



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan

Dr. Miguel Israel Marín Tejeda



Ciencia Nueva
sistema de posgrado UNAM

**Dra. Catalina Francisca
González Forteza**
Asesor



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mis padres Emma y Miguel

Que me enseñaron a trabajar y a esforzarme, a ser sobresaliente y comprometido; también me enseñaron a ser un padre y esposo responsable, me han guiado en suma hacia el camino donde he encontrado la forma de ser feliz.

Mi deuda con ustedes es infinita y a manera de homenaje dedico este trabajo a su propio esfuerzo y compromiso. Muchas gracias mamá y muchas gracias papá hasta donde te encuentres hoy.

A mi esposa Aída y a mi bebé José Miguel

Que me han enriquecido con enseñanzas trascendentales, porque me han alimentado de esperanza, ilusión, sueños y el más grande de los amores.

Este trabajo es para ustedes, mi máxima y más bella inspiración.

AGRADECIMIENTOS

A mis hermanos Marco Antonio, Mauricio y Claudia

Porque cada idea y palabra escrita involucra también una parte de ustedes. Este trabajo también es suyo.

A mis suegros José Eleazar y Aída Molina

Cuyo apoyo y confianza han sido fuente de inspiración para continuar siempre adelante.

A mis amigos

Su omnipresencia es a la vez diálogo, afecto y mucha alegría, este trabajo refleja horas y años de una vida compartida. Ustedes saben quiénes son, los quiero mucho.

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por hacer posible este logro, por creer en mí y en la posibilidad de un país mejor. Agradezco especialmente a mi alma mater, la *Facultad de Psicología*, que a pesar de los años sigue siendo orgullosamente mi casa.

AGRADECIMIENTOS

A mis tutoras Catalina, Patricia y Rebeca

Ustedes conjuntan todo lo positivo que un profesional desea como cualidades: responsabilidad, compromiso, calidad humana, inteligencia, sencillez y amor. Les agradezco mucho por su enseñanzas, este pequeño homenaje da cuenta de ello.

A mis tutores Samuel y Emilia

Cuyas aportaciones han enriquecido este trabajo y por ser un ejemplo a seguir.

A la dra. Dora Santos

Tu trabajo y calidad humana han sido una gran fuente de inspiración para mí.

Lic. Oscar Cisneros y Lic. Mario Barrios

Su apoyo operativo fue de inestimable valor para llevar a cabo este trabajo de investigación. Agradezco también al personal y alumnos de la *Escuela Secundaria Técnica 90* por su participación y ayuda. Muchas gracias.

Y un agradecimiento especial a los jóvenes que participaron en este estudio, sin ustedes nada de esto sería posible.

Lo arranca, espera —ahora con necesidad- el siguiente golpe. Una espina aguda se clava bajo la tetilla: al arrancar el látigo trenzado, siente que el gancho le levanta la carne. Y el sol sigue parejo, y es el único testigo. Toca la sangre espesa y cae de rodillas entre los matorrales. Los ojos se nublan a la primera vista de la propia sangre; se nublan hasta creer que no es el sol el único testigo.

¿Por qué es alegre el dolor?

Carlos Fuentes. La buenas conciencias

RESUMEN

El presente estudio tuvo como primer objetivo determinar los principales predictores de la autolesión en población adolescente escolar, para ello se realizó una evaluación a 455 estudiantes de una escuela secundaria pública (226 hombres y 229 mujeres, con promedio de edad de 13.1 ± 0.95 años) por medio de un conjunto de instrumentos para medir: autolesión, disregulación emocional, depresión, ansiedad, impulsividad y síntomas disociativos. El análisis de regresión múltiple mostró que la depresión, las experiencias disociativas y la disregulación emocional explicaban el 25% de la varianza de las autolesiones y que el perfil de predictores era distinto de acuerdo al sexo de los participantes; para los hombres las experiencias disociativas explicaron el 15% de varianza; en tanto para las mujeres la depresión más la disregulación emocional explicaron el 28% de varianza de las autolesiones.

El segundo objetivo fue evaluar la efectividad de una terapia cognitivo conductual diseñada con base en los resultados anteriores. Los adolescentes identificados con autolesión fueron referidos por las autoridades escolares a un psicólogo que realizó entrevistas individuales de confirmación, de éstos se incluyó a 20 adolescentes de ambos sexos, con un promedio de edad de $12.9 (\pm 0.99)$ años, quienes presentaban autolesión en el último mes y aceptaron voluntariamente ser incluidos en el estudio. Todos los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: 1) con tratamiento, 2) en espera; se les evaluó individualmente mediante el conjunto de instrumentos descrito antes de iniciar la

terapia y al concluir la misma, el grupo con tratamiento se evaluó tres meses después de terminar la intervención, que fue implementada por un psicólogo entrenado. Las comparaciones entre grupos indicaron que hubo una disminución significativa en la severidad de las autolesiones en quienes recibieron tratamiento ($t= 2.19$, $gl= 18$, $p<0.05$), una disminución evolutiva en la frecuencia de las mismas tres meses después de concluido el tratamiento ($Z= -2.80$, $p< 0.05$) y en todas las demás variables medidas, excepto impulsividad. Los resultados aportan evidencia preliminar acerca de un perfil psicopatológico de adolescentes mexicanos que presentan autolesiones, así como de la efectividad de una terapia cognitivo conductual específicamente diseñada para esta población.

PALABRAS CLAVE

Adolescencia, Ansiedad, Autolesión Depresión, Disregulación Emocional, Terapia Cognitivo Conductual

ABSTRACT

This study had as a first objective to determine the main predictors of self-injury in adolescent students, it was conducted an assessment to 455 students from a public high school (226 men and 229 women, average age of 13.1 years old, $SD= 0.95$) with a set of instruments to measure: self-injury, emotion dysregulation, depression, anxiety, impulsivity and dissociative symptoms. Multiple regression analysis showed that depression, dissociative experiences and emotion dysregulation accounting for 25% of the variance of self-inflicted injuries, and that the profile by predictors was different according to the sex of the participants, in men the dissociative experiences explained 15% of variance; as for women, depression plus the emotional dysregulation explained 28% of variance of self-inflicted injuries.

The second objective was to evaluate the effectiveness of the designed cognitive behavioral therapy which was based on previous results. Adolescents identified with self-injury were referred by school authorities to a psychologist who conducted confirmation interviews; 20 adolescents of both sexes, with a mean age of 12.9 ($SD= 0.99$ years), who had self-harm in the last month and voluntarily agreed to participate were included. All participants were randomly assigned to two groups: 1) treatment, 2) waiting list; all of them were individually evaluated before initiating therapy and at the end of it with the set of described instruments. Participants who received the therapy were evaluated three months after completing the intervention, which was implemented by a trained psychologist. Comparisons between groups indicated that there was a significant decrease

in the severity of self-injury in those treated ($t = 2.19$, $fd = 18$, $p < 0.05$), a decrease in the same frequency three months after completion of treatment ($Z = -2.80$, $p < 0.05$) and in all other measured variables, except impulsivity. The results provide preliminary evidence about a psychopathological profile of Mexican adolescents who have self-injury, as well as the effectiveness of a cognitive behavioral therapy specifically designed for this population.

KEY WORDS

Adolescents, Anxiety, Cognitive Behavior Therapy, Depression, Emotion Dysregulation, Self- Injury

INDICE

CAPITULO 1: Panorama general de las autolesiones en adolescentes

Introducción al tema de la autolesión

Definición de autolesión

Características sintomáticas definitorias

Clasificación de la autolesión

Clasificación considerada en este trabajo

Subclasificaciones de la autolesión impulsiva

Autolesión no considerada en este trabajo

Diagnóstico diferencial de la autolesión

Diferencias entre la autolesión y el intento suicida

Diferencias entre la autolesión y el trastorno límite de la personalidad

Diferencias entre la autolesión y el trastorno obsesivo compulsivo

Diferencias entre la autolesión y la tricotilomanía

Prevalencia de la autolesión

Aspectos de la definición y medición

Prevalencia en población clínica versus población de comunidad

Prevalencia en población adolescente de comunidad

Prevalencia en población adulta de comunidad

Prevalencia en población clínica: adolescentes

Prevalencia de autolesión en población adolescente mexicana

Prevalencia de conductas autolesivas particulares

Conclusiones relativas a la prevalencia de la autolesión

Etiología y Modelos Conceptuales de la Autolesión

Consideraciones metodológicas y de medición

Principales modelos teóricos de la autolesión

Modelo ambiental

Modelo de las pulsiones

Modelo de la regulación afectiva

Modelo de la disociación

Modelo de los límites/fronteras

Aproximaciones psicofisiológicas

Modelo integral (Modelo de evitación de la experiencia)

CAPITULO 2: Variables asociadas a la autolesión en adolescentes escolares

Autolesión en población normativa

Teoría de Linehan del trastorno límite de la personalidad

Criterios de selección de los estudios revisados

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Información extraída a partir de la revisión

Métodos de medición comunes

Estudios que hacen uso de escalas pre-estructuradas auto-administradas

Estudios que hacen uso de cuestionarios elaborados para la investigación

Estudios que hacen uso de cuestionarios que generan respuestas abiertas

Estudios que hacen uso de entrevistas clínicas de confirmación

Conclusiones relativas al procedimiento de medición

Variables internas asociadas a autolesión: resultados de investigación con población de comunidad (normativa)

Depresión y suicidio asociados con autolesión

Ansiedad asociada con autolesión

Trastorno límite de la personalidad asociado con autolesión

Disregulación de emociones asociada con autolesión

Síntomas disociativos asociados con autolesión

Impulsividad asociada con autolesión

Otras variables internas asociadas con autolesión

Conclusiones respecto a variables internas asociadas

Abuso sexual, experiencias traumáticas y otras variables externas asociadas con autolesión

Estudios clásicos que asocian la autolesión con experiencias abusivas

Experiencias abusivas y otras variables externas asociadas con autolesión en población estudiantil

Conclusiones respecto a experiencias abusivas y otros factores de riesgo externos

Conclusiones del capítulo 2

CAPITULO 3: Tratamiento psicológico de la autolesión en el adolescente

Tratamiento psicológico del adolescente

Fundamentos para una psicoterapia cognitivo conductual (TCC) del adolescente

Tratamiento psicológico del adolescente basado en evidencia

TCC de la autolesión en el adolescente

Terapia Conductual Dialéctica (TCD)

Terapia Cognitiva Asistida con Manual (MACT)

Terapia de Solución de Problemas (TSP)

Otras intervenciones cognitivo conductuales

Conclusiones respecto a efectividad de la TCC para la autolesión en adolescentes

TCC de la depresión en el adolescente

Depresión en adolescentes y su manejo

Efectos de la psicoterapia cognitivo conductual en la depresión del adolescente: Resultados de meta-análisis

