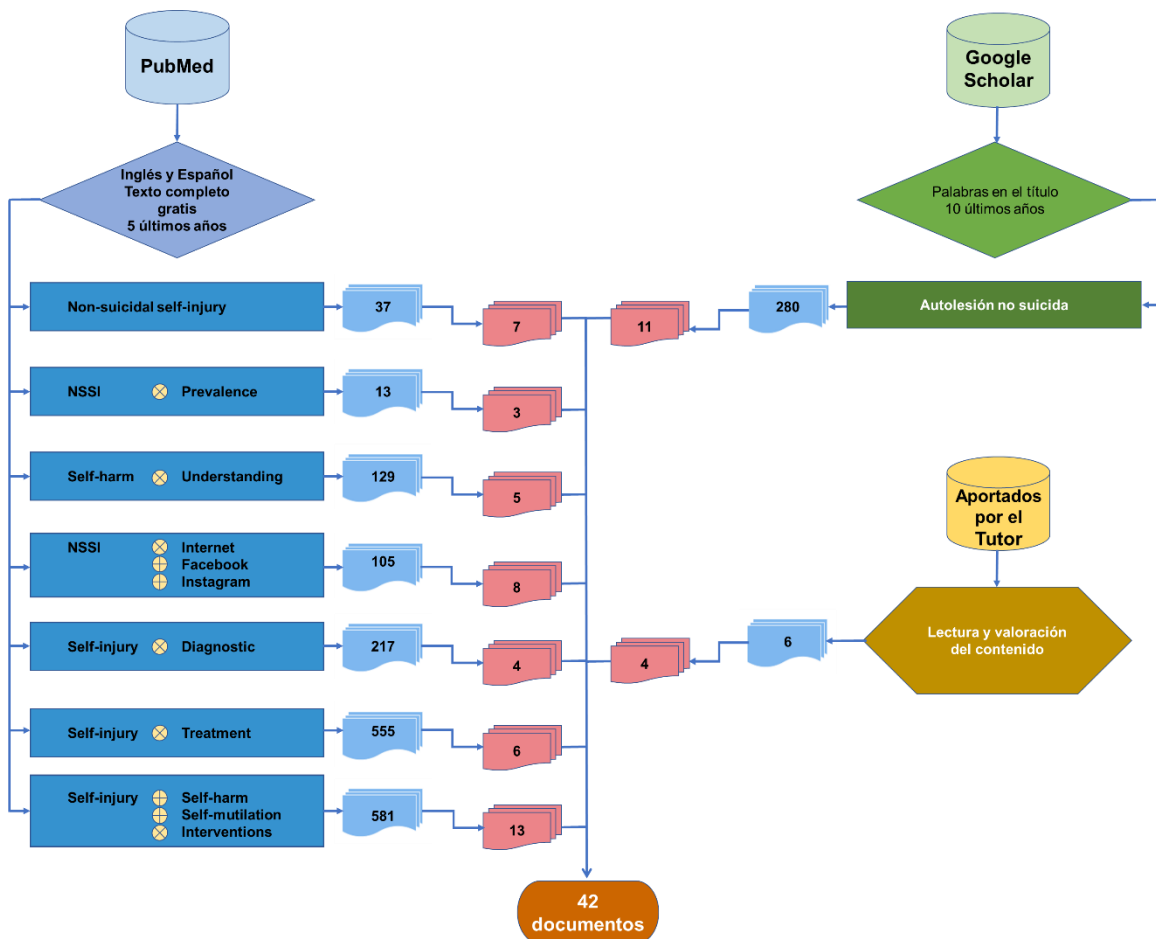


Figura 1 – Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica
 Fuente: Elaboración propia

6. RESULTADOS

6.1. Factores de riesgo

Se han estudiado diversos factores asociados al comportamiento autolesivo. Para estudiar la etiología de la ANS dividiremos los diversos factores en biológicos, psicológicos y sociales (20,23).

En la Figura 1, se desglosan los principales factores que se asocian a la ANS, y que se analizarán en detalle en posteriores apartados de esta revisión.

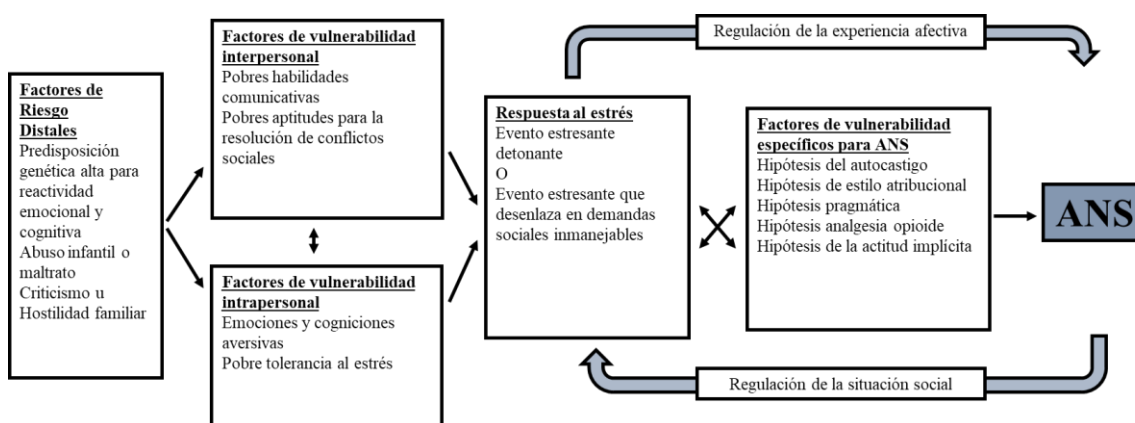


Figura 2 - Esquema del modelo integrado del desarrollo y mantenimiento de ANS

Fuente: Elaboración propia con referencia (23)

Los estudios sugieren que las autolesiones no suicidas son el resultado de la interacción entre factores de riesgo distales y proximales (23). Específicamente, los individuos que acumulan factores de riesgos distales (p.ej. el maltrato en la infancia), desarrollan factores de vulnerabilidad intrapersonales (ej. Emociones y cogniciones negativas) e interpersonales (ej. Habilidades comunicativas pobres). Estas vulnerabilidades dificultan a los individuos desarrollar una respuesta adaptativa a los factores estresantes, que combinado con otros factores de riesgo específicos, como podría ser la autocrítica y el autocastigo, aumentan la probabilidad de que estos individuos sufran autolesiones (2,23).

6.1.1. Factores biológicos

Las investigaciones centradas en los modelos biológicos que podrían afectar a las autolesiones no suicidas son relativamente escasas. Sin embargo, sí se ha conseguido demostrar que diversos sistemas neurobiológicos están involucrados en la patogénesis de las ANS.

Se ha observado que determinadas vulnerabilidades genéticas podrían estar implicadas en la conducta autolesiva.

En un estudio con una muestra de 195 pacientes adultos diagnosticados de depresión mayor se encontró que en los pacientes con trastorno de la personalidad límite e historia de abuso infantil, el alelo T de la proteína G beta-3 estaba asociado con el desarrollo de autolesiones repetitivas (24).

Asimismo, en un estudio realizado en USA con una muestra de más de 10.000 gemelos homocigóticos y dicigóticos se observó que la contribución de los factores genéticos en las ANS era de un 37% en hombres y de un 59% en mujeres. Los porcentajes complementarios se atribuyen a factores ambientales. Este estudio sugirió también que las influencias genéticas pueden ser solapadas en la transmisión de las ANS y la ideación suicida.

Por otra parte, según afirma la hipótesis neurobiológica, la autolesión podría ser resultado de una disminución en los niveles de los neurotransmisores.

Las mayores evidencias descritas se relacionan con bajos niveles de opioides endógenos. Entre sus funciones destacan la analgesia y la regulación emocional.

De esta forma, cuando los individuos se autolesionan, se liberan las endorfinas que genera este comportamiento, sustentando aún más su naturaleza adictiva.

Como se ha comentado previamente, las autolesiones no suicidas se caracterizan por una disminución de la sensibilidad al dolor. La teoría de la auto administración opioide propone que los individuos cometen autolisis con la finalidad de liberar péptidos de esta naturaleza. Los bajos niveles de opioides endógenos de manera crónica hiperestimulan los receptores, de forma que su efecto analgésico se potencia (24).

Los estudios que avalan estas hipótesis hallaron que los pacientes que se autolesionaban recurrentemente tenían niveles basales de opioides endógenos (betaendorfina y meta-enkefalina) más bajos en el líquido cefalorraquídeo que los individuos del grupo control (24).

Asimismo, el sistema opioide endógeno es un importante regulador emocional, de forma que podría también mediar en las funciones reguladoras de las ANS.

Específicamente, la literatura sugiere que la liberación de estos péptidos genera una respuesta placentera, justificando de esta forma las autolesiones con la finalidad de estimular su producción.

Estas afirmaciones aluden al modelo de la auto-adicción, donde el dolor que sufren por el daño físico autoinfligido genera a su vez un efecto analgésico que libera a los individuos de su malestar y ofreciendo además placer, y por tanto consolidando estos comportamientos (3,24).

Los comportamientos autolesivos también están relacionados con bajos niveles de serotonina, que se relaciona con hipoactividad de los núcleos del rafe (agregados neuronales que forman la columna medial del tallo encefálico), estructura encargada del control de los impulsos y la agresividad (2,24).

Cabe señalar que las investigaciones apuntan a que no hay una relación esclarecida entre la dopamina y la ANS (24).