TCC para el manejo de la ansiedad en el adolescente

Ansiedad en el adolescente y su manejo

Efectos de la TCC sobre la ansiedad del adolescente: Resultados de meta-análisis

TCC de los trastornos disociativos en el adolescente

Disociación en adolescentes y su manejo

Tratamientos sin soporte de investigaciones con control experimental

Efectos de la TCC en investigaciones con control aleatorio

Conclusiones respecto al tratamiento para adolescentes con síntomas y trastornos disociativos

Conclusiones del capítulo 3

JUSTIFICACIÓN

Objetivos

Preguntas de investigación

Hipótesis

Definición conceptual de variables

ESTUDIO 1: PRINCIPALES PREDICTORES DE LA AUTOLESIÓN EN ADOLESCENTES

Diseño

Objetivos

Método

Participantes

Instrumentos de medición

Procedimiento

Análisis estadístico

Consideraciones éticas

Resultados

Datos generales

Características de las autolesiones

Características de las variables predictoras

Análisis de regresión múltiple

Análisis de regresión múltiple por sexo

ESTUDIO 2: EVALUACIÓN DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA AUTOLESIÓN EN ADOLESCENTES

Diseño

Objetivo

Método

Participantes

Criterios de inclusión

Criterios de exclusión

Instrumentos

Procedimiento

Consideraciones éticas

Análisis estadístico

Resultados

Discusión

Características demográficas y de prevalencia

Características de las autolesiones por sexo

Estudio 1: Principales predictores de la autolesión

Principales Predictores de la autolesión por sexo

Estudio 2: evaluación de efectividad de la terapia cognitivo conductual

Alcances

Limitaciones

Apéndice

Referencias

CAPÍTULO 1

Panorama general de las autolesiones en adolescentes

Introducción

Definición de Autolesión

La AL (*self- injury*) también es nombrada en la literatura científica como automutilación (*self-mutilation*), cortarse (*self- cutting*), daño autoinfligido (*self-harming*), conducta parasuicida (*parasuicide behavior*), automoldeo (*self- carving*), entre otros; el término elegido por su amplia aceptación para este trabajo es *self-injury*, por lo que el resto de términos se usarán como sinónimos de referencia al mismo síndrome comportamental.

La Autolesión (AL) se define como la acción lesiva intencional que una persona lleva a cabo en sí misma, produciéndose con ello un daño corporal de baja letalidad, de una

naturaleza socialmente inaceptable; se trata de una acción deliberada y comúnmente repetitiva, la cual puede implementarse de forma crónica como una forma de reducir el estrés o malestar emocional. La AL no es una conducta suicida, su fin último no es terminar con la vida, se trata de un mecanismo de enfrentamiento autodestructivo (Walsh, 2006).

El daño autoinfringido en tejido corporal no se inserta en un significado social específico, por ejemplo religioso o de aceptación social, sino en uno de naturaleza personal, el cual varía entre los perpetradores de la AL. Esta conducta puede llevarse a cabo en forma ritualizada y habitualmente sin testigos, puesto que la finalidad de AL es modificar y reducir estados emocionales perturbadores (Favazza, 1996).

Si bien aún falta mucho por aclarar sobre el tema, investigadores de diferentes procedencias han adoptado los puntos esenciales de la definición formulada para conducir sus estudios, o bien, han adoptado definiciones similares; por ejemplo en el trabajo de Nock (2009) la AL se define como la destrucción del propio tejido corporal sin intención suicida, debido a propósitos que no son socialmente sancionados.

De acuerdo con Hernández (2007), el comportamiento parasuicida es una analogía comportamental del suicidio cuando no pueden establecerse conclusiones sobre la orientación psicológica o intenciones letales del acto autolesivo. Las conductas varían desde intentos de manipulación hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida e incluye actos deliberados que no tienen un fin fatal, pero que provocan daños en la persona

que los ejecuta. El término parasuicida resulta particularmente importante en la discusión del presente tema, debido a que comprende a las autolesiones.

Brown, Comtois y Linehan (2002) definen a la conducta parasuicida como la autolesión deliberada ó el riesgo inminente de muerte, con o sin intento de morir. Los autores asumen además que la conducta parasuicida es el mejor predictor aislado de una muerte por suicidio. Dividen a la conducta parasuicida en tres subtipos: intento suicida, intento suicida ambivalente y autolesión no suicida, siendo que las categorías se han distinguido entre sí por la claridad e intensidad del intento de morir, así como de la expectativa de muerte. La autolesión se diferencia de las otras dos categorías de conducta parasuicida además de las razones ya especificadas (baja letalidad, sin intención de morir), por la motivación psicológica subyacente o razones del acto, las cuales se estudiarán en la sección correspondiente.

Características sintomáticas definitorias

- a. Daño físico.** La primera característica definitoria de la AL es la presencia de daño físico objetivo, es decir, la persona se produce a sí misma lesiones en la piel, habitualmente cortaduras con navajas u otros objetos; se incluyen las excoriaciones con material abrasivo (trozos de madera, tapas de envases, etc.). Asimismo, quemaduras con cigarro e irritaciones con material químico, tal como jabón, detergente, ácido, etc. (Levenkron, 2006). En esta característica también se incluye

la introducción de objetos lesivos en orificios corporales, impedir la sanación de heridas, pincharse con objetos punzocortantes, golpearse, etc.

- b. Intencionalidad.** Se refiere al hecho de que la autolesión es deliberada, no se trata por tanto de accidentes o intentos ambiguos, por el contrario, la persona decide conscientemente lesionar parte de su cuerpo. Otras conductas que implican riesgo, por ejemplo, la conducta alimentaria restrictiva- purgativa, la conducta violenta, la promiscuidad sexual, el sexo inseguro y conducta impulsiva en general no son contemplados dentro de esta clasificación, debido a que las mismas se insertan en otras categorías del comportamiento anormal. La definición de autolesión es descriptiva, no peyorativa (Walsh, 2006).

- c. Baja letalidad.** Esta característica marca una diferencia fundamental con el intento suicida, debido a que la persona que se autolesiona no busca conscientemente terminar con su vida. El daño físico autoinfringido en casi la totalidad de los casos no pone en riesgo la vida de la persona (Nixon & Heath, 2009).

- d. Socialmente inaceptable.** Esta característica indica que la AL no posee un significado social específico, es decir, a través de la misma no se busca únicamente aprobación, aceptación ni pertenencia a grupos sociales, tampoco se trata propiamente de una moda. Por tanto, en esta clasificación no se incluyen las modificaciones corporales que tienen significados religiosos y/o sociales, los

tatuajes, perforaciones, autolesiones rituales/grupales, etc. Esta conducta puede iniciar por imitación puesto que en la cultura adolescente suele existir un fuerte reforzamiento de este comportamiento, pero el significado atribuido a la AL es personal, el cual es distinto para cada perpetrador (Favazza, 1996).

- e. **Mecanismo de enfrentamiento.** La literatura científica sobre el tema concuerda en señalar que la principal función que tiene este comportamiento para el perpetrador es la reducción de estados emocionales perturbadores (Mc Kay & Wood, 2007). Se ha descrito que estas personas experimentan emociones intensas, difíciles de manejar en forma asertiva; tales emociones varían desde la ira, la ansiedad, la tristeza, el desamparo, la culpa, etc. La AL les permite retornar al estado de funcionamiento previo, anterior a la emoción intensamente perturbadora. Por tanto, este comportamiento no puede explicarse exclusivamente en función de mecanismos biológicos-neurológicos, debido a que posee una motivación psicológica (Armeij & Crowther (2008); Walsh & Rosen, 1988).

- f. **No hay causa física.** La AL no es debida a una causa física, tal como una intoxicación (con medicamentos y/o por el abuso de sustancias), una enfermedad o deficiencia mental. Por tanto, las acciones autolesivas debidas a alucinaciones, delirios, autoestimulación, etc. propias de estados psicóticos y/o retraso mental no se incluyen en esta clasificación, debido a que la intencionalidad consciente es parte esencial del proceso de identificación positiva (Prinstein, 2008).

Clasificación de la autolesión

El perfil de la persona que presenta AL es diverso, así como la pauta y conductas autolesivas específicas de cada perpetrador. Por esta razón, con la finalidad de definir y circunscribir el síndrome comportamental objeto de estudio, a continuación se expone la clasificación de Simeon y Favazza (2001), dos autores altamente reconocidos en el estudio de la AL. Se define en primer término a la subclasificación de interés para este trabajo, coincidente con la definición planteada y con una dinámica emocional particular; en seguida se exponen las categorías que no serán contempladas debido a que no coinciden con la definición formulada.

Autolesión considerada en este trabajo

- a. Impulsiva.** Esta categoría se refiere al síndrome comportamental descrito hasta ahora como objeto de estudio. Como ya se ha dicho, en este caso la AL es intencional y tiene una motivación psicológica; las acciones comunes incluyen cortarse la piel, quemarse, golpearse, etc. En la literatura, estos actos suelen estar asociados a distintos trastornos, tales como el trastorno límite de la personalidad (Mendoza y Pellicer, 2002), trastorno antisocial de la personalidad (Jeglic, Vanderhoff & Donovan, 2005), trastorno de estrés postraumático (Weierich & Nock, 2008; Weaver, Chard, Mechanic & Etzel, 2004) y trastornos de la conducta alimentaria (Levitt, Sansone & Cohn, 2004; Vanrinden & Vandereycke 1997). Más adelante se describen en extenso de tales asociaciones.

Sub-clasificaciones de la autolesión impulsiva

Simeon y Favazza (2001) dividen a su vez a esta categoría en dos subtipos: episódica y repetitiva.

- a. Autolesión repetitiva.** Este tipo de AL se constituye como una actividad organizada y repetitiva, de interés central para quien la realiza. En la dinámica particular de la misma pueden incorporarse elementos rituales (por ejemplo, un mismo lugar, un mismo objeto, un mismo procedimiento); la AL adquiere tintes adictivos y es incorporada al sentido de identidad de la persona. En este subtipo, la AL se convierte en una respuesta casi automática para distintos estímulos perturbadores, tanto internos como externos, comúnmente inicia en la adolescencia y puede perdurar por décadas.
- b. Autolesión episódica.** Se refiere a la AL que ocurre ocasionalmente, en la cual, la persona no atribuye mucha importancia a este comportamiento, no se identifica con una conducta específica asociada a su pauta de AL (por ejemplo, no se identifica como un cortador), si bien lesiona deliberadamente su cuerpo para sentirse mejor, para obtener un alivio rápido de las emociones y pensamientos perturbadores y recuperar un sentido de control (Favazza, 1996).

Autolesión NO considerada en este trabajo

- a. Estereotipada.** La AL debe tener una base biológica para ser clasificada como estereotipada. Ésta se refiere a las autolesiones/autoagresiones implementadas por personas con deficiencia mental, autismo y otras discapacidades de naturaleza biológica, del desarrollo y/o genéticas. Este comportamiento está asociado a conductas de autoestimulación y compulsiones de gravedad considerable, comunes a estos padecimientos, En algunos casos, como el del Síndrome de Lesch-Nyhan, el enfermo está consciente de la disposición a autolesionarse y suele presentar ansiedad ante ello, puesto que no puede evitar lastimarse (Olson & Oulihan, 2000).