Por último, el eje hipotalámico-pituitario-adrenal cuyas funciones están centradas en la respuesta sistémica al estrés, parece mostrarse alterado en las personas que sufren ANS. Adolescentes que se autolesionaban mostraron respuestas atenuadas a situaciones estresantes (25). Además, los estudios sugieren que los adolescentes que sufren autolesiones tienen valores matutinos más altos de cortisol, como un mecanismo preventivo del sufrimiento que puedan tener a lo largo del día (18). En concreto, se han hallado altos niveles de cortisol en saliva en ayunas en pacientes psiquiátricos con episodios autolesivos, en comparación con el grupo control de las mismas edades y sexos (18).

Es importante recalcar que existe una estrecha relación entre el sistema CRH-ACTH y las Betaendorfinas (26) regulándose de esta manera varios de los sistemas mencionados.

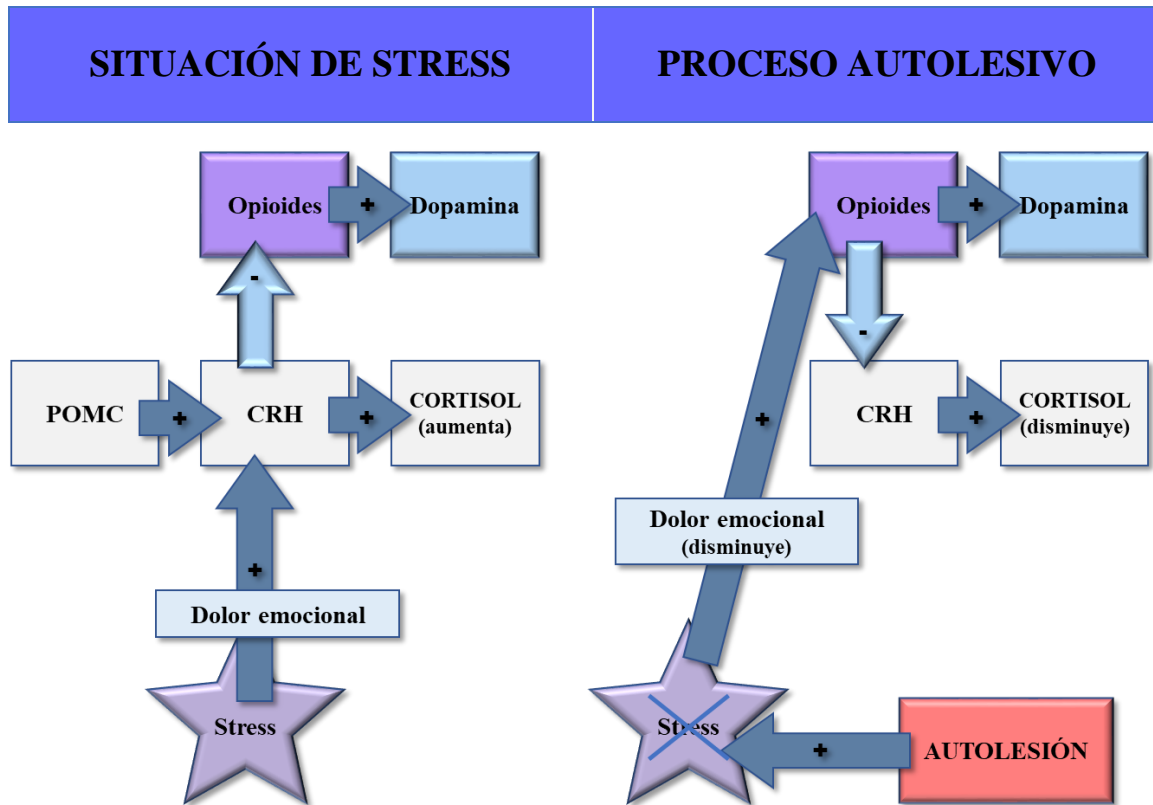


Figura 3 - Mecanismos neurobiológicos involucrados en la ANS
 Fuente: Elaboración propia con referencia (21)

Por tanto, desde el enfoque biológico se ha descrito la asociación de la autolesión con un desequilibrio orgánico.

No obstante, aunque ninguna teoría debería ser interpretada como la causa de estos comportamientos, sí hay evidencia de personas con mayor predisposición a la hipersensibilidad emocional, ya sea por mayor vulnerabilidad genética o biológica.

Centrándonos en este enfoque, se puede justificar también la relación entre las autolesiones y la sensación dolorosa. En estudios desarrollados en mamíferos en ambientes de privación de libertad se observó que los primates privados de cuidados de congéneres eran altamente susceptibles de desarrollar conductas nocivas (17).

Por otro lado, se ha estudiado que un 99,01% de los individuos que sufren de ANS presentan comorbilidades psiquiátricas. Estos datos apoyan la teoría que relaciona la conducta autolesiva con alteraciones neuroquímicas.

En resumen, existe una vulnerabilidad bioquímica en estos pacientes, que combinado a factores ambientales, podría concluir en una alteración en la nocicepción.

De esta forma, podrían generarse conductas de inadaptación en individuos sanos con incapacidad para reconocer estímulos dolorosos.

6.1.2. Factores psicológicos

Como hemos comentado con anterioridad, los individuos que sufren ANS suelen tener dificultades a la hora de gestionar sus conflictos internos. Se ha estudiado que estos pacientes tienen pobres recursos cognitivos, como pueden ser la tendencia valorarse negativamente, una autoestima baja, o frecuentes conductas evitativas.

Relatan sentirse incapaces de controlar ambientes en los que se enfrentan a dificultades interpersonales. Surgen conflictos también al intentar verbalizar los sentimientos, expresando sus emociones mayoritariamente mediante el llanto, y tratando a través de este mecanismo de evitar vacíos y desorientaciones emocionales (3).

Se ha estudiado la existencia de una alta relación entre las autolesiones no suicidas y la alexitimia, siendo estos pacientes individuos que muestran problemas para identificar el componente afectivo de las emociones, y por tanto su incapacidad para externalizarlas debidamente. Se ha relatado que esta correlación es proporcional, y por tanto a mayor grado de alexitimia, más frecuentemente se consuman las autolesiones (17).

Por otro lado, se han relacionado las autolesiones con la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria hasta en un 80,01%. En el caso de estos pacientes, la funcionalidad de las ANS es meramente herir su propio cuerpo, intentando incluso “hacerlo desaparecer”, puesto que desde su punto de vista supone el foco de su malestar.

En los principales estudios se revela la presencia de altos niveles de ansiedad justo antes de detonar la autolesión, además de presentar sentimientos depresivos y gran confusión. Justo durante la lesión comentan que experimentan paz, claridad e incluso relatan sentirse alegres. Después de cometer las autolesiones sienten calma (1).

Gran parte de los individuos que experimentaron conductas autolesivas relatan haber sentido una gran tristeza, parálisis emocional o ansiedad durante ese período vital

(1,3). En estos pacientes la autolesión sirve como mecanismo de defensa frente a estos sentimientos.

La ANS por tanto, sirve como vehículo para enfrentar los pensamientos negativos o bien para conseguir una percepción física de ellos mismos que pueda hacerles conscientes de su realidad. El objetivo de las personas que realizan autolesiones es obtener el control de su propio cuerpo y mente, poder expresar sus emociones, y transmitir sus apuros y necesidades.

La bibliografía afirma que es un importante determinante lo que en psicología se conoce como “estilo atribucional”. Dichos individuos atribuyen los fracasos a causas personales internas, estables y controlables y por el contrario los logros a causas externas e incontrolables (27). Esta teoría se relaciona estrechamente con personalidades pesimistas y desesperanza hacia el futuro y su situación personal de malestar, forjando un importante factor de riesgo para la ANS.

Múltiples estudios asocian la autocrítica y autoexigencia con las autolesiones (2,23). De entre los pacientes con historia previa de autolesiones, se observa una alta predisposición a recaer en individuos autocríticos (27).

Especialmente, los jóvenes que relatan “odiarse” tienen riesgo más alto de sufrir ANS. Además, la autoexigencia suele mediar y acentuar la asociación entre experiencias interpersonales negativas (sobre todo en el caso de experiencias parentales negativas o acoso escolar) con las autolesiones no suicidas (4).

La hipótesis de la autoidentificación o actitud implícita sugiere que con el paso del tiempo, los individuos que sufren ANS desarrollan una fuerte asociación entre las autolesiones y cómo se perciben a ellos mismos. El integrar la ANS como parte de ellos, lleva a los individuos a seleccionar este mecanismo en situaciones de estrés en lugar de nuevas estrategias adaptativas (23).

6.1.3. Factores sociales

Actualmente están descritos múltiples factores sociales asociados a la ANS. Como ejemplo, las personas que tienden a sentirse aislados física o mentalmente suelen recogerse en su mundo interior. Estos pacientes se caracterizan por ser extremadamente sensibles y tener dificultades para expresar sus emociones, siendo para ellos muy estresante la soledad.

Por este motivo describen tener la necesidad de autolesionarse para conseguir “liberar” sus emociones negativas. También se ha observado cómo algunas personas utilizan la ANS como mecanismo de protección tras sufrir algún rechazo (4).

El inicio y mantenimiento de la ANS está fuertemente influido por el ambiente social. Por otra parte, se registra un estrecho vínculo entre la ANS y las vivencias emocionales traumáticas, en especial procesos vividos en la infancia que hayan podido alterar el desarrollo. Estas vivencias se consideran indicadores de gravedad y de frecuencia de las autolesiones no suicidas (28).

Se han descrito una serie de factores en la infancia que influyen en la tendencia al desarrollo de ANS (1,18,23). Se citan a continuación:

- Haber sido víctima o testigo de abusos físicos y agresividad.
- Sufrir abusos sexuales y/o haber sido testigo de ellos en algún miembro de la familia.
- Vivir la muerte de algún familiar o alguna otra persona importante.
- Presión psicológica o intimidación por parte de figuras paternas.
- Sufrir desamparo o abandono por uno o ambos padres.
- Padre o madre alcohólicos.
- Ser hijo de padres discapacitados.
- Sufrir una enfermedad grave.
- Percatarse de haber sido fruto de un embarazo no deseado.
- Divorcio de los progenitores o discusiones continuas entre ellos.
- Atribuirse la responsabilidad de hermanos menores o familiares enfermos (28).

En adolescentes, la presión escolar resulta un factor importante para el inicio de las autolesiones, pues se ha confirmado que disminuyen durante el periodo vacacional (6).

Resulta complicado identificar claramente los perfiles de los individuos que sufren ANS, debido a que la mayoría de las veces estos comportamientos se ocultan.

Las personas que sufren ANS relatan que sus sentimientos de vergüenza y la necesidad de preservar su intimidad imposibilitan la búsqueda de ayuda profesional.

Aproximadamente el 30,5% de los adolescentes no consultan con profesionales con la finalidad de abordar este tema (1).

Factores Sociodemográficos	Autocrítica
	Impulsividad y reactividad emocional
	Falta de autoestima
	Agresividad
	Expresión de sentimientos pobre
Factores Psicosociales	Relación disfuncional paternal
	Maltrato infantil
	Bullying
Factores Psicopatológicos	Depresión, ansiedad
	Trastornos alimenticios
	Adicciones
	Trastorno límite de la personalidad
	Alexitimia

Figura 4 - Esquema de los principales factores de riesgo para ANS
 Fuente: Elaboración propia

6.2. Factores asociados

6.2.1. Sexo

Los estudios referidos a las diferencias entre sexos resultan inconsistentes respecto a la prevalencia. Tradicionalmente se afirmaba que las mujeres se autolesionaban más que los hombres (3,28), hipótesis que todavía avalan estudios actuales, reportando tasas de incidencia mayores en mujeres (8). No obstante, numerosos estudios afirman que no hay diferencias entre sexos (12,29), tanto en muestras con adolescentes como en muestras de adultos.

Los estudios que afirman que las mujeres se autolesionan más que los hombres objetivan que en el caso de los varones, tienden a expresar sus problemas con conductas agresivas, mentiras y robos, debido a la dificultad para comunicar emociones. Por el contrario, en mujeres se observan altos niveles de ansiedad que puede llevar al desequilibrio emocional y por tanto desencadenar autolesiones (5,6,8).

En cambio, sí hay diferencias descritas entre géneros respecto al método de las lesiones. La literatura muestra una mayor tendencia en mujeres a autolesionarse con métodos que impliquen sangrado, como puede ser cortes o rascados agresivos. Por el contrario, los hombres tienden a hacerse quemaduras o golpes (6).

6.2.2. Método, frecuencia y severidad

La mayor parte de los individuos que se autolesionan lo hacen con cortes (70-95%), utilizando objetos afilados como cuchillas y especialmente en antebrazos, abdomen y/o piernas. El siguiente método en frecuencia son los golpes (21-44%) y por último las quemaduras (15-35%) (3,23). Sin embargo, se observa que la mayoría de las personas que sufren autolesiones utilizan distintos métodos (23,30).

Se objetiva en la mayoría de las personas que la autolesión está planificada, y no es impulsiva (6). Los pacientes buscan estar solos cuando experimentan emociones dolientes o sufren una experiencia estresante (27). Contradictoriamente, gran parte de los individuos que se autolesionan comunican que no sienten dolor. Esto se explica por el modelo de habituación mediado por neurotransmisores que hemos comentado con anterioridad, y dificulta en muchas ocasiones el tratamiento de la ANS (6,31).

Respecto al análisis de la severidad de las ANS surgen dos cuestiones:

En primer lugar las evaluaciones varían dependiendo de si se incluyen o no los comportamientos autolesivos leves. Por ejemplo, tests como “*Functional Assessment of Self-Mutilation*” (FASM), “*Inventory of Statements about Self-Injury*” (ISAS), y “*Deliberate Self-Harm Inventory*” (DSHI) (2), emplean *checklists* de diferentes métodos leves de ANS como arrancarse costras, rozar la piel con superficies ásperas o pellizcarse. Estas medidas podrían captar representaciones más amplias de los comportamientos autolesivos, y pueden ser especialmente útiles en el entendimiento de riesgos futuros de desarrollar autolesiones más agresivas.

Sin embargo, la inclusión de estos comportamientos más “leves” podría sesgar los resultados de los estudios, observándose una prevalencia más alta de ANS que no se observarían utilizando otros tests.

En relación con lo anterior, algunas evaluaciones de la ANS incluyen comportamientos que podrían ser observados desde otras patologías. Un ejemplo sería cómo el cuestionario FASM incluye arrancarse pelo como una forma de ANS, en lugar de incluirlo dentro de la tricotilomanía. La escala ABASI (2) incluye también el ejercicio físico excesivo, cuando podría incluirse con más precisión en un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria.

En segundo lugar, el otro punto a estudiar es cómo definir la severidad generalizada. Algunos investigadores consideran el grado de daño incurrido en los tejidos corporales, mientras otros se centran más en la frecuencia de los comportamientos.

Aunque ambos factores son importantes, la falta de consenso sobre cómo definir y medir la gravedad se hace evidente en la diversidad de los tests empleados. Cabe recalcar que el número de métodos de lesiones utilizadas también se considera un factor de severidad (2).

En general, el cuestionario más completo y utilizado para medir la frecuencia y severidad de los comportamientos autolesivos es SITBI (*Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview*) (25) y siendo la versión española de este test la “Escala de pensamientos y conductas autolesivas” (EPCA).

6.2.3. Otros factores asociados

Respecto a la etnia de los individuos, la bibliografía no es concluyente. Algunos estudios sugieren que hay mayor riesgo en personas caucásicas (25) mientras otros afirman que la prevalencia es mayor en grupos racializados (32). En la mayoría de los estudios no se han encontrado diferencias basadas en razas o etnias (20).

Por otro lado, la prevalencia de ANS es elevada en adolescentes que cuestionan su sexualidad o se definen como *gays*, lesbianas o bisexuales (4,27,30). Los estudios también sugieren que la tasa de autolesiones es elevada en personas que se identifican como transexuales (27,30).

Para finalizar, algunos artículos mencionan determinadas conductas que podrían influir en el desarrollo de las ANS. Por ejemplo que su género musical favorito sea el rock o que frecuenten clubes nocturnos y discotecas así como tener un cociente intelectual elevado (27).

El sentimiento de pertenencia de ciertos grupos urbanos, como *emos*, *góticos* o *punks*, también parece elevar la prevalencia de autolesiones en estos grupos (6).

Las complicaciones en el parto se han asociado con la aparición de trastornos psiquiátricos. Por el contrario no se ha comprobado que se asocie con la ANS.

6.3. ANS, salud mental y comorbilidad

Aunque la patología psiquiátrica no es infrecuente en las personas que sufren ANS, la presencia de autolesiones no está necesariamente relacionada con la existencia de un trastorno mental.

La lista de trastornos en las que se pueden encontrar autolesiones es amplia y heterogénea. Se observa sintomatología compatible con ANS en trastornos alimentarios, depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno bipolar, trastorno por uso de sustancias y en especial el TLP (33). De esta forma la idea de las autolesiones como inherentes al diagnóstico de TLP debe rebatirse y plantearse como un fenómeno transdiagnóstico (21,33).

La literatura señala que la ANS está relacionada con determinados trastornos afectivos.

En 2007, Klonsky decidió estudiar la relación entre ANS y la depresión mayor, debido al importante aumento de la prevalencia de las autolesiones entre adolescentes, concluyendo que existe vinculación entre la depresión y la ANS (27).

En el caso del trastorno bipolar, se determinó que el 37% de los individuos que padecían este trastorno habían cometido autolesiones. Este fenómeno ocurre debido a que estos pacientes tienen mayor desregulación del estado anímico, tal y como se observa en las ANS (27,33).

En los trastornos de la conducta alimentaria, se observa también una alta prevalencia de autolesiones. Los pacientes que sufren TCA tienen dificultad para regular sus emociones (1,6,8). De esto podemos concluir que las autolesiones en estos pacientes sean del 21-59% (34). La proporción aumenta en la anorexia nerviosa tipo purgativo y en la bulimia nerviosa respecto a la anorexia nerviosa tipo restrictivo (7). Parece ser debido a que los dos primeros tipos están más asociados a la impulsividad.

En el caso del TDAH también se ve aumentada la aparición de ANS. En el subtipo combinado la frecuencia es más elevada (34).

Las conductas adictivas se caracterizan por una falta de control y perpetuación de estos comportamientos a pesar de sus consecuencias negativas. Entre estos trastornos, se

encuentran las compras compulsivas, el abuso de sustancias, el uso abusivo de internet el juego patológico, el ejercicio extremo y la búsqueda continuada de amor y sexo (6,34).

Es importante resaltar el abuso del alcohol, ya que parece que al igual que las autolesiones, intenta paliar los sentimientos negativos en los adolescentes (5,8,23).

Se estudió que las personas que sufren ANS no consideran que el alcohol solucione sus sentimientos dolorosos. Sin embargo, las personas con estos dos trastornos muestran niveles más altos de ansiedad y menor resistencia a las autolesiones (6,8,18).

No obstante, la atención de la mayoría de los estudios está centrada en la relación entre ANS y el trastorno límite de la personalidad o *borderline*. Esto es debido a que en las versiones anteriores del DSM, las autolesiones no suicidas únicamente se citaban como sintomatología del TLP. Es irrefutable que existe una gran asociación entre este trastorno de la personalidad y las autolesiones (1,5,6,8,23). La literatura señala que entre el 49-90% de los individuos que sufren TLP relatan haberse autolesionado.