- b. Mayor.** A este tipo de AL subyace un padecimiento psicótico. La AL en este caso es implementada por personas con esquizofrenia u otra enfermedad mental, con alucinaciones, delirios, ideas delirantes, etc. Las autolesiones ocurridas bajo la influencia de tales síntomas pueden conducir a daños y/o mutilaciones de cierta consideración, así como a grados de letalidad que van de medio a altos.

- c. Compulsiva.** Suelen tratarse de autolesiones de gravedad menor a mínima, con un fuerte componente ansioso subyacente. Estas acciones pueden ocurrir muchas veces en un día, sin motivación consciente en muchos de los casos; incluyen actos como jalarse y/o arrancarse el cabello, morderse las uñas,

pellizcarse, enterrarse las uñas, etc. Se ha asociado esta variedad de autolesiones al trastorno obsesivo compulsivo y a otros trastornos de ansiedad (Walsh, 2006).

Diagnóstico Diferencial de autolesión

A pesar del argumento de algunos autores, la AL por sí misma no es considerada oficialmente una patología psiquiátrica, más bien y acorde con la formulación del presente trabajo, se trata de un síntoma conductual/emocional que acompaña a diferentes trastornos psiquiátricos, en sentido estricto entonces la AL no es una condición que pueda ser diagnosticada. No obstante, el argumento en sentido clínico y metodológico es que debe ser correctamente identificada de acuerdo a los criterios sintomáticos descritos.

Las condiciones psiquiátricas que tanto en la práctica como en la investigación suelen vincularse e incluso confundirse con la AL son: la depresión asociada a conducta suicida, trastorno límite de la personalidad, tricotilomanía y trastorno obsesivo compulsivo (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis & Walsh, 2011). Debido a la importancia que conlleva para la práctica clínica una definición conceptual y operacional precisas, en la siguiente sección se presentan las características distintivas entre la AL y las patologías antes mencionadas.

Diferencias entre la Autolesión y el intento suicida

Existen diferencias básicas entre la autolesión y el intento suicida. Para el clínico y demás profesionales que se enfrentan a esta problemática, resulta indispensable conocer las características definitorias de la dinámica emocional y mental de ambos perpetradores, debido a que cada uno remite a un manejo diferente. La distinción permite además identificar y prevenir con prontitud las acciones letales. Walsh (2006) expone las principales diferencias entre la AL y la conducta suicida, las cuales se revisan a continuación.

- a.** En la AL, **el malestar emocional suele ser intermitente**. Ello significa que si bien la persona con AL puede presentar periodos de descontrol y malestar emocional, estos se alternan con periodos positivos que pueden ser prolongados y/o constantes de optimismo y sentido de control, incluso elicitados a partir del acto autolesivo. Por el contrario, la persona con ideación suicida puede cursar por periodos prolongados y constantes con malestar emocional intenso, tristeza, desesperanza y desamparo.

- b.** Habitualmente **la AL es crónica y de alta frecuencia**. La persona que se autolesiona puede realizar múltiples acciones autolesivas a lo largo de un periodo prolongado de tiempo, esto se debe a que la AL produce un alivio emocional rápido, desarrollándose características de adicción en algunos casos; en tanto, los actos suicidas normalmente son producto de reacciones agudas y de intención letal ante

un estrés crónico. Las acciones concretas para terminar con la propia vida son entonces menos frecuentes en los estados suicidas.

- c. En la AL, **la persona suele recurrir a más de un método** a través del tiempo. Una de las características importantes de la AL es la implementación de diferentes comportamientos autolesivos a través del tiempo. Por el contrario, Walsh (2006) menciona que las personas con intento suicida usualmente recurren a un solo método con intenciones letales para terminar con su vida.

- d. En la AL **no hay constricción cognitiva** o es mínima. Esto significa que la persona que recurre a la autolesión es capaz de contemplar otras opciones para manejar su estrés o malestar emocional, pero elige autolesionarse; en tanto, la persona que intenta suicidarse presenta una visión de túnel, producto de un malestar prolongado, de ello resulta una gran dificultad para valorar otras alternativas, diferentes a la pérdida de la propia vida. Siguiendo el modelo cognitivo de Beck, la persona suicida, presenta un funcionamiento mental dominado por distorsiones cognitivas e ideas irracionales disfuncionales (Beck, 1979), que no necesariamente están presentes en la persona que se autolesiona.

- e. La finalidad de la AL es **modificar el malestar emocional perturbador**, por tanto, quien se autolesiona busca alivio con esta conducta. Por otro lado, el suicida busca

terminar por completo con su experiencia, escapar del dolor emocional crónico percibido como intolerable.

- f.** La **AL produce una mejora anímica rápida.** La descripción anecdótica de las personas que se autolesionan coinciden en señalar que después del acto se produce un rápido retorno al estado cognitivo/afectivo usual, incluso asociado a bienestar. Por el contrario, después de un intento suicida, el estado emocional de la persona puede no solo mantenerse en su carácter crítico, sino agravarse aún más.

- g.** La **AL produce daño físico en grado mínimo a medio,** usualmente no compromete la vida del perpetrador. En tanto, en el intento suicida suele producirse un daño físico serio debido a la intención letal.

- h.** En la **AL suele subyacer una alienación corporal,** una imagen del cuerpo excepcionalmente pobre. En tanto, en el intento suicida suele existir una depresión significativa, aunada a una ira intensa debida al malestar emocional percibido como inevitable.

Diferencias entre autolesión y el trastorno límite de la personalidad

En el DSMIV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002), la AL es identificada como un síntoma definitorio de este trastorno de personalidad, por lo que en la práctica, quien se produce lesiones intencionales y presenta otras conductas parasuicidas suele ser identificado con este padecimiento. No obstante, existen diferencias esenciales que deben tenerse en cuenta:

- a.** El trastorno límite de la personalidad integra un complejo conjunto de signos y síntomas constantes que incluyen: inestabilidad emocional, pensamiento dicotómico, relaciones interpersonales caóticas, inestabilidad de la autoimagen, sentido de identidad y del comportamiento en general. No obstante, en las personas que practican la AL buena parte de estos síntomas se encuentran ausentes, son intermitentes y/o de intensidad menor (APA, 2002).

- b.** El trastorno límite de la personalidad es un padecimiento grave y crónico que produce dificultades constantes de relación interpersonal. En tanto, la persona con AL puede mantener un buen grado de adaptación y funcionalidad en todos los ámbitos (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis, Walsh, 2011).

- c.** La persona que padece trastorno límite de la personalidad tiene problemas prácticamente permanentes en la manera en que regula sus emociones, por lo que a menudo presenta conducta impulsiva y autodestructiva en general, no solo AL. La

persona con AL puede cursar también con dificultades para regular emociones, pero las emociones intensas y el malestar asociado son comúnmente intermitentes y suelen desaparecer con los episodios de lesiones autoinflingidas (Walsh, 2006).

- d. Algunas personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad no presentan AL, en tanto puede decirse que la mayoría de personas con AL no presentan un diagnóstico positivo de un trastorno de personalidad alguno (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis, Walsh, 2011).

En resumen, los criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad son suficientemente claros y en todo momento debe verificarse su presencia al atender a una persona con AL, puesto que un diagnóstico falso negativo puede acarrear serios inconvenientes e incluso poner en peligro la estabilidad y la vida de quien lo padece, dado que la intensidad y naturaleza misma del tratamiento requerido son esencialmente distintas.

Diferencias entre autolesión y el trastorno obsesivo compulsivo

La dinámica emocional del trastorno obsesivo compulsivo puede considerarse similar a la de la AL, en el sentido de que las lesiones autoinflingidas pueden conceptuarse como compulsiones que alivian una tensión emocional intensa (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002). Existen no obstante diferencias esenciales a tener en cuenta:

- a.** El trastorno obsesivo compulsivo es un trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de un conjunto de cogniciones poco elaboradas, repetitivas y molestas (obsesiones), las cuales pueden reconocerse como ilógicas y bizarras, no obstante generan ansiedad constante e intolerable puesto que la persona tiene serias dificultades para suprimirlas. En tanto, la AL se cataloga en el rubro de problemas del control de los impulsos, e implica que las personas pueden cursar con ideas reiteradas acerca de la necesidad de autolesionarse, pero en este caso son cogniciones egosintónicas, es decir, que las ideas en sí mismas no son molestas, e incluso pueden generar reacciones emocionales positivas (APA, 2002).
- b.** En el trastorno obsesivo compulsivo las compulsiones son actos conductuales y/o mentales de naturaleza mecánica, automática y a menudo estereotipada que la persona se siente compelida a ejecutar como una forma de encontrar alivio a la ansiedad experimentada, siendo que este alivio suele ser temporal y limitado, de tal manera que se favorece la repetición indiscriminada. En el caso de la AL, la persona suele describir que el acto genera un alivio inmediato y a menudo completo, de tal manera que puede continuar con sus actividades rutinarias (Caballo, Salazar & Carrobes, 2011).
- c.** Las compulsiones propias del trastorno obsesivo compulsivo pueden incluir en forma exclusiva “actos” mentales no observables, tales como recitar frases en cierto orden o proyección de ciertas imágenes que disminuyen la ansiedad generada por las obsesiones. En tanto, ya se ha descrito que las autolesiones son

en todos los casos actos objetivos respecto al daño en tejido corporal que generan (Walsh, 2006).

- d. En resumen, en el trastorno obsesivo compulsivo las obsesiones son la fuente directa de la ansiedad, mientras que en la AL la necesidad y urgencia de infringirse un daño es una consecuencia de experimentar ansiedad, tensión o cualquier otra emoción negativa, incluidas la vergüenza, la culpa, enojo, etc. (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis & Walsh, 2011).

Diferencias entre autolesión y la tricotilomanía

La tricotilomanía está catalogada como un trastorno del control de los impulsos, al igual que la AL y en la práctica clínica y de investigación a menudo suelen ser identificadas como un mismo padecimiento (Klonsky & Olino, 2008). A pesar del hecho de compartir dinámicas emocionales tales como depresión y ansiedad, existen diferencias fundamentales, por ejemplo en la tricotilomanía el síntoma definitorio es el impulso específico de arrancarse el cabello de una manera notoria y clínicamente significativa; en tanto que en la AL los métodos lesivos son diversos y a menudo cambian entre un mismo perpetrador, con la consideración adicional de que el método más común son los cortes autoinfringidos y no arrancarse el cabello. Por estas razones, cuando una persona presenta una pauta clínicamente significativa de tricotilomanía debe diagnosticarse como tal y no como AL.