Debido a la importancia de la coocurrencia entre ANS y TLP, se ha estudiado si existe relación usando los criterios diagnósticos desarrollados en el DSM-5 en individuos con y sin TLP (6). Estos revelan que el 52% de los pacientes que cumplen criterios diagnósticos de ANS también cumplen los de TLP. Recíprocamente, el 78% de los individuos que presentan un diagnóstico de TLP, cumplen también los criterios de ANS (6,26). Por consiguiente, la existencia de ANS es un importante predictor para el diagnóstico de TLP, pero ambas entidades constituyen diagnósticos independientes. Asimismo, se observa que el solapamiento diagnóstico entre estas dos entidades se asemeja en el observado entre TLP y trastornos depresivos, ansiedad o por abuso de sustancias (6,27).

6.4. Relación ANS y suicidio

La ANS se perfila como el factor de riesgo más claro para el suicidio, incluso más que por ejemplo síntomas de depresión o problemas en el ámbito familiar (6). Se ha estudiado que multiplica por 3 el riesgo de acto suicida en el futuro de los pacientes que sufren ANS (26).

La asociación entre ANS y el suicidio no depende del sexo ni la edad (8,23). En cambio, sí se observa un aumento del riesgo de suicidio si los pacientes se autolesionan

con frecuencia, si su historia de ANS es prolongada, si utilizan varios métodos diferentes y sobre todo si sienten alivio emocional inmediato y no dolor físico tras una autolesión (23,27,30).

Distintas hipótesis han sido propuestas con el fin de explicar la relación entre estas dos conductas.

La “teoría de la puerta de enlace” propone que el suicidio pudiera ser una exacerbación de las conductas habituales autolesivas. Es decir, describe la posibilidad de un espectro autolesivo, donde la divergencia entre los comportamientos se muestra en la severidad y letalidad de las lesiones (1,6,20,27).

Joiner propone la “teoría interpersonal del comportamiento suicida”, donde postula que el individuo que piensa en el suicidio debe ser capaz de ir en contra de su instinto de supervivencia (27,35).

Con estos datos, es importante asociar esta hipótesis a la “teoría de la capacidad adquirida para el suicidio”, donde se expone que la historia personal de ANS disminuye el miedo a la muerte y el dolor, de forma que la ANS son importantes para adquirir estas capacidades al haber experimentado estos individuos experiencias dolorosas de forma repetida, que serían necesarias a la hora de realizar un acto suicida (6,27).

En la siguiente tabla se exponen las principales diferencias observadas entre ANS y suicidio.

Tabla 5 - Principales diferencias entre ANS y suicidio

CRITERIOS	SUICIDIO	ANS
Intención primaria	Intención de muerte	Destrucción de tejidos corporales, preservar vida
Intención general	Escape del dolor emocional y la consciencia	Escape del dolor emocional convirtiéndolo en dolor físico
Funciones	Reducción de la tensión, sensación de alivio	Castigo, estimulación, gestión emocional, funciones en relación al ego y experiencias propioceptivas
Riesgo de muerte	Alto grado de mortalidad	Bajo grado de mortalidad
Número de métodos usados	Normalmente uno	Varios, incrementando la cifra con el paso del tiempo
Cronicidad	Raramente	A menudo
Dolor mental	Persistente e insoportable	Discontinuo
Estrechamiento perceptivo	Alto, suicidio se plantea como última alternativa	Bajo o ausente
Desesperanza	Constante, papel importante	Variable, no tan dominante
Disconfort	Se intensifica tras intento	Se reduce tras lesiones
Trastornos asociados	Trastornos psicóticos, trastornos afectivos, trastornos ansiosos, abuso de alcohol y sustancias	Desordenes de la personalidad, adicciones, Trastornos de la conducta alimenticia, Trastorno por estrés postraumático
Principal preocupación	Depresión, dolor emocional	Autoimagen negativa

Fuente: Elaboración propia

6.5. Funciones ANS

Las autolesiones no suicidas pueden comenzar y persistir debido a que constituyen una alternativa al dolor emocional de distintos factores psicológicos. Estos “motivos” o “funciones” pueden ser entendidas al examinar los factores y eventos que preceden a las autolesiones (antecedentes) y los factores que suceden inmediatamente después (consecuencias) (6,27).

Existen varias clasificaciones de las funciones, resaltando en la literatura dos de ellas. Nock y Prinstein proponen un modelo de cuatro funciones según dos dimensiones, que propone que las funciones primarias de las autolesiones pueden clasificarse en dos categorías dicotómicas (6,27):

- Refuerzos:
 - Los refuerzos positivos son la adición de estímulos deseables a estos comportamientos. Las autolesiones se mantienen porque estas conductas inducen en el individuo un estado placentero, generan atención de otros o se perciben como un castigo merecido.
 - Los refuerzos negativos eliminan estímulos indeseados o aversivos para los individuos. En este caso los comportamientos autolesivos se mantienen debido a que alivian las emociones negativas como ansiedad, tristeza o rabia, aliviando los sentimientos angustiosos como la autocrítica o la ideación suicida, o incluso elimina demandas sociales o circunstancias desagradables, como por ejemplo peleas en el seno familiar.

- Consecuencias:
 - Las consecuencias automáticas o intrapersonales de las autolesiones surgen de procesos internos, incluso a veces referidas como automáticas, y son generadas desde una perspectiva individual.
 - Las consecuencias sociales o interpersonales nacen de las interacciones con sujetos externos.

Basado en las categorías anteriores, se perfila la ANS como comportamientos basados y mantenidos por al menos una de las siguientes funciones primarias (1,6,27):

- 1) Función de refuerzo negativo intrapersonal: El comportamiento reduce o regula las emociones negativas o aversivas y sentimientos como la rabia, la tristeza o la ansiedad.
- 2) Función de refuerzo positivo intrapersonal: Las autolesiones generan sentimientos o pensamientos deseados, sentir aunque sea dolor, o experimentar satisfacción basada en el autocastigo.
- 3) Función de refuerzo negativo interpersonal: El comportamiento facilita un escape a demandas sociales consideradas indeseables o inaguantables.
- 4) Función de refuerzo positivo interpersonal: El comportamiento provoca una respuesta positiva desde otras personas, como atención o apoyo de la familia o amigos.

	Refuerzo Positivo	Refuerzo Negativo
Intrapersonal	Autolesión para generar el estado interno deseado (p.ej. "Para sentir algo, aunque sea dolor")	Autolesión para eliminar tensión u otras aversiones, estado interno (p.ej. "Para detener malos sentimientos")
Interpersonal	Autolesión para generar respuesta externa de las relaciones interpersonales (p.ej. "Para conseguir atención de los demás")	Autolesión para eliminar exigencias de las relaciones interpersonales (p.ej. "Para evitar el tener que hacer algo")

Figura 5 – Funciones primarias de la ANS.

Fuente: Elaboración propia con referencias (1,6,26).

La segunda clasificación fue descrita por Klonsky (27), quien propone los siguientes modelos:

- Modelo de regulación del afecto: se utiliza la ANS para reducir o eliminar un estado emocional negativo, como ira estrés o frustración.
- Modelo anti-disociación: uso de la ANS como respuesta a experiencias disociativas, de despersonalización o desrealización. A través de la lesión física, logran interrumpir estos episodios. Permite a estos individuos sentirse vivos y reales de nuevo, contrarrestando el entumecimiento y vacío.

- Modelo anti-suicidio: uso de la ANS como acto paliativo de sus pensamientos suicidas. Es un factor protector contra el suicidio.
- Modelo de autocastigo: se utiliza la ANS para expresar el odio hacia uno mismo. Reducen la vergüenza, decepción o culpa, que les hacía sentir que merecían un castigo.
- Modelo de límites interpersonales: la ANS sirve para delimitar el “yo”. Busca reafirmar la identidad personal y autonomía (1,6,27).
- Modelo de influencia interpersonal: a través de la ANS buscan influir en otras personas (6).
- Modelo de búsqueda de sensaciones: búsqueda de sensaciones intensas como euforia o éxtasis a través de la ANS.
- Modelo de autocuidado: uso de la ANS para encontrar consuelo, cuidado y curación a través de la lesión física (27,30).

Hasta el 90% de los individuos que sufren autolesiones expresan que la ANS les ayudan a regular y administrar emociones negativas (función de refuerzo negativo intrapersonal) (6). Por otra parte, las funciones interpersonales son respaldadas por un bajo porcentaje de pacientes, lo que ayuda a desmitificar la ANS como una búsqueda de atención (6,16).

En general, la ANS se asocia con más de una de las funciones descritas (6). Un mayor número de funciones asociadas se ha asociado a un incremento del riesgo de patología psiquiátrica asociada (16).

Es importante recalcar que la incomprensión de las funciones de la ANS conforma una importante barrera para ofrecer atención sanitaria eficaz (19).

Las autolesiones suelen entenderse como un comportamiento impulsivo. Al exponerse este punto de vista funcional, se convierten en una respuesta racionalizada a su estado anímico, proporcionando un mecanismo de defensa poco convencional (6,16,36).

6.6. Estigma

La ANS es un comportamiento mayoritariamente oculto, debido a su estigmatización. La principal consecuencia de este hallazgo es la falta de búsqueda de ayuda por parte de los individuos que la sufren (37).

Se distinguen el estigma estructural y el autoestigma. Dentro del estigma estructural se incluyen estereotipos, prejuicios y discriminación. En cambio la autoestigmatización es el proceso de internalización del estigma social, despertando en el paciente sentimientos de culpa, vergüenza o miedo.

El estigma generalizado que existe sobre las enfermedades mentales también incide sobre las ANS. Es importante recalcar el miedo por parte de los individuos a que su declaración acerca de estas conductas les etiquete de “enfermos mentales” o les derive a ingresar en hospitales de salud mental. Por otro lado se ha estudiado que el estigma se agrava en las patologías psiquiátricas en las cuales existe un peligro para la salud física, debido a la percepción social de asociación con la agresividad.