Prevalencia

Anteriormente la AL se asociaba a grupos clínicos restringidos tales como: pacientes con enfermedades psiquiátricas crónicas y graves, así como a aquéllos que acudían a atención psiquiátrica de emergencia, a población de cárceles, jóvenes de internados y escuelas de educación especial. Se asumía que la persona con este problema cursaba con alteraciones psiquiátricas severas y con un déficit de adaptación significativo. La AL aun se vincula casi exclusivamente con experiencias caóticas/ traumáticas en la infancia, tales como disfunción familiar, abuso sexual, violencia, enfermedades mentales, etc. (Santos, 2011).

El panorama actual se ha ampliado para incluir en mayor medida a jóvenes y adolescentes de escuelas de educación regular en secundarias, preparatorias y universidades; así como adultos de la población general. Este último grupo tiene un margen amplio de edad y dificultades psicológicas y de adaptación menos graves (Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006).

No obstante el mayor interés y comprensión de los investigadores en el tema, es necesario tomar con cautela la información de los estudios recientes a fin de verificar la exactitud de las posibles conclusiones; una evidencia de esta necesidad es el margen amplio de variación de los estimados de prevalencia. Por ejemplo, en un estudio con 424 adolescentes escolares, Laye-Grindu y Schonert-Reichel (2005) reportaron que el 15% de los participantes presentaban autolesión. En tanto, *The Massachusetts Department of Education* (MDOE, 2006) reportó que el 19% de estudiantes de su muestra habían

presentado autolesiones intencionales, al menos en una ocasión durante los pasados 12 meses. Lloyd, Richardson, Perrine, Dierker y Kelly (2007) reportaron una prevalencia de hasta 46.5% en población adolescente general y aun más alta en poblaciones clínicas. Ejemplo de ello es el estudio de Cuellar y Curry (2007) con población clínica, quienes encontraron que el 43% de las 141 mujeres con delincuentes de origen hispano de su muestra, presentaban “*automutilación, en ambas formas, tanto en forma física como de conductas autodestructivas.*”

De acuerdo con Nixon y Heath (2009) tales divergencias son resultado del relativamente nuevo campo de estudio de la autolesión, e indica la necesidad de contemplar aspectos tales como: la consistencia metodológica, definiciones teóricas y operacionales, estrategias de medición, selección y composición de la muestra, etc. En el siguiente apartado, se discuten los aspectos mencionados.

Aspectos de la definición y medición

Definiciones operacionales. Una revisión de los diferentes estudios de prevalencia permite notar que los autores difieren respecto a las conductas particulares que contemplan como autolesión. Hawton, Rodham, Evans y Weatherall (2002) por ejemplo, incluyen en su definición operacional el autoenvenenamiento, saltar de alturas, sobredosis de drogas e ingestión de objetos no digeribles. En contraste, Rodham y colaboradores (2004) solo consideraron a la autolesión en forma de cortaduras autoinfringidas, dejando

de lado otras conductas que también son contempladas en la definición del presente trabajo, tales como golpearse y quemarse.

Procedimiento de medición. El siguiente aspecto a considerar es la forma en que se mide la AL, donde se encuentra que los investigadores suelen recurrir al uso de listas de chequeo, las cuales consisten en un listado de descripciones conductuales de AL para solicitar a los entrevistados que elijan aquellas opciones que apliquen a su caso. Al respecto, Nixon y Heath (2009) puntualizan que cuando la administración se realiza de manera anónima, los resultados difieren de cuando se realiza una entrevista y administración individual. Estas autoras citan el estudio de Ross y Heath (2002), quienes realizaron un tamizaje con 440 adolescentes a través de un instrumento que preguntaba: “¿Alguna vez te has hecho daño a propósito?”. En respuesta a esta pregunta, se encontró que el 21.2% de los encuestados respondieron afirmativamente. No obstante, cuando fueron remitidos a entrevistas individuales, se encontró que de esta muestra solo el 13.9% cubría los criterios para contemplar autolesión.

Duración y frecuencia. No menos importante a considerar es el tema del tiempo para realizar el diagnóstico. Al respecto, podría contemplarse el episodio único en algún momento de la vida como criterio positivo de autolesión; la Cédula de Indicadores Parasuicidas de González Forteza y colaboradores (2005) es un ejemplo de ello. No obstante, en investigación suele usarse un criterio temporal que varía desde: “*un año a la fecha*”, “*en los últimos seis meses*” (por ejemplo, Levitt, Sansone & Cohn, 2004), “*en el último mes*”, etc. De la misma manera, los autores pueden diferir al evaluar la frecuencia, ya que se puede preguntar si la persona se ha autolesionado: en más de 10 ocasiones, en

más de 3 ocasiones, de manera repetitiva, etc. Debe tenerse presente que a pesar de la disparidad, al momento de reportar los autores contemplan sus resultados igualmente como prevalencia de autolesión, en muchos casos sin mayor especificación.

Población. Habitualmente se asume la dicotomía: población clínica versus población general (no clínica). No obstante, al momento de contemplar datos de prevalencia, es importante considerar la extracción de la muestra. Por ejemplo, el sitio de la evaluación suele ser determinante al estar relacionado con la naturaleza de la población en estudio. Una muestra de pacientes psiquiátricos internados diferirá de otra extraída de pacientes psiquiátricos externos; es el mismo caso para internos de reclusorios y aquellos con diagnóstico de personalidad antisocial. En población general también suele haber variaciones al respecto, muestras de escolares y muestras obtenidas de ciertos sitios de reunión pueden ser cualitativa y cuantitativamente diferentes. De lo anterior se desprende que es importante la especificación antes de generalizar una muestra como clínica o no clínica.

En conclusión, queda claro que si bien el tema no es nuevo, aún persisten dudas metodológicas y conceptuales de importancia, por esta razón cabe esperar diferencias en las estimaciones de prevalencia debidas a las diferentes características de los estudios: tipo de población, duración y frecuencia de AL, definición operacional, etc. De esta manera, si bien aun no se cuenta con conclusiones definitivas relativas a prevalencia, la acumulación de resultados permite un mejor acercamiento al fenómeno. Con esta intención, en la siguiente sección se presentan resultados de investigación categorizados por grupos de

edad y extracción de la muestra, con descripciones específicas de la metodología de cada estudio.

Prevalencia en población clínica versus población de comunidad

Los estudios sobre prevalencia concuerdan en señalar que la autolesión tiene una mayor incidencia en población clínica, en contraste con población general (de comunidad), tanto en duración como en frecuencia. Esto fue demostrado por Briere y Gil (1998), quienes realizaron un estudio comparativo de prevalencia con ambos tipos de muestras (N=633 adolescentes), encontraron que en población no clínica la prevalencia era de 4%; en tanto que en población clínica era del 21%. Estos mismos autores concluyeron que la prevalencia en la muestra clínica se veía afectada fuertemente por la extracción de los pacientes, ya fuera que éstos provinieran de medio intrahospitalario o fueran captados por el servicio ambulatorio.

Prevalencia en población adolescente de comunidad

Si bien a la fecha se asume que la AL inicia en la adolescencia y que el problema va en aumento, las estimaciones de prevalencia varían entre los diversos autores. Por ejemplo Nixon, Cloutier y Jansson (2008) estudiaron la prevalencia de AL ocurrida sin criterio temporal (“¿Alguna vez te has lastimado en forma deliberada?”), para lo cual solicitaron autoreportes y realizaron entrevistas con una muestra de 568 adolescentes canadienses, cuyo promedio de edad fue de 17.8 años y estaba balanceada por sexo. Adicionalmente

realizaron evaluaciones complementarias del estado emocional y mental. Hallaron que el 16.9% cumplía los criterios de AL, siendo que el 71.1% eran mujeres y el 22.9% hombres. La AL fue vinculada a humor depresivo e impulsividad.

Por su parte, Lloyd-Richardson et al. (2007) estudiaron la presencia de AL en una muestra de 633 adolescentes norteamericanos de preparatoria, de los cuales el 57% eran mujeres (promedio= 15.5 años de edad). Tomaron como criterio la ocurrencia de este comportamiento en los últimos 12 meses, e incluyeron en la definición operacional: rayar la piel, impedir que sanen heridas, insertarse objetos bajo la piel/uñas. Recurrieron a una lista de chequeo de respuesta forzada con un enfoque centrado en las dificultades que enfrentan los adolescentes. Los autores reportaron una prevalencia general en su muestra de 46.5%, siendo que el 27.7% de ellos fueron considerados con AL de moderada a severa de acuerdo a sus criterios. La severidad no varió en función del sexo.

En tanto, Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005) en un estudio que buscaba evaluar conductas de salud y psicopatología, realizaron un monitoreo de conductas autolesivas en una muestra de 424 estudiantes canadienses de preparatoria cuyo rango de edad fue de 13 a 18 años (promedio: 15.34 años), 44% hombres y 56% mujeres. A través de preguntas no específicas, se buscaba detectar autolesión que produjera *“una herida inmediata y visible alguna vez en la vida”*. Los autores hallaron una prevalencia de 13.2%, siendo que la proporción por sexo era del doble de mujeres.

En otro estudio con adolescentes norteamericanos, Muehlenkamp y Gutierrez (2004) estudiaron la prevalencia de la autolesión sin criterio temporal (*“¿Alguna vez te has*

herido intencionalmente”), utilizando listas de chequeo con opciones de respuesta predeterminadas. El enfoque del estudio fue tendiente a hallar elementos depresivos y suicidas en su muestra, la cual estuvo conformada por 390 adolescentes con un promedio de edad de 15.53 años. Se halló una prevalencia de 16.1% para conductas de autolesión; si bien los autores no reportan las diferencias específicas entre sexos, la mayor parte de la submuestra con autolesión estuvo constituida por mujeres.

Rodham y colaboradores (2004) realizaron un estudio centrado en la exploración de estilos de vida y habilidades de afrontamiento, conjuntando para ello una muestra de 6020 adolescentes ingleses de preparatoria (22% eran hombres y 78% mujeres) con un rango de edad de 15-16 años. Los investigadores recurrieron a una pregunta abierta con la finalidad de hallar AL en los últimos 12 meses en forma de cortes autoinfringidos, pero sin incluir otras modalidades de AL. El cuestionario que administraron también incluía preguntas cerradas. La prevalencia hallada para esta muestra fue de 3.65%. Este resultado es notoriamente distinto con los estudios previos y puede atribuirse tanto a la metodología como a la definición operacional empleada de autolesión.

Ross y Heath (2002) estudiaron la frecuencia de la AL en población adolescente de comunidad. Las autoras conjuntaron una muestra de 440 jóvenes de preparatoria, quienes tuvieron un promedio de edad de 15 años. Se empleó una medida de tamizaje creada para el estudio, así como una entrevista semiestructurada de seguimiento a fin de corroborar el diagnóstico con aquellos que contestaron afirmativamente. La definición operacional de AL contempló la definición conceptual de Favazza (1989): cortarse, quemarse, golpearse, morderse, pincharse, pero en este caso no se incluyó un criterio temporal específico para

considerar autolesión. La prevalencia hallada fue de 13.9%, siendo que las mujeres reportaron índices más altos (64%) en contraste con los hombres (36%).