La estigmatización de los pacientes que sufren ANS tiene un gran impacto negativo, particularmente reduciendo la probabilidad de que revelen los comportamientos y busquen ayuda, al agravar sentimientos como la vergüenza o culpa, el miedo a la repercusión o la incompreensión (38).

La ANS constituye un importante problema de salud pública, y como tal requiere de intervenciones para eliminar el estigma, con la finalidad de reducir su ocultación y promover la búsqueda de atención médica especializada, la recuperación e integración adecuada (39).

6.7. Medios de comunicación redes sociales e internet

Las conductas autolesivas están fuertemente influenciadas por procesos de aprendizaje social e imitación, por lo que presenciar estas conductas en la televisión, internet o escuela, puede suponer un evidente factor de riesgo (40).

El interés de la comunidad científica se ha incrementado notablemente en los últimos años debido a la existencia de cierta controversia en la información disponible actualmente. Al año se realizan 42 millones de búsquedas en Google sobre terminología referida a las autolesiones (19).

Podríamos pensar que la información existente en internet podría resultar útil para los jóvenes que sufren ANS, ya que podría colaborar en el tratamiento, mejorar el aislamiento, y animar a la remisión. Por otro lado, podría normalizar en exceso estos comportamientos, estigmatizar o reforzar socialmente las autolesiones (36).

Se realizó un análisis de contenido de páginas webs que podían contener información sobre autolesiones, observándose que el 91,5% de las webs describen la ANS como un mecanismo de defensa, el 87,2% comentan que son “adictivas e imposibles de parar” y el 23,9% declaran que no tienen por qué ser dolorosas las autolesiones. En la gran mayoría de las páginas analizadas se proveía de material gráfico explícito (37).

En la misma línea se encuentra el papel de las redes sociales, en especial Instagram. Recientemente se realizó un estudio acerca de los *hashtags* que podrían relacionarse con la ANS, y se encontraron más de 32.000 imágenes con búsquedas simples. De estos resultados, el 10% eran imágenes de las heridas realizadas. Preocupa principalmente la edad media de los usuarios de estos *hashtags*, perfilándose en 14,8 años (38).

Es importante recalcar que los usuarios eluden la censura y control por parte de las aplicaciones sociales utilizando *hashtags* en clave, como por ejemplo “#cat”, que significa gato en inglés pero se pronuncia igual que “cortar” (41).

Tabla 6 – Estudios sobre la influencia de los medios de comunicación e internet en la ANS

Autor, año	Tipo de estudio	Aporte
<p>Jarvi S. et al. 2013 (19)</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plantea la teoría del “contagio social”, que afirma que la conducta autolesiva está influenciada por procesos de aprendizaje social e imitación. - Expone que observar estas conductas podría suponer un factor de riesgo para el desarrollo de ANS.
<p>Lewis S. et al. 2014 (36)</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las búsquedas en internet y redes sociales sobre ANS son frecuentes en todo el mundo, y están derivando en la propagación de información de baja calidad que difunde mitos sobre este trastorno. - Estos datos sugieren que los profesionales necesitan estar al corriente de la información disponible en la web con la finalidad de remitir a los pacientes y familiares a recursos online de calidad.
<p>Dyson M. et al. 2016 (37)</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los estudios identifican efectos tanto beneficiosos como perjudiciales para los jóvenes que utilizan las redes sociales para hablar de ANS. - Las interacciones con otros usuarios podrían ser valiosas para explorar un potencial beneficio terapéutico. - Se necesitarían estudios para identificar los daños a corto y largo plazo asociados a este uso de internet y redes.

Tabla 6 (Continuación) - Estudios sobre la influencia de los medios de comunicación e internet en la ANS

Autor, año	Tipo de estudio	Aporte
Lewis S.P et al. 2011 (38)	Revisión bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> - Aunque los sitios webs que hablan de ANS a menudo ofrecen apoyo a los pacientes, ciertos contenidos de estas páginas podrían tener riesgos como puede ser la normalización y refuerzo de la autolesión, así como “trucos” o metodología nueva. - Los usuarios de estas páginas fueron en un 78.9% mujeres.
Brown R.C et al. 2018 (39)	Estudio observacional	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza una amplia búsqueda en internet sobre ANS. - Se publican con frecuencia en Instagram imágenes explícitas de autolesiones. El refuerzo social que se puede encontrar en redes desempeña un papel importante en los cuadros más graves. - Las plataformas de redes sociales deben tomar las medidas adecuadas para prevenir la normalización de estos comportamientos. - La media de edad de los usuarios que buscan ayuda en Instagram se perfila en 14,8 años.
Moreno M. et al. 2016 (40)	Estudio observacional	<ul style="list-style-type: none"> - El contenido autolesivo es popular en Instagram y a menudo es oculto con <i>hashtags</i> confusos con el fin de evitar la censura de estas aplicaciones.

Fuente: Elaboración propia

6.8. Tratamientos actuales

Los estudios que abarcan los tratamientos para ANS enuncian una combinación de intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas.

La psicoterapia se centra en la adquisición por parte de los pacientes de habilidades de regulación emocional.

Son especialmente efectivas para reducir las autolesiones las siguientes terapias (42):

- Terapia cognitiva conductual (CBT): Entrenamiento de habilidades y actitudes para la resolución de problemas eficazmente.
- Terapia cognitiva asistida manualmente (MACT) (43): Integra la resolución de conflictos con terapias cognitivas en las que incluyen técnicas de afrontamientos y prevención de recaídas.
- Terapia dialéctica conductual (DBT): Combina exposición controlada con prevención de respuesta, entrenamiento en aptitudes y habilidades y técnicas de *mindfulness*.
- Terapia basada en la mentalización (MBT): Intenta aumentar el autocontrol y la regulación emocional mediante sesiones individuales y familiares.
- Psicoterapia focalizada en la transferencia.
- Psicoterapia deconstructiva dinámica.
- Terapia de movimiento de la voz.

Por otro lado, la farmacología que aborda la ANS se basa en los modelos neurobiológicos comentados anteriormente. Centrados en los sistemas opioide, dopaminérgico y serotoninérgico, consiguen proporcionar analgesia y por tanto liberar a los pacientes de las sensaciones angustiosas.

La mayoría de los tratamientos farmacológicos, van dirigidos a tratar los trastornos subyacentes más que la verdadera ANS, como pueden ser la sintomatología ansioso-depresiva. Se utilizan para ello, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), antipsicóticos atípicos e inhibidores de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (IRSN).

Respecto a la farmacología aplicada exclusivamente para paliar las ANS los antagonistas opioides se perfilan como la primera opción terapéutica, al bloquear la sensación positiva que producen los opioides cuando se cometen las autolesiones (41–43).

Por otro lado, se están viendo resultados muy positivos con el uso de antagonistas del receptor CRF1, debido a la asociación de las autolesiones con el sistema CRH-ACTH (41).

Como conclusión, la primera línea de tratamiento emplea las terapias cognitivo-conductuales, que educan al individuo en el control de sus emociones y resolución de problemas, quedando en segundo lugar el tratamiento farmacológico.

6.9. Nuevas estrategias: Reducción del daño

El manejo clínico actual de la ANS guía las intervenciones de los profesionales sanitarios para mantener la seguridad del paciente y detener las autolesiones. Para ello, se utiliza metodología restrictiva, como la eliminación de objetos cortantes o hirientes, la inmovilización, el aislamiento o la medicación.

Los profesionales comunican no estar satisfechos con los resultados que muestran estas intervenciones, expresando que son inapropiadas, ineficaces e incluso contraproducentes, pero comentan que no conocen otras alternativas (41).

Estas estrategias resultan ineficaces a largo plazo, debido a que únicamente cesan las autolesiones mientras los pacientes están recibiendo directamente la atención sanitaria, pero recaen cuando pierden el contacto con los profesionales de la salud (42).

A su vez, los profesionales reconocen que estas perspectivas no son ni realistas ni sostenibles, y que resulta muy complicado evitar las autolesiones en la práctica clínica (41).

Estas estrategias preventivas para la ANS no se ajustan a las necesidades de los individuos. Al evitar la ANS, los métodos restrictivos no satisfacen la urgencia de los pacientes de calmar sus sentimientos angustiosos. La mayoría de los pacientes refieren que su angustia aumenta cuando se les priva de la ANS (43). Estas terapias deterioran la relación médico-paciente, pues se asocia la atención sanitaria con la imposibilidad de paliar su sensación dolorosa, encontrándose sin herramientas para terminar el estado emocional angustioso (43).

Los profesionales objetivan que este método es contraproducente, pues el riesgo de nuevas autolesiones aumenta considerablemente. También se observa un cambio a métodos de lesión más agresivo y un aumento en la frecuencia (43).

Algunos estudios consideran estas intervenciones como no terapéuticas, pues repentinamente se suprime el único mecanismo de defensa de los pacientes, sin haberles proveído de alternativas para paliar su situación emocional (43).

Por último, la privación de las autolesiones, no permiten al paciente renunciar a estos comportamientos voluntariamente, intensificando la pérdida de control sobre sí mismo y reafirmando la sensación de incapacidad de paliar el dolor sin autolesión (43).

La alternativa que se propone es la denominada “reducción del daño”, recientemente aplicada en algunos países. Esta estrategia busca disminuir los efectos nocivos de los comportamientos autolesivos, como puede ser en el contexto de la drogodependencia terapias de mantenimiento con metadona, o proporcionar material adecuado (43).

En el caso de la ANS, acepta las lesiones como un método válido para afrontar la situación personal del paciente hasta que se consiga el desarrollo de nuevas habilidades de regulación emocional, reduciendo el riesgo y daño asociado a las lesiones. Esta estrategia incluye proporcionar instrumental seguro y limpio, así como la educación en formas seguras y cuidados para las lesiones posteriores (41).