Las distintas estimaciones confirman las divergencias y complicaciones metodológicas al momento de estudiar el fenómeno, no obstante, la acumulación de datos de investigación permite establecer algunas observaciones con firmeza. De acuerdo con Klonsky, Muehlenkamp, Lewis y Wash (2011) ejemplos como los datos de investigación citados indican que la prevalencia de AL en población adolescente va en aumento. Es claro también que la gran mayoría de personas que inicia con este problema son adolescentes y que si bien muchos pueden hacerlo en forma experimental, el primer episodio favorece la repetición del acto. Los estimados para esta población varían entre un 10% y un 20% y pueden llegar a ser más altos de acuerdo a los criterios de medición.

Prevalencia en población adulta de comunidad

Puesto que el inicio del problema comúnmente ocurre en edad adolescente, se ha supuesto y confirmado que existe también una proporción considerable de adultos jóvenes que practican la AL. Un ejemplo reciente es el estudio enfocado hacia la exploración de estrategias de afrontamiento (Heat et al., 2008) que incluyó detección y prevalencia de AL (sin criterio temporal) con población universitaria de Canadá; se utilizaron listas de revisión con respuesta forzosa que incluía opciones tales como rayar la piel, impedir que sanen heridas e insertarse objetos bajo la piel/uñas. El rango de edad de los 728 participantes incluidos fue de 18- 55 años ($\mu = 20.64$ años). La prevalencia hallada fue de

11.68%, siendo que la muestra estuvo constituida en un 78% de mujeres. Debido a esta particularidad los autores concluyeron sin especificar diferencias por sexo en sus datos.

Gratz (2006) realizó un estudio de prevalencia de AL con población norteamericana de comunidad, utilizó una muestra constituida exclusivamente por mujeres (n=249, excluyendo de la muestra a 97 hombres). Se administraron listas de chequeo preestructurados con diferentes opciones de respuesta; cabe destacar que en la definición operacional de AL se incluyeron: golpearse, así como ruptura de huesos. La pregunta para detectar AL no involucraba criterio temporal (“¿Te has hecho daño intencionalmente a ti misma alguna vez?”). El rango de edad fue de 18 a 55 años, con un promedio de 23.39 años. La prevalencia hallada fue de 37%.

En tanto, Whitlock, Eckenrode y Silverman (2006) estudiaron una muestra aleatorizada de 3069 estudiantes universitarios norteamericanos (balanceada por sexo), a quienes se administró una lista de chequeo con opciones de respuesta que incluían rayar/perforar la piel, impedir la sanación de heridas, frotarse con vidrio y jalarse el cabello; el rango de edad fue de 18 a 24 años. No se contempló un criterio temporal específico para considerar las autolesiones. El estudio se enfocó en evaluar salud mental en población universitaria, por lo que se realizaron evaluaciones adicionales. Los autores hallaron una prevalencia de 17% de conducta autolesiva.

El interés original de la investigación realizada por Klonsky, Oltmanns y Turkheimer (2003) fue el estudio de la personalidad y detección de pautas de psicopatología en una muestra de 1986 adultos norteamericanos de comunidad (reclutas

militares, 62% hombres y 38% mujeres), cuyo promedio de edad fue 20 años. Se contempló como definición operacional de autolesión dos ítems de una entrevista estructurada administrada (estilos adaptativos y desadaptativos de personalidad); en este caso no se incluyó un criterio temporal para definir la presencia de la autolesión. La prevalencia hallada por los autores fue de 4%.

De los estudios reseñados se extrae que cuando se definen con claridad y operacionalmente las conductas consideradas como AL, al tiempo que se delimitan criterios temporales –contrario a la ocurrencia alguna vez en la vida-, la prevalencia en población adulta joven de la comunidad fluctúa entre un 10% y 20%, similar a la de adolescentes de extracción no clínica.

Prevalencia en población clínica: Adolescentes

La manifestación en adolescentes de síntomas y/o dificultades suficientemente graves como para ser identificables y requerir atención especializada, hace presuponer que existe una mayor prevalencia de AL en este tipo de población. Es importante recordar que anteriormente este problema se consideraba privativo de esta extracción poblacional, pero ante la evidencia del cambio del fenómeno, resulta conveniente la revisión de los datos de investigación actuales.

Por ejemplo, Jacobsen, Muehlenkamp y Miller (2008) realizaron una investigación enfocada al estudio específico de la conducta autolesiva, así como de la intención suicida

con una muestra de 227 pacientes de extracción psiquiátrica cuyo rango de edad fue de 12-19 años (media de 15 años). Realizaron entrevistas semiestructuradas sin contemplar un criterio temporal específico. En este caso, la muestra estuvo constituida en su mayor parte por mujeres (66%). La serie de conductas exploradas y contempladas en la definición operacional de autolesión incluyeron las siguientes: cortarse, quemarse, inducción de sobredosis, saltar de alturas e ingerir veneno, considerando que ninguna de las conductas anteriores tenía una franca intención suicida. La prevalencia hallada fue de 12% para autolesión sin intento suicida, y de 17% para la autolesión con historial de intento suicida adicional. Los autores concluyeron que las mujeres tuvieron una probabilidad mayor de ser incluidas en alguno de los 3 subgrupos: autolesión, autolesión con intento suicida y grupo con intento suicida.

Por su parte, Nock y Prinstein (2004) estudiaron la prevalencia de la autolesión ocurrida en el último año con una muestra de 108 internos psiquiátricos en Norteamérica, cuyo rango de edad fue de 12-17 años y una media de 14.8 años; la muestra estuvo constituida por mujeres en un 70%. La definición operacional de autolesión incluyó: cortarse, quemarse, golpearse, jalarse el cabello, morderse, insertarse objetos bajo la piel y pincharse, todo ello sin intención de quitarse la vida y sin intentos suicidas. Se administró una escala preestructurada (*The Functional Assessment of Self Mutilation*) con la opción de aportar más alternativas a las conductas anteriores. La prevalencia hallada fue de 82.4%, sin diferencias significativas para sexo en cuanto a método, frecuencia y edad de inicio.

En tanto, Nixon, Cloutier y Aggarwal (2002) estudiaron la frecuencia de conductas autolesivas con población clínica adolescente en Canadá, se trató de 42 jóvenes

hospitalizados en una clínica psiquiátrica (admitidos por este motivo en un periodo de 4 años), cuyo promedio de edad fue de 15.7 años, siendo que el 86% de la muestra estuvo constituida por mujeres. Los investigadores llevaron a cabo un tamizaje para identificar autolesión, cuya definición operacional contemplaba: *“daño físico auto infringido sin intención suicida consciente”*. Se halló una prevalencia del 38%, con una proporción más alta de mujeres que se autolesionaban.

Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito, Donaldson y Boerges (2001) realizaron una investigación enfocada al estudio del suicidio en adolescentes, con una muestra de 95 participantes, cuyo margen de edad fue de 12-18 años (promedio de 15 años de edad), la cual estuvo constituida en 84% por mujeres. El estudio se llevó a cabo en el departamento de urgencias de un hospital general de Estados Unidos. Se administraron escalas preestructuradas con opciones de respuesta, incluyendo la opción de describir alguna otra conducta autolesiva no contemplada en el cuestionario. Se consideró el margen de un año desde la última autolesión para reportar un diagnóstico positivo. Los autores encontraron una prevalencia de 55% de conductas autolesivas en el último año, que incluían: cortarse, quemarse, golpearse, jalarse el cabello, morderse, insertarse objetos y pincharse; todo ello sin una intención suicida.

Es claro que si bien las estimaciones de prevalencia para esta población son divergentes, algunos datos llegan a ser alarmantemente altos. Es evidente también que dichas divergencias son debidas a variaciones en la especificación del criterio temporal, en la definición operacional, así como en el procedimiento de medición. No obstante lo cual, parecen confirmar que la prevalencia es definitivamente mayor, superior al menos al 20%.

Prevalencia de autolesión en población adolescente mexicana

Si bien el tema es aun poco conocido y estudiado en México, existen estudios pioneros que permiten una aproximación preliminar al fenómeno. Ejemplo de ello es el estudio realizado por la asociación ALÍA (Santos, 2006) acerca de la prevalencia de autolesión en población mexicana, para el cual se implementó un monitoreo en escuelas secundarias públicas y privadas de la Ciudad de México y zona conurbada, en Centros de Integración Juvenil (que atiende a jóvenes con problemas de adicciones) y en el Centro de Atención al Alumno Vulnerable de Escuelas Secundarias Técnicas del Distrito Federal; por tanto, la muestra incluyó tanto población clínica como no clínica, con margen de edad de 12 a 18 años. El criterio fue la presencia de al menos cinco episodios de autolesión no suicida en el último mes (autoreporte), encontrándose una prevalencia de entre 8 y 14%.

La misma asociación realizó una encuesta vía internet a través de su página web, solicitando la participación anónima a los usuarios que reciben orientación debido a sus autolesiones. La muestra se conformó por 92 personas que decidieron participar. Los resultados confirmaron que las características de la muestra son similares a las de otros países: la edad de inicio fue entre los 12 y los 15 años, el intervalo transcurrido antes de comentarlo a alguien fue de 18 meses, existiendo antecedentes de abuso físico y/o sexual en el 65% de los casos; además de coexistir un trastorno de la conducta alimentaria en el 52% de los casos. Los actos más comunes de autolesión fueron: cortarse (90%), pegarse (35%), quemarse (30%). El ciclo de emociones abstraído a partir de análisis del discurso fue: antes del acto, una escalada de emociones percibidas como intolerables (tristeza, angustia, soledad, frustración y enojo como las más comunes); durante el acto,

concentración y tranquilidad; después del acto, sentido de control, reintegración, tranquilidad, permiso de autocuidado (Santos, 2006).

Por su parte, González-Forteza, Álvarez, Hernández, Carreño, Chávez y Pérez (2005) estudiaron la prevalencia de la autolesión deliberada en adolescentes universitarios del estado de Guanajuato. Se administró la Cédula de Indicadores Parasuicidas de González-Forteza (2006) a 2530 estudiantes de ambos sexos (45.6% hombres y 54.4% mujeres). Este instrumento permite la identificación de autolesión (sin criterio temporal), frecuencia, motivos, métodos, edad de inicio, así como ideación suicida. Los resultados muestran que la prevalencia de la autolesión con al menos un episodio fue de 3.1% para los hombres y de 10.7% para mujeres. La edad de inicio fue a los 13 años en ambos sexos; en tanto, las causas más reportadas fueron: las de naturaleza emocional (52.8% hombres, 45.9% mujeres), así como aspectos interpersonales (30.6% hombres, 43.8 mujeres).