Se ha observado una disminución en la incidencia, frecuencia y gravedad de las lesiones con la implantación de la reducción de daño. Se declara también un aumento de la toma de poder del paciente sobre su trastorno, promoviendo su autonomía y responsabilidad. En general los resultados están siendo positivos, desempeñando un importante papel en la recuperación (9).

Por otra parte, hay que tener en cuenta que esta técnica plantea un escenario ético-legal complejo. Actualmente, no existe marco legal que respalde este enfoque, ni guías de práctica clínica, así como para la elección de candidatos. Éticamente, predomina la intranquilidad frente a un posible aumento de la frecuencia y gravedad de la ANS, la carga psicológica de los profesionales, o la posibilidad de negligencia (25).

Es importante recalcar que la reducción del daño no se recomienda de forma rutinaria ni en todos los pacientes que sufren ANS. Es un mecanismo a corto plazo para educar a los individuos en el desarrollo de estrategias alternativas para afrontar y manejar su angustia, y cesar la ANS a largo plazo (42). Este enfoque requiere de más estudios para su regularización, evaluando exhaustivamente su seguridad y eficacia (43).

En conclusión, se debe priorizar el reducir la angustia emocional, trabajando sobre el origen del malestar que origina las conductas lesivas. Por tanto, actuando sobre los procesos que generan el estado negativo, estaríamos actuando sobre el nacimiento de la ANS (41).

Tabla 7 - Estudios que abordan la eficacia de los tratamientos actuales frente a nuevas terapias

Autor, año	Tipo de estudio	Aporte
Washburn J. et al 2012 (9)	Revisión bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> - La terapia cognitivo-conductual ofrece los mejores resultados en psicoterapia para ANS. - Las estrategias de contingencia de las lesiones mantienen y empeoran la ANS. - Interés creciente en los enfoques interpersonales, así como el entrenamiento de aptitudes para el manejo emocional, resolución de problemas y habilidades comunicativas.
Brown R. et al. 2017 (25)	Revisión bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> - Creciente evidencia de la efectividad de la psicoterapia como tratamiento de la ANS. - La terapia farmacológica, no se recomienda en el tratamiento de la ANS por falta de efectividad.
Murphy C. et al. (42)	Estudio transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Los tratamientos actuales están centrados en prevención y control de las autolesiones. Aunque nace del deseo de mantener la integridad física de los pacientes, se evidencia que puede tener el efecto opuesto por parte de los participantes. - Los sanitarios que trataron ANS con enfoques basados en las relaciones y recuperación evidenciaron el beneficio por parte de los pacientes y profesionales. - La formación específica en este ámbito por parte de los sanitarios se asocia con mejores resultados terapéuticos.

Tabla 7 (Continuación) - Estudios que abordan la eficacia de los tratamientos actuales frente a nuevas terapias

Autor, año	Tipo de estudio	Aporte
James K. et al. 2017 (43)	Estudio transversal	<ul style="list-style-type: none"> - La terapia de reducción del daño comienza a utilizarse en el ámbito hospitalario, objetivando beneficios potenciales. - La práctica clínica plantea cuestiones ético-legales complejas, y por tanto requiere de más evidencia científica para la evaluación de la seguridad, aceptabilidad y eficacia del enfoque terapéutico.
Thomas JB. et al. 2017 (41)	Estudio transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Aporta conocimiento sobre cómo los pacientes con historia de ANS responden a los enfoques de prevención de lesiones en el entorno hospitalario. - Los hallazgos indican que la privación de la autolesión conduce a un agravamiento de la angustia. Se observa también cómo las siguientes autolesiones son realizadas con métodos potencialmente más dañinos.

Fuente: Elaboración propia

7. DISCUSIÓN

En esta revisión bibliográfica se analiza cómo las conductas autolesivas aumentan su prevalencia, creando una nueva preocupación para la salud pública y especialmente para la salud integral de estas poblaciones, siendo los jóvenes especialmente vulnerables (1,6).

Cada vez se hace más evidente la necesidad de realizar una investigación exhaustiva sobre esta nueva entidad diagnóstica. El encubrimiento de estos comportamientos en el entorno y los prejuicios sociales que acompañan a este trastorno modelan esta entidad como un problema difícil de diagnosticar, y por tanto de tratar correctamente (6).

Los estudios avalan que no se ha concedido la atención apropiada a las conductas autolesivas. Estos comportamientos se perfilan como un gran factor de riesgo para futuros intentos de suicidio, además de convertirse en muchas ocasiones en la externalización de otros trastornos graves como TCA, depresiones o adicciones (1,5,6).

La diversidad de la ANS y su frecuente asociación a otras patologías hace pensar que es necesario dar una respuesta diferenciada a estas conductas, según el perfil lesivo de cada paciente, resaltando la importancia del método, frecuencia y función, así como las comorbilidades que pueda relacionar.

La paulatina evolución de la definición de la ANS es la consecuencia de la confusión que envuelve el comportamiento autolesivo. Los diversos intentos de conceptualización de la ANS parecen culminar con la introducción de las autolesiones en el DSM-5 como una entidad independiente. Dicha actualización define los límites de este problema de salud específico, y pese a que se perfila como beneficioso para su identificación, los criterios propuestos incluyen y descartan inflexiblemente conductas que podrían entenderse por motivos o trastornos diferentes.

Desde el punto de vista de esta revisión, el retrato de comportamientos funcionales como la ANS, únicamente puede ser precisa si se valoran las experiencias de los pacientes, y por tanto tal vez sea necesario ir más allá de la idea asumida de ANS.

La epidemiología hace obvia la infrarrepresentación de las autolesiones, no reflejando la realidad del impacto de la ANS. A pesar de ello, la bibliografía manifiesta que la conducta autolesiva es una condición real, pero oculta.

Se han destacado las funciones autoinformadas por los individuos que sufren ANS. La ratificación de la existencia de las funciones de la conducta autolesiva conforma la ANS como una actuación dotada de sentido para las personas que la practican en relación con los motivos que justifican sus comportamientos. Por esta razón, aunque las clasificaciones de las funciones abarcan cada una de ellas globalmente, la función de la ANS es única y diferente para cada persona.

La conclusión del análisis es que la ANS es un mecanismo regulador emocional, un método de afrontamiento contra una angustia inmanejable en el momento que los pacientes no disponen de otras alternativas. Por tanto, se convierte en una necesidad siendo la única manera de alcanzar el alivio de sus emociones.

La conducta autolesiva es comúnmente señalada como irracional. Esta incompreensión es derivada de la falta de asimilación de la ANS como un comportamiento funcional, y no como un como una conducta dañina. Creemos que lo expuesto contempla la ANS como racional, pues existen funciones tras ella y posee un sentido para los pacientes que la sufren.

La ANS es una conducta de comunicación emocional bastante visual, una manera de informar una angustia emocional percibida por los pacientes como inexpresable a través del lenguaje verbal. De esta forma, la autolesión transforma la angustia en dolor físico, perceptible y evidente. También supone un manifiesto de realidad, de que su experiencia angustiosa es auténtica y tangible. Esta perspectiva comunicativa rechaza el extendido mito de la ANS como búsqueda de atención. Por tanto, creemos que igualar la ANS con una llamada de atención por parte del paciente, desacredita el dolor emocional que sufren.

Con el objetivo de conseguir una correcta comprensión de la ANS es importante añadir el contexto social de cada paciente a su explicación (6,27). La conducta autolesiva es el manifiesto físico de un sufrimiento con origen en experiencias sociales adversas y por tanto el contexto social responde a por qué se lesionan. La necesidad de la integración del contexto social manifiesta la pobreza del modelo puramente biomédico para el abordaje de la ANS. Un enfoque biopsicosocial contemplaría la conducta autolesiva como un comportamiento complejo, consecuente de experiencias vitales dolorosas y reconocido en un contexto social específico, y no ineludiblemente como un proceso patológico.

Las autolesiones arrastran una gran estigmatización. Las cicatrices, los prejuicios, su incompreensión, su comparación con el suicidio o la etiqueta de trastorno mental perfilan los principales factores que sustentan el estigma. Además, las personas que sufren ANS suelen ser estereotipadas negativamente, derivado de la mala interpretación de las autolesiones.

Las personas que se autolesionan asimilan el estigma como real, cargando con un sentimiento de culpa cuya liberación no depende de ellos mismos sino de su entorno social. La principal secuela es el ocultamiento de la ANS, que como sabemos deriva en la falta de búsqueda de ayuda.

Otro aspecto por comentar es la importancia de las redes sociales, medios de comunicación e internet. La información disponible en estas plataformas acerca de la ANS debe ser regulada y controlada. Muchos pacientes declaran buscar ayuda en redes, y se ha demostrado que obtienen información de baja calidad, generalista y contribuyente a la propagación de falsas ideas, mitos y estigmas de la ANS (36,37).

Los profesionales sanitarios necesitan ser conscientes de los datos que ofrece internet y redirigir a los pacientes y familiares hacia recursos de calidad. Por el contrario, es importante resaltar también que internet ha resultado ser una herramienta de apoyo útil para la búsqueda de ayuda profesional para algunos jóvenes (37).

La bibliografía avala que las actitudes sanitarias actuales hacia los pacientes que sufren ANS son negativas, existiendo un extendido juicio personal por parte de los profesionales hacia las conductas autolesivas, perpetuando el estigma, el ocultamiento y aumentando el riesgo de percepción de necesidad de la autolesión (41,42).