Prevalencia de conductas autolesivas particulares

Se explicó que una de las dificultades para el estudio de la AL son las diferentes definiciones operacionales que los investigadores han propuesto, es decir, a la fecha aún no se define con total certeza al conjunto de conductas que pueden considerarse formas de AL, y por tanto, tampoco a aquellas que no entran en esta definición. La zona geográfica puede ser incluso un factor importante, puesto que ciertas pautas conductuales pueden ser poco comunes en algunas zonas, pero mucho más prevalentes en otras; por ejemplo el

saltar de alturas y la ingestión de objetos no digeribles son poco comunes en población mexicana (Santos, 2006).

A pesar de la divergencia, pueden extraerse algunas conclusiones preliminares a partir de las pautas de AL más recurridas por los perpetradores y por tanto, comúnmente estudiadas en todo el mundo; por ejemplo, Walsh y Frost (2005) confirmaron una muestra de 70 adolescentes con AL y encontraron que la combinación de los métodos: cortar, rayar y/o marcar la piel aparecía en el 91.2% de los casos. Corroborando lo anterior, Nock y Prinstein (2004) al estudiar adolescentes de medio intrahospitalario psiquiátrico, encontraron que cortar, rayar, marcar la piel aparecían como los métodos más comunes para autolesionarse, variando el porcentaje a medida que incrementaba el número de incidentes, lo cual indica que los adolescentes de su muestra recurrían a más de un método a través del tiempo. Golpearse, morderse, jalarse el cabello e insertarse objetos bajo la piel le seguían en porcentaje mucho más bajo.

En tanto, Ross y Heath (2002) estudiaron una muestra de adolescentes escolares, utilizando tanto un instrumento preestructurado como entrevistas de seguimiento semiestructuradas; hallaron que cortarse era el método más frecuente de autolesión, seguido de golpearse, pincharse y morderse.

Por su parte, Favazza y Conterio (1988) en su estudio con una muestra de 250 personas con autolesión encontraron que el 96% de las mismas eran mujeres, indicando además que los métodos más comunes para autolesionarse eran: cortarse (72%), quemarse

(35%), golpearse (30%), impedir la sanación de heridas (22%), jalarse el cabello (tricotilomanía, 10%) y ruptura de huesos (5%).

En resumen, los métodos más comunes reportados en la literatura de autolesión son los siguientes (en orden de frecuencia): a) cortar, marcar, rayar la piel, b) excoriación de heridas, c) golpearse, d) quemarse, e) impactar la cabeza, f) tatuajes autoinfringidos (sin la intención de ser exhibidos), g) otros: –en menor proporción- morderse, insertarse objetos, jalarse el cabello, ingerir objetos, etc. (Walsh, 2006).

Conclusiones relativas a la prevalencia de la autolesión

Heath, Schaub, Holly y Nixon (2009) resumen los hallazgos de la investigación reciente en cuanto a prevalencia en los términos siguientes:

- Si bien existen variaciones de acuerdo a la metodología del estudio, parece claro que la prevalencia es más alta en población clínica versus la no clínica (de comunidad, escolar), en proporción aproximada de 21%- 4%. Aún falta determinar si estas diferencias son reflejo de diferencias en las características de la muestra (mayor gravedad en la sintomatología), o si se deben a la naturaleza misma del fenómeno, es decir, que hay una subestimación en la población de comunidad debida a que la AL no suele ser considerada un problema por el perpetrador, además de que el acto suele realizarse en forma privada.

- La prevalencia en población adolescente de comunidad varía del 10% al 20%.
- Las diferencias por sexo son más notables en estudios de población clínica, donde las mujeres tienden a presentar autolesión en mayor frecuencia. Las autoras hipotetizan que esto es debido a que las mujeres tienen menos prejuicios al buscar ayuda.
- La AL es más frecuente en jóvenes caucásicos (en las muestras norteamericanas estudiadas), así como en personas con preferencia homosexual, conflictuados por su sexualidad.
- La mayoría de las personas que se autolesionan comienzan a la edad de 13-15 años, siendo que una minoría puede comenzar antes (Ross & Heath, 2002); la AL en niños no es un tema tan conocido, ni estudiado ni siquiera mencionado, pero parece haber evidencia preliminar de que algunas personas inician en edad infantil, por ejemplo Yates, Carlson y Egeland (2008) reportan casos de inicio a la edad de 4 años. Cabe mencionar que a menudo estos datos se obtienen de reportes de adolescentes y adultos entrevistados, más no de muestras en edad infantil.
- Los estudios de prevalencia con población mexicana indican que las características generales son similares a las observadas en otros países.

Etiología y modelos conceptuales de autolesión

El estudio de la AL como problema de salud data de finales de la década de los 70. Desde entonces, el interés de los investigadores en el tema ha crecido y se han formulado diversas propuestas teóricas que intentan dar cuenta de la naturaleza de este comportamiento. Cabe destacar que a menudo se han extraído conclusiones apresuradas, evidente en volúmenes que asocian la autolesión a dinámicas emocionales particulares (por ejemplo, víctimas de abuso sexual), así como a comorbilidad y etiología específicas (síntomas disociativos, trastornos de la conducta alimentaria); lo cual, si bien se ha documentado, resulta evidente que la metodología empleada para obtener los datos ha sido heterogénea y que el problema no ha sido aun completamente esclarecido. En el siguiente apartado se exponen las principales líneas metodológicas implementadas por los investigadores, las cuales deben tomarse en cuenta antes de abstraer conclusiones.

Consideraciones metodológicas y de medición

Klonsky (2007) realizó una abstracción de 3 diferentes métodos que los investigadores han empleado con la finalidad de estudiar las funciones de la autolesión:

- a) Autoreportes de las razones para autolesionarse. En estos estudios se pide a las personas que integran la muestra que especifiquen las motivaciones/causas que los llevan a autolesionarse; habitualmente se emplean listas de chequeo con descripciones de diferentes formas de autolesión, así como una lista de las razones

potenciales. Suele añadirse también opciones de respuesta abierta para circunstancias no contempladas en las listas de chequeo. Un ejemplo de este tipo es el Self Injury Questionnaire (SIQ de Vanderlynden & Vandereycken, 1997).

- b) Autoreportes fenomenológicos. En estos estudios se pide a las personas que describan con amplitud la experiencia de la autolesión. Se solicitan respuestas abiertas acerca de las emociones y circunstancias que anteceden, acompañan y siguen al episodio autolesivo. Este enfoque aporta una gran riqueza al estudio comprensivo del fenómeno, pero tiene las siguientes limitantes: 1) la abstracción depende de un análisis del discurso, es decir, de la interpretación del investigador; 2) depende asimismo de la interpretación que la persona que se autolesiona hace de su propia experiencia subjetiva, la cual puede ser mal expresada/comprendida. Este enfoque se utiliza fundamentalmente en estudios cualitativos y con el método narrativo y de análisis del discurso (por ejemplo Harris, 2000). Algunos autores añaden observación cualitativa y conducen entrevistas abiertas (por ejemplo Crouch & Wright, 2004).
- c) Estudios de laboratorio. Se refiere a estudios realizados en contextos controlados, aislando y manipulando variables para determinar una relación particular entre las mismas. Un estudio clásico al respecto es el realizado por Haines, Williams, Brain y Wilson (1995), quienes estudiaron los componentes fisiológicos de relajación concurrentes al acto de autolesión en población forense. La ventaja de este

procedimiento es que limita la interpretación subjetiva de la experiencia, añadiendo una serie de medidas fisiológicas que acompañan al autoreporte.

Los tres diferentes métodos de medición-estudio hacen explícitas las complicaciones para definir operacionalmente la conducta y cuantificarla, así como para permitir un acercamiento al fenómeno con la suficiente sensibilidad y profundidad; cabe destacar además que las diferentes aproximaciones son dependientes del marco teórico del investigador. Desde hace un tiempo existen diferentes formulaciones teóricas, las cuales han recibido mayor o menor apoyo experimental; en la siguiente sección se presentan las principales.

Principales modelos teóricos de la autolesión

Suyemoto (1998) resume las formulaciones teóricas existentes, las cuales pueden agruparse en 5, aclarando que para esta discusión se incluyen dos más: 1) modelo ambiental, 2) modelo de pulsiones, 3) modelo de la regulación afectiva, 4) modelo de la disociación, 5) modelo de los límites/fronteras, 6) formulaciones psicofisiológicas, y 7) modelo integral (evitación de la experiencia). En esta sección se presenta cada uno de estos modelos teóricos, exponiendo los hallazgos que sustentan a cada uno, el apoyo experimental recibido así como la metodología que les subyace.

Modelo ambiental

Este modelo asume a las variables ambientales como mediadoras en la génesis y mantenimiento de la AL. Las respuestas positivas del ambiente inmediato (atención, cuidado, preocupación) refuerzan tal comportamiento, a la vez que colocan la responsabilidad del conflicto emocional fuera de la persona, quien aprende a manipular y controlar el ambiente a través de la AL; el enfoque conductual y de análisis del comportamiento se ha centrado en esta perspectiva y ha encontrado sustento en resultados para esta formulación en algunos reportes de investigación, especialmente con población clínica y pacientes con trastorno límite de la personalidad (Brown, Comtois & Linehan, 2002; Rosen & Walsh, 1989), así como en población no clínica, por ejemplo, Nock y Prinstein (2004), si bien estas autoras hallaron una menor proporción de reforzamiento externo respecto a otras pautas de reforzamiento. El aprendizaje social puede estar también en el origen de la AL, así como en el seguimiento de modelos, especialmente entre pares (Suyemoto, 1998).

Modelo de las pulsiones

Este modelo es propuesto principalmente por autores con orientación psicoanalítica y asume que la autolesión es resultado de la represión de las pulsiones de vida, de muerte y sexual. Dentro de este modelo, Firestone y Seiden (1990) proponen que la autolesión es un *sustituto del suicidio*, la cual sería entonces un microsicidio que sustituye a la acción destructiva letal, permitiendo conjuntar de esta manera los afectos y acciones negativos

hacia uno mismo y al mismo tiempo crear una ilusión de dominio sobre la muerte; se trataría por tanto un mecanismo de enfrentamiento que ayuda a evitar el suicidio.

Dentro de este mismo modelo, existe una propuesta que asume que la autolesión tiene dos funciones: 1) proporciona gratificación sexual, 2) proporciona un castigo por sentimientos sexuales, permitiendo así evadir las conductas sexualmente motivadas, así como controlar la sexualidad y maduración psicosexual en general (Suyemoto, 1998). La autolesión como acción distorsionada serviría como solución a la expresión de pulsiones en conflicto, a lo cual subyacen problemas edípicos, y por tanto, de naturaleza sexual. El modelo se sustenta en estudios de caso presentados como investigación cualitativa, así como en formulaciones basadas en la teoría psicoanalítica. Cabe destacar que este modelo se basa en estudios anecdóticos interpretados a la luz de estas teorías, pero sin un sólido apoyo experimental.