Por otra parte, cuestionamos los actuales planes terapéuticos actuales basados en la prevención. Esta perspectiva desposee a los pacientes de la única herramienta conocida para lidiar con la angustia, centrándose únicamente en eliminar la autolesión, sin trabajar holísticamente la necesidad de lesionarse tratando las causas implícitas. Se evidencia una vez más la pobreza del enfoque biomédico para el tratamiento de la ANS, que silencia el contexto de las lesiones y no atiende a las necesidades de los individuos.

Como alternativa, planteamos otras perspectivas terapéuticas emergentes, como la reducción del daño, que ya ha demostrado ser efectiva en diversos estudios. Si asumimos que la ANS es una forma de expresión del dolor emocional, la dirección del tratamiento es

clara, eliminar la angustia subyacente. De esta forma, debemos enfocar el tratamiento en las causas generadoras del malestar cuyo alivio se busca a través de las autolesiones, entrando en la ecuación de nuevo el contexto biopsicosocial.

Por tanto, las terapias deben orientarse hacia las experiencias personales de cada paciente, siendo la base de estas terapias una relación comunicativa que mire más allá de las lesiones con la finalidad de comprender el sentido individual de cada comportamiento y el mensaje que cada persona intenta transmitir.

7.1. Limitaciones del estudio

La falta de consenso en la terminología relativa a la ANS ha derivado en el uso de conceptos ambiguos e inconsistentes para referirse a estos comportamientos, como puede ser *para-suicidio* o *mutilación*. Los avances en este área permitirían clasificar fiablemente, y por tanto poder realizar comparaciones entre estudios. Para ello es de gran utilidad el diagnóstico de ANS y comportamiento suicida como lo define el DSM-5, promoviendo la unificación y conceptualización, que podría a su vez derivar en mejoras de protocolos de evaluación y mejorar la consistencia de los resultados de las investigaciones.

Además, gran cantidad de las investigaciones vigentes son previas a la inclusión de la ANS en el DSM-5, dificultando la búsqueda de artículos válidos para la definición actual.

En líneas generales, la mayoría de los estudios de prevalencia hallados, no cumplen criterios de homogeneidad, resultando en gran variabilidad en datos epidemiológicos.

Por otra parte, no se han realizado excesivos estudios en base a la nueva propuesta del DSM-5, que propone independizar la ANS del intento de suicidio, con criterios diagnósticos bien definidos. Anteriormente los estudios se centraban en su relación con el TLP o el suicidio, y aunque la relación entre estos trastornos es robusta, sería de gran interés clínico la diferenciación y revisión independiente.

De la misma manera, gran cantidad de los estudios analizados fueron desarrollados en base a cuestionarios autoinformados, y por tanto aumentando la probabilidad de respuestas “esperadas socialmente”, y consecuentemente el sesgo de resultados.

En conclusión, debido a los posibles sesgos expuestos, la bibliografía existente manifiesta cierta inconsistencia en determinados aspectos de la ANS.

7.2. Directrices futuros estudios

De cara a futuras investigaciones es importante unificar criterios para clarificar lo que se entiende por ANS con la finalidad de recopilar datos más fiables. También sería conveniente, como hemos comentado, actualizar la investigación sobre las autolesiones tras su incorporación al DSM-5.

Los estudios epidemiológicos han sido realizados en poblaciones muy específicas, originando muestras poco representativas de la población total. Por este motivo, creemos importante obtener nuevos datos epidemiológicos con la finalidad de encontrar el impacto real de la ANS y poder prevenir a los grupos más vulnerables.

La importancia de estudios que evalúen las autolesiones en sujetos sin ningún otro trastorno coexistente es evidente. Es importante recalcar la necesidad de disociar las autolesiones y el TLP para confirmar la ANS como entidad independiente, o si por el contrario debería considerarse sintomatología asociada.

Las funciones descritas de la ANS se apoyan en documentos antiguos. Sería conveniente una actualización de las funcionalidades de las autolesiones para poder confirmar las funciones existentes e incluso desvelar nuevas funciones no descritas.

En relación con el estigma y pese a las grandes consecuencias que sobrelleva, los artículos que hablan de ello son limitados. Una inversión en este ámbito contribuiría al incremento de intervenciones sobre los factores directos que lo crean y promueven.

Resultaría interesante aumentar los estudios respecto a las actitudes de los profesionales de la salud que tratan con pacientes que sufren ANS, pues la mayoría de los individuos relatan experiencias negativas en la atención. La evidencia actual sugiere que la formación específica en ANS resulta en intervenciones más positivas (41). La inversión en investigación en este campo podría ofrecer el desarrollo de programas de instrucción más eficientes, atajando las raíces de las actitudes negativas.

La investigación podría basarse en abordar las experiencias de los individuos que sufren ANS junto con los sanitarios, así como en revisar la formación recibida en este campo, valorando el impacto de los posibles cambios realizados.

Por otra parte, es indispensable el desarrollo de tratamientos específicos para la ANS. La mayoría de los estudios fundamentan el abordaje en la prevención, siendo

importante promover la búsqueda de alternativas terapéuticas, como por ejemplo la reducción del daño.

Por tanto es imprescindible frenar el aumento de estas conductas en adolescentes mediante estrategias de prevención primaria (identificar las autolesiones como un signo de alarma y evitar que evolucione a patologías psiquiátricas o suicidio), mediante estrategias de prevención secundaria y, finalmente, desarrollar estrategias de terapia específicas que sean viables y puedan ejecutarse en los departamentos de salud mental.

En conclusión, todas las limitaciones y propuestas de mejora que se declaran en esta revisión nacen de la pobre investigación existente acerca de la ANS, y por tanto advierten de la necesidad de atención de este creciente problema de salud.

8. CONCLUSIONES

1. Es importante definir y conceptualizar la ANS como una entidad diagnóstica independiente.
2. Se describe asociación entre ANS y vulnerabilidad genética o biológica, siendo la mayor evidencia neurobioquímica unos bajos niveles de opioides endógenos.
3. Existe evidencia de un estrecho vínculo en la ANS con las vivencias emocionales traumáticas, especialmente en la infancia. Se consideran indicadores de gravedad y frecuencia para las conductas autolesivas.
4. Es frecuente la coexistencia de patologías psiquiátricas con la ANS, pero la presencia de autolesiones no necesariamente implica la existencia de un trastorno subyacente.
5. Aunque el suicidio y la ANS tienen funciones e intencionalidades distintas, la conducta autolesiva se perfila como el mayor factor de riesgo para la consumación del suicidio en el futuro.
6. Hasta el 90% de afectos de ANS emplean la autolesión para la regulación emocional y externalización de angustia emocional.
7. La existencia de estigma en torno a este diagnóstico dificulta la búsqueda de ayuda sanitaria por parte de los pacientes.
8. La presencia de conductas autolesivas en medios de comunicación e internet supone un riesgo para el inicio y mantenimiento de la ANS, especialmente en adolescentes.
9. La terapia cognitivo-conductual ofrece mejores resultados que la terapia farmacológica.
10. La terapia de reducción del daño ha demostrado ser efectiva, aunque su puesta en práctica es controvertida por motivos ético-legales. Los tratamientos centrados en el control de las lesiones han evidenciado empeorar la ANS.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal self-injury: A systematic review. Vol. 8, *Frontiers in Psychology*. Frontiers Media S.A.; 2017.
2. Hooley JM, Fox KR, Boccagno C. Nonsuicidal self-injury: Diagnostic challenges and current perspectives. Vol. 16, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Dove Medical Press Ltd.; 2020. p. 101–12.
3. Favazza AR. *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. 1996.
4. Muehlenkamp JJ, Claes L, Smits D, Peat CM, Vandereycken W. Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: A test of a conceptual model. *Psychiatry Research*. 2011 Jun 30;188(1):102–8.
5. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2015 Sep 28;9(1).
6. Vega D, Sintés A, Fernández M, Puntí J, Soler J, Santamarina P, et al. Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why? [Internet]. Vol. 46, *Revisión Actas Esp Psiquiatr*. 2018. Available from: www.ISSSweb.org
7. Glenn CR, Klonsky ED. Nonsuicidal Self-Injury Disorder: An Empirical Investigation in Adolescent Psychiatric Patients. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2013 Jul;42(4):496–507.
8. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlström Ö, Svedin CG. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2013 Jul;41(5):759–73.
9. Washburn JJ, Richardt SL, Styer DM, Gebhardt M, Juzwin KR, Yourek A, et al. Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents [Internet]. 2012. Available from: <http://www.capmh.com/content/6/1/14>

10. Odelius CB, Ramklint M. Clinical utility of proposed non-suicidal self-injury diagnosis - A pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2014;68(1):66–71.
11. Wilkinson P, Goodyer I. Non-suicidal self-injury. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2011 Feb;20(2):103–8.
12. Gratz KL, Dixon-Gordon KL, Chapman AL, Tull MT. Diagnosis and Characterization of DSM-5 Nonsuicidal Self-Injury Disorder Using the Clinician-Administered Nonsuicidal Self-Injury Disorder Index. *Assessment*. 2015 Oct 8;22(5):527–39.
13. Andover MS. Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults. *Psychiatry Research*. 2014 Oct 30;219(2):305–10.
14. Lengel GJ, Mullins-Sweatt SN. Nonsuicidal self-injury disorder: Clinician and expert ratings. *Psychiatry Research*. 2013 Dec 30;210(3):940–4.
15. In-Albon T, Ruf C, Schmid M. Proposed Diagnostic Criteria for the DSM-5 of Nonsuicidal Self-Injury in Female Adolescents: Diagnostic and Clinical Correlates . *Psychiatry Journal*. 2013;2013:1–12.
16. Troya MI, Dikomitis L, Babatunde OO, Bartlam B, Chew-Graham CA. Understanding self-harm in older adults: A qualitative study. *EClinicalMedicine*. 2019 Jul 1;12:52–61.
17. Albores-Gallo L. nonsuicidal self-Injury in a community sample of older children and adolescents of mexico city. Vol. 42, *Actas Esp Psiquiatr*. 2014.
18. Kaess M, Parzer P, Mattern M, Plener PL, Bifulco A, Resch F, et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*. 2013 Apr 30;206(2–3):265–72.
19. Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The Impact of Social Contagion on Non-Suicidal Self-Injury: A Review of the Literature. Vol. 17, *Archives of Suicide Research*. 2013. p. 1–19.