Modelo de regulación afectiva

Esta es una de las propuestas más compartida por los diversos autores del tema, e incluso es vista como la función primaria de la AL. Desde esta perspectiva, la acción lesiva intencional se utiliza para expresar y externalizar emociones perturbadoras e intolerables, a la vez que se crea un sentido de control sobre las mismas (Allen, 1995; Linehan, 1993). Emociones tales como ira, ansiedad, frustración y vergüenza, comúnmente se han asociado al momento previo del acto autolesivo en autoreportes en diversos estudios, tales emociones son seguidas de experiencias subjetivas de alivio y calma cuando la acción se

ha concretado. Esta conclusión se ha obtenido a partir de estudios cualitativos, en los cuales se ha realizado análisis del discurso en población no clínica (por ejemplo, Gallop, 2002) y en población forense (Jeglic, Vanderhoff & Donovanick 2005). Asimismo, esta función ha sido reportada en estudios cuantitativos con respuestas cerradas, en población clínica y no clínica. Vanderlynden y Vandereycken (1997) proponen que el alivio se obtiene a través de: 1) catarsis directa, 2) al generar distracción y/o 3) induciendo una disociación. No obstante la gran aceptación de esta propuesta, el mecanismo preciso que genera un alivio emocional precedido de estados afectivos perturbadores no ha sido completamente aclarado (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Modelo de Disociación

Este modelo explicita el vínculo hallado frecuentemente por los investigadores entre la AL y los síntomas disociativos. La formulación se extiende en dos vertientes: la primera asume que la AL induce una disociación como una forma de lidiar con afectos perturbadores. Desde esta perspectiva, la AL es un mecanismo de afrontamiento estrechamente vinculado a experiencias disociativas que inducen la relajación y alivio subsecuente. Esta formulación ha encontrado sustento en estudios que han evaluado la relación entre síntomas disociativos y conductas autolesivas en población clínica, por ejemplo, el trabajo de Mendoza y Pellicer (2002) con pacientes con trastorno límite de la personalidad (población mexicana), estos investigadores reseñan los cambios fisiológicos que hipotéticamente inducen la disociación con el acto autolesivo, así como la anestesia que disminuye la percepción del dolor durante el acto.

La segunda vertiente postula que la autolesión rompe/termina con un estado disociativo perturbador. Desde esta perspectiva, tal acción busca crear/mantener un sentido de identidad cuando coexisten estados emocionales desagradables y perturbadores. Se ha especulado que tanto la impulsividad como los síntomas disociativos se encuentran en la raíz de la autolesión (Vanderlynden & Vandereycken, 1997), y este modelo explicaría la relación que se ha establecido entre la autolesión y el trastorno de estrés postraumático, donde los flashbacks y niveles altos de ansiedad generan afectos intensos, desagradables y disociación. No obstante, aun no ha sido aclarado cuál es el mecanismo específico a través del cual se rompe una disociación. Se ha propuesto que la visión de la sangre puede ser el posible agente (el impacto del color rojo), así como las cicatrices resultantes, las cuales servirían para crear una continuidad con el episodio disociativo (y las experiencias y emociones previas), las cuales de otro modo no podrían ser integradas al sentido de identidad (Suyemoto, 1998).

Modelo de los límites/fronteras

Este modelo afirma que la autolesión cumple la función de afirmar los límites del *self*. Marcar la piel -la cual separa a los individuos del medio ambiente y de otras personas-, puede ayudar a crear un sentido de mayor independencia, autonomía y distinción de los otros (Klonsky, 2007); en este sentido, la sangre y las cicatrices son la indicación de la realidad del *self*, creando una representación única, distinta y separada de sí mismo. Esta propuesta se basa en la teoría de las relaciones de objeto, así como en la psicología del desarrollo del yo. El modelo argumenta que las raíces de la autolesión se

encuentran en la infancia, en una falla para formar representaciones de objeto estables (debido a experiencias de poca empatía con los padres), de modo que la persona experimenta de forma recurrente y en especial durante la adolescencia, un temor al abandono, así como a perder consecuentemente su identidad al relacionarse con otros; como resultado, la autolesión es una manera de mantener la identidad y la separación de los demás (Suyemoto, 1998). Este argumento se sustenta en estudios de caso y en el análisis del discurso y experiencias vitales (aproximación fenomenológica), explorado a través de entrevistas abiertas y formulaciones teóricas (Woods, 1988).

Aproximaciones psicofisiológicas

Un estudio clásico en la materia fue implementado por Haines, Brain y Wilson en 1995; estos investigadores estudiaron el efecto psicofisiológico que producían imágenes mentales de AL inducidas en 3 grupos de estudio: 15 prisioneros con autolesión, 11 prisioneros control sin AL, y 12 no prisioneros (estudiantes) sin AL. La evocación de imágenes fue personalizada y se dividió en 4 fases: a) descripción de la situación, b) la conducta de aproximación o momento previo, c) incidente actual o descripción durante el episodio, y d) consecuencia del episodio, incluyendo reacciones específicas. Se tomaron medidas fisiológicas como: pulso sanguíneo, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, nivel de resistencia cutánea, entre otras. Los resultados indicaron una disminución en la respuesta fisiológica y subjetiva durante la fase de imaginación guiada solo en el grupo con autolesión, lo cual sugiere de acuerdo a los autores, que la autolesión se establece y mantiene por su función reforzante de alivio de la tensión.

Un estudio más reciente respecto a etiología exploró la interacción entre las características biológicas y las medioambientales en adolescentes que presentaban autolesiones (Crowell , Beauchaine, McCauley, Smith, Vasilev & Stevens, 2008). Los autores hallaron que las deficiencias en la función serotoninérgica (nivel bajo de serotonina periférica 5HT), en conjunto con variables familiares: nivel alto de conflictos y emocionalidad negativa en la relación con los padres, se asociaban a los adolescentes con autolesiones. Estas familias presentaban menos afecto positivo, más afecto negativo y menos cohesión que el grupo de adolescentes sin autolesiones, con lo que podía hacerse una mejor diferenciación entre grupos al añadir la variable biológica descrita.

Al intentar profundizar en el mecanismo específico que genera alivio de tensión a través de la AL, Chapman, Gratz y Brown (2006) comentan que el mecanismo fisiológico que puede subyacer al alivio de estrés concurrente con la autolesión es la liberación de opioides endógenos, lo cual genera anestesia y alivio de la tensión emocional. A continuación citan investigaciones que apoyan esta hipótesis, concluyendo que los resultados son aun inconsistentes. Una hipótesis alterna es propuesta por Saxe, Chawla y Van der Kolk (2002), quienes indican que al experimentar estrés emocional, la persona mantendría un nivel elevado de opioides péptidos en general, lo cual ocasionaría síntomas disociativos aversivos; la autolesión cumpliría entonces la función de terminar con la disociación a través del dolor.

Simeon, Stanley, Frances, Mann, Winchel y Stanley (1992) exploraron las diferencias en comorbilidad psiquiátrica y variables fisiológicas en 52 pacientes con trastorno de personalidad, comparando dos grupos apareados: 26 con autolesión y 26 sin AL. Se administraron diversos inventarios de psicopatología, así como medidas fisiológicas de la función serotoninérgica. Hallaron que los pacientes con AL presentaban patología del carácter más severa, más datos de historial de agresión y pautas antisociales. Asimismo, presentaron índices más altos de depresión y desesperanza con las escalas de Beck; con medidas de impulsividad, enojo crónico y ansiedad somática. En cuanto a las medidas fisiológicas, los resultados apuntan a la existencia de una disfunción de la función serotoninérgica que facilita la conducta autolesiva.

A este respecto, Mendoza y Pellicer (2002) realizaron una revisión de la literatura científica existente que apoya la formulación de la disfunción serotoninérgica en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Los autores proponen una hipótesis que implica a las estructuras límbicas que procesan el componente cognitivo-afectivo del dolor, así como al sistema serotoninérgico; la AL resultaría de una disfunción de la percepción nociceptiva (de la autoconciencia), particularmente de los mecanismos de alto orden de procesamiento, donde se integra el dolor como experiencia consciente y aversiva. Relacionado a ello, las alteraciones nociceptivas se han asociado a la mayor incidencia de experiencias disociativas, explicando así el incremento del umbral del dolor durante el episodio autolesivo. La autolesión sería una consecuencia de esta disfunción en personas sometidas a estrés crónico y en aquellas biológicamente vulnerables.

Los estudios de AL que integran la medición de variables fisiológicas parecen confirmar la interacción entre variables psicológicas y somáticas en el origen del problema. Si bien aun no existen datos concluyentes, las hipótesis más estudiadas y sólidas involucran a la disfunción serotoninérgica, por tanto asocian la AL con sintomatología depresiva; así como la mayor presencia de opioides, propuesto este último mecanismo tanto como un regulador del dolor físico y/o emocional y como un posible generador de experiencias disociativas.

Modelo integral (de evitación de la experiencia)

La evidente heterogeneidad de los hallazgos apunta hacia la hipótesis de que la AL puede cumplir distintas funciones psicológicas. Chapman, Gratz y Brown (2006) formularon un modelo basado en el análisis conductual y teoría cognitiva, que propone 4 funciones básicas no excluyentes, dispuestas en 2 ejes. El primer eje contempla: contingencias automáticas (internas) – contingencias sociales (externas). El segundo eje contempla: reforzamiento positivo – reforzamiento negativo.

Este modelo sugiere que la AL es en esencia reforzada negativamente (reforzamiento automático negativo) a través de la reducción de estados emocionales aversivos, displacenteros. Se asume que la persona con AL presenta características particulares tales como: tendencia a la evitación, relacionada posiblemente a pobre tolerancia al estrés, respuestas emocionales más intensas, habilidades deficientes de

regulación emocional y/o deficiencias en la implementación de estrategias de enfrentamiento adecuadas (cuando se encuentra emocionalmente alterado).

De esta manera, la AL se establece y perpetúa debido a 4 factores: a) el efecto paradójico de la evitación/escape que produce, incrementando el estrés y facilitando su continuación; b) el fracaso para eliminar la respuesta afectiva aversiva (falla en el procesamiento afectivo, limitando la oportunidad de aprender otras respuestas); c) conducta guiada por reglas verbales poco flexibles y búsqueda de alivio inmediato; d) la habituación, que genera adicción, persistencia y disminución en la percepción del dolor (Nixon & Heath, 2009).

Este modelo pone énfasis en el elemento de reforzamiento negativo, es decir, en la función de escape que cumple la AL, asimismo propone que actúan en menor medida otras tres funciones: 1) el reforzamiento positivo automático, es decir, cuando la autolesión genera un estado fisiológico/psicológico deseable, positivo; esta función se denomina también: generación de emociones/sensaciones. 2) reforzamiento social positivo, que ocurre cuando la autolesión genera atención, cuidado, afecto de otras personas, en este caso, este comportamiento puede tener intención de manipular y crear un efecto sobre el medio; 3) reforzamiento social negativo, en este caso, la autolesión cumple la función de escapar de las demandas y obligaciones impuestas por otros (Nixon & Heath, 2009).