20. Nock MK. Why do people hurt themselves?: New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*. 2009 Apr;18(2):78–83.
21. Blasco-Fontecilla H, Fernández-Fernández R, Colino L, Fajardo L, Perteguer-Barrio R, de Leon J. The addictive model of self-harming (non-suicidal and suicidal) behavior. Vol. 7, *Frontiers in Psychiatry*. Frontiers Media S.A.; 2016.
22. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
23. Nock MK. Self-Injury. Vol. 6, *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010. p. 339–63.
24. Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang Y yu, Mann JJ. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of Affective Disorders*. 2010 Jul;124(1–2):134–40.
25. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. Vol. 19, *Current Psychiatry Reports*. Current Medicine Group LLC 1; 2017.
26. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. Vol. 32, *Clinical Psychology Review*. 2012. p. 482–95.
27. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. Vol. 27, *Clinical Psychology Review*. 2007. p. 226–39.
28. Del M, Flores-Soto R, Cancino-Marentes ME, del Rocío M, Varela F. Systematic Review of Self-Injurious Behaviors without Suicidal Intention in Adolescents [Internet]. Vol. 44, *Rev Cubana Salud Pública*. 2018. Available from: <http://scielo.sld.cu>
29. David Klonsky E, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*. 2013;122(1):231–7.

30. Selby EA, Nock MK, Kranzler A. How does self-injury feel? Examining automatic positive reinforcement in adolescent self-injurers with experience sampling. *Psychiatry Research*. 2014 Feb 28;215(2):417–23.
31. Bresin K, Gordon KH. Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: A mechanism of affect regulation. Vol. 37, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2013. p. 374–83.
32. Díaz De Neira M, García-Nieto R, de León-Martinez V, Pérez Fominaya M, Baca-García E, Carballo JJ. Prevalence and functions of self-injurious thoughts and behaviors in a sample of Spanish adolescents assessed in mental health outpatient departments. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*. 2015;8(3):137–45.
33. Meszaros G, Horvath LO, Balazs J. Self-injury and externalizing pathology: A systematic literature review. *BMC Psychiatry*. 2017 May 3;17(1).
34. Selby EA, Kranzler A, Fehling KB, Panza E. Nonsuicidal self-injury disorder: The path to diagnostic validity and final obstacles. Vol. 38, *Clinical Psychology Review*. Elsevier Inc.; 2015. p. 79–91.
35. Klonsky ED, Glenn CR, Styer DM, Olinio TM, Washburn JJ. The functions of nonsuicidal self-injury: Converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2015 Sep 28;9(1).
36. Lewis SP, Mahdy JC, Michal NJ, Arbuthnott AE. Googling self-injury, the state of health information obtained through online searches for self-injury. *JAMA Pediatrics*. 2014;168(5):443–9.
37. Dyson MP, Hartling L, Shulhan J, Chisholm A, Milne A, Sundar P, et al. A systematic review of social media use to discuss and view deliberate self-harm acts. *PLoS ONE*. 2016 May 1;11(5).
38. Lewis SP, Baker TG. The Possible Risks of Self-Injury Web Sites: A Content Analysis. *Archives of Suicide Research*. 2011 Oct;15(4):390–6.
39. Brown RC, Fischer T, Goldwich AD, Keller F, Young R, Plener PL. #cutting: Nonsuicidal self-injury (NSSI) on Instagram. *Psychological Medicine*. 2018 Jan 1;48(2):337–46.

40. Moreno MA, Ton A, Selkie E, Evans Y. Secret Society 123: Understanding the Language of Self-Harm on Instagram. *Journal of Adolescent Health*. 2016 Jan 1;58(1):78–84.
41. Thomas JB, Haslam CO. How people who self-harm negotiate the inpatient environment: the mental healthcare workers perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2017 Sep 1;24(7):480–90.
42. Murphy C, Keogh B, Doyle L. ‘There is no progression in prevention’ – The experiences of mental health nurses working with repeated self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2019 Oct 1;28(5):1142–51.
43. James K, Samuels I, Moran P, Stewart D. Harm reduction as a strategy for supporting people who self-harm on mental health wards: the views and experiences of practitioners. *Journal of Affective Disorders*. 2017 May 1;214:67–73.

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CONCEPTO «AUTOLESIONES NO SUICIDAS»

Autora: Claudia Arego Céspedes

Tutor: Dr. Ignacio Díaz Fernández-Alonso

Introducción

La autolesión no suicida (ANS) es la destrucción deliberada y directa de tejidos corporales en ausencia de deseos de muerte. Es considerado un mecanismo de confrontación para el alivio de la angustia emocional. Se ha incluido como una condición independiente en la última publicación del "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-5), todavía como un fenómeno que requiere más estudio. Hasta ahora se había clasificado como un preludio al suicidio o incluso como comportamientos característicos de determinados trastornos de la personalidad.

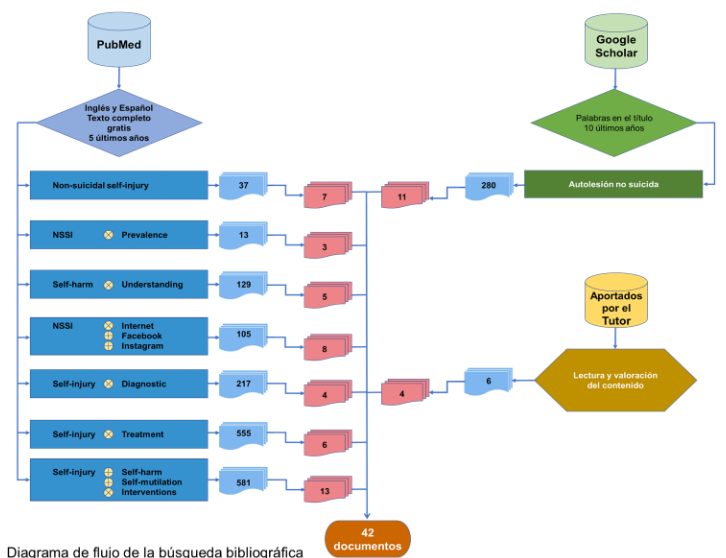
Hipótesis

Las Autolesiones No Suicidas (ANS) no son necesariamente sintomatología de otras patologías psiquiátricas sino que pueden constituir una entidad diagnóstica independiente, y su estudio en profundidad mejoraría su diagnóstico y tratamiento.

Objetivos

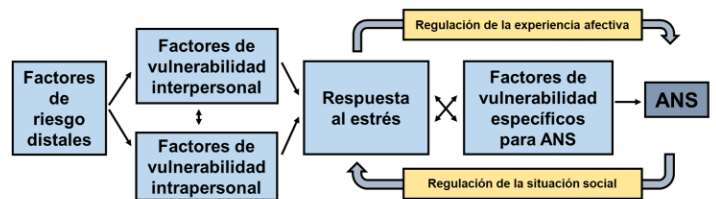
- Analizar los comportamientos autolesivos y mejorar la definición de ANS.
- Identificar los factores de riesgo, comorbilidades, y funciones de la ANS.
- Comparar las funciones del suicidio y la ANS.
- Evaluar los tratamientos actuales y nuevas terapias.

Material y métodos



Resultados

Los estudios avalan que no se ha concedido la atención apropiada a las conductas autolesivas. La falta de consenso en la conceptualización de la ANS modela esta entidad como un trastorno difícil de diagnosticar y tratar correctamente.



Esquema del modelo integrado del desarrollo y mantenimiento de ANS

La valoración individualizada del contexto biopsicosocial de cada paciente mejora el pronóstico del tratamiento de la ANS.

	Refuerzo Positivo	Refuerzo Negativo
Intrapersonal	Autolesión para generar el estado interno deseado (p.ej. "Para sentir algo, aunque sea dolor")	Autolesión para eliminar tensión u otras aversiones, estado interno (p.ej. "Para detener malos sentimientos")
Interpersonal	Autolesión para generar respuesta externa de las relaciones interpersonales (p.ej. "Para conseguir atención de los demás")	Autolesión para eliminar exigencias de las relaciones interpersonales (p.ej. "Para evitar el tener que hacer algo")

Funciones primarias de la ANS.

La ANS es un mecanismo regulador emocional contra una angustia inmanejable en el momento que los pacientes no disponen de otras alternativas.

CRITERIOS	SUICIDIO	ANS
Intención primaria	Intención de muerte	Destrucción de tejidos corporales, preservar vida
Intención general	Escape del dolor emocional y la consciencia	Escape del dolor emocional convirtiéndolo en dolor físico
Funciones	Reducción de la tensión, sensación de alivio	Castigo, estimulación, gestión emocional,
Riesgo de muerte	Alto grado de mortalidad	Bajo grado de mortalidad

Principales diferencias entre ANS y Suicidio

Estos comportamientos se perfilan como un gran factor de riesgo para futuros intentos de suicidio, además de convertirse en muchas ocasiones en la externalización de otros trastornos graves como TCA, depresiones o adicciones.

Conclusiones

- La ANS debería conceptualizarse como entidad diagnóstica independiente.
- La presencia de autolesiones no implica la existencia de un trastorno subyacente.
- El suicidio y la ANS tienen funciones e intencionalidades distintas.
- Las vivencias emocionales traumáticas se asocian a mayor riesgo de ANS.
- Las terapias de control de las lesiones han evidenciado empeorar la ANS.