Chapman, Gratz y Brown (2006) van más allá y argumentan tras hacer una extensa revisión del tema, que todas las funciones descritas previamente en las investigaciones, así como las formulaciones teóricas, son evidencia de la principal función de la autolesión: el

reforzamiento negativo. En este análisis se incluye a los estudios que presentan autoreportes para evaluar las funciones de la autolesión, los cuales pueden ser agrupados como sigue: a) decrementar síntomas disociativos, b) prevenir flashbacks y recuerdos agobiantes, c) reducción de estrés y tensión, d) expresar emociones perturbadoras, e) proveer un sentido de seguridad y protección, f) reducir el enojo, g) castigar a uno mismo, h) mostrar a otros la necesidad de ayuda, i) evitar que la persona dañe a otros. En cada caso se propone que el alivio emocional se encuentra en la base de la autolesión, así como el elemento clave, que es el escape de estados emocionales agobiantes y perturbadores.

Nock y Prinstein (2005) evaluaron empíricamente este modelo con 89 adolescentes (23 hombres y 66 mujeres), con margen de edad de 12-17 años, quienes presentaban AL, y fueron vistos en consulta psiquiátrica debido a ello. Se realizaron entrevistas estructuradas durante la admisión y se administraron escalas para medir la frecuencia de lesiones junto con la comorbilidad psiquiátrica. Los resultados señalan que la AL se implementaba de manera impulsiva, sin uso de alcohol/drogas y sin percepción de dolor; lo anterior sugiere la ausencia de planeación y la influencia de contingencias internas inmediatas. La principal función reportada fue el reforzamiento negativo automático (escape de experiencias emocionales displacenteras), la cual se asociaba a desesperanza e historia de intentos de suicidio. Las otras funciones: reforzamiento automático positivo, así como el reforzamiento social (positivo y negativo) ocurrieron en menor proporción. Los resultados se presentan como evidencia de la validez del modelo.

Las mismas autoras (Nock & Prinstein, 2004) realizaron un estudio previo con 108 adolescentes, 32 hombres y 76 mujeres con edades de 12- 17 años, pacientes psiquiátricos

referidos por presentar pensamientos y autolesiones (sin síntomas psicóticos). Se les administró una escala de análisis funcional de autolesión (*The Functional Assessment of Self-Mutilation*). En este caso, se halló mayor presencia de la función de reforzamiento negativo automático (interno), seguido del reforzamiento automático positivo, y en una menor proporción a las 2 funciones de reforzamiento social; particularmente el reforzamiento social puede estar menos presente debido a que los jóvenes que se autolesionan suelen ser personas socialmente aisladas. Los resultados aportan sustento empírico al modelo de la evitación de la experiencia, coherente con la teoría del aprendizaje.

En una excelente revisión del tema, Klonsky (2007) examinó las diferentes funciones reportadas en la literatura científica sobre el tema de la AL, resumiendo las diferentes investigaciones, su metodología y hallazgos. En su revisión de 18 estudios científicos con población clínica y no clínica, encontró que prevalece la metodología del autoreporte de las causas de la autolesión, tanto con cuestionarios cerrados como abiertos. Adicionalmente, una de las observaciones del autor fue que la función de regulación de los afectos, es decir, el alivio de estados emocionales perturbadores fue la única función que apareció en todos los estudios revisados. En proporción decreciente aparecieron: autocastigo, anti disociación, influenciar a los demás, búsqueda de sensaciones (inducir un estado emocional), etc. El autor concluye al hacer explícita la siguiente secuencia hallada: a) un estado emocional aversivo precede al acto; b) la AL produce alivio y reducción/eliminación del estado previo; c) la mayoría de los perpetradores argumenta el deseo de escapar de estados emocionales aversivos como la razón del acto; d) los estudios de laboratorio apoyan la función de alivio emocional.

Ejemplo de lo anterior es el estudio de Brown, Comtois y Linehan (2002) con mujeres con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad. Los autores exploraron las razones de la conducta suicida y parasuicida (AL no suicida) con autoreportes estructurados. Participaron 75 mujeres con edades de 18 a 45 años. Al comparar a los subgrupos se halló que el comportamiento suicida se veía mediado por reforzadores externos y elementos de contexto, es decir, por variables ambientales sobre las cuales se intenta influir. En tanto, la AL no suicida se asociaba a variables internas, específicamente las emociones: el alivio de estados internos aversivos y perturbadores se observó en la mayor parte de los casos; en tanto la expresión de emociones (generación de emociones) se mencionó en un porcentaje menor. Estos resultados apoyan al modelo de evitación de la experiencia/regulación emocional, además de aportar evidencia de una diferencia sustancial en la dinámica emocional entre la conducta suicida y la autolesión.

En conclusión, el trabajo de investigación actual con metodología bien definida apoya la propuesta teórica de que la AL cumple diversas funciones en una persona, lo cual explica que sea una condición difícil de tratar. Específicamente, la evidencia indica que la AL ayuda a regular las emociones en personas con vulnerabilidades (de tipo biológico y/o debidas a experiencias traumáticas, déficits en habilidades para el procesamiento de emociones, etc.), en particular a través de un mecanismo de evitación que refuerza negativamente la conducta. Adicionalmente, la AL se puede establecer y mantener por reforzamiento positivo interno (búsqueda de sensaciones), así como reforzamiento social tanto positivo como negativo, en cuyo caso, se busca influir en el ambiente de una determinada manera y es más común en personas que padecen de trastorno límite de la personalidad.

De acuerdo con Gratz y Chapman (2009) y Gratz (2007), la regulación afectiva en términos clínicos y con referencia a la AL, pone el índice en las formas adaptativas de respuesta al malestar emocional. Por tanto, la regulación emocional (opuesta a la disregulación) involucra: a) claridad, comprensión y aceptación de las emociones; b) habilidad para involucrarse en conductas dirigidas a metas e inhibir la conducta impulsiva cuando se experimentan emociones perturbadoras; c) uso flexible y apropiado de las estrategias para cada situación, a fin de modular la intensidad/duración de las respuestas emocionales (en lugar de eliminar la emoción solamente); d) aceptación de la experiencia de emociones negativas como parte de la experiencia vital enriquecedora. Una terapia para AL basada en estas premisas debe contemplar estrategias que ayuden a adquirir/desarrollar estas habilidades en los pacientes.

CAPÍTULO 2

Variables asociadas a la autolesión en adolescentes escolares

Autolesión en población normativa (de comunidad)

En el capítulo anterior se expuso un panorama general del tema de la AL. Se planteó que existen resultados heterogéneos que impiden llegar a conclusiones sólidas respecto al tema. También se evidenció que existen diferentes métodos de investigación, lo cual puede ser causa de las conclusiones dispares, especialmente en términos de epidemiología. A pesar de ello, una revisión amplia de la literatura científica permite identificar variables comunes, especialmente cuando se delimita la población a estudiar, como en el presente caso cuyo interés se centra en los adolescentes escolares mexicanos.

Debe resaltarse la gran relevancia del estudio de población adolescente escolar, ya que tal como demuestran los resultados epidemiológicos en distintos países, la autolesión inicia habitualmente en esta etapa del desarrollo, por lo que el argumento del presente trabajo es que al estudiarla en sus primeras fases e hipotéticamente libre de la comorbilidad habitualmente asociada (o al menos en ausencia de niveles críticos), se estaría en una mejor posición de identificar las principales variables individuales y contextuales de su génesis y mantenimiento.

La discusión se formula en términos de variables asociadas internas y externas, las cuales se consideran elementos en estrecha relación a la autolesión y con cuya presencia puede incrementar la probabilidad de que ocurra la misma. Por tanto las variables asociadas no serán consideradas como causas, sino como elementos que actúan dinámicamente en combinación con otros para perfilar un determinado síntoma o trastorno. Por variable interna se considerará a las características, rasgos o propiedades que forman parte de la persona; depresión, ansiedad e impulsividad son ejemplos de ello. En tanto, una variable externa será considerada como todo rasgo, propiedad o evento que ocurre en el medio ambiente de la persona; experiencias abusivas, pérdidas tempranas y depresión materna son ejemplos de ello. Queda claro que la distinción tiene la finalidad de ganar claridad y no es en absoluto definitiva.

Para este trabajo es de particular interés identificar las principales variables clínicas asociadas a la autolesión en adolescentes escolares mexicanos, para ello se integran los principales resultados de la literatura científica internacional; el presente capítulo tiene el

objetivo de sustentar el argumento con una exposición de la evidencia en el campo. A título introductorio se presenta en primer lugar la teoría de Linehan (1993b), quien formuló una propuesta teórica en términos de factores de riesgo para el trastorno límite de la personalidad, importante para esta discusión debido a que la autolesión es uno de los principales síntomas del trastorno; en el capítulo anterior se expusieron las diferencias existentes entre este trastorno y la AL, pero considerar esta teoría es importante debido a que presenta en forma sistemática un conjunto de variables asociadas, las cuales han sido documentadas y han encontrado sustento empírico a través de más de una década de investigación.

Teoría de Linehan del trastorno límite de la personalidad

El trastorno Límite de la Personalidad conforma un patrón general de inestabilidad de la propia identidad, de las relaciones personales y de la afectividad, siendo característica una notable impulsividad, comportamientos autodestructivos, sentimientos crónicos de vacío, estados afectivos cambiantes, temor al abandono, etc. El tema despertó el interés de Linehan (1993a, 1993b), quien es actualmente una autora mundialmente reconocida por su amplia línea de investigación en el campo, tema respecto al cual ha hecho aportes trascendentales, resaltando su propuesta terapéutica llamada terapia conductual dialéctica, diseñada para las personas aquejadas de este trastorno. Su formulación ha obtenido amplia aceptación clínica y empírica, ya que buena parte de sus observaciones han sido corroboradas por los investigadores.

En términos etiopatogénicos la autolesión conforma un síntoma característico del trastorno límite de la personalidad, al cual, de acuerdo con Linehan (1993b) subyace básicamente una dificultad para regular las propias emociones, característico también de la dinámica de la autolesión. La teoría biopsicosocial de esta autora formula que dicha disregulación emocional es el resultado de una vulnerabilidad biológica, la cual se relaciona dinámicamente con un determinado contexto ambiental, el cual bien puede potenciar o aminorar la disfunción, siendo que ésta se hace evidente a través de las estrategias inadecuadas de regulación de emociones que la persona aprende y usa a menudo; desde esta teoría la autolesión es entonces una estrategia disfuncional para el manejo de las emociones.

De acuerdo con esta misma autora, la vulnerabilidad emocional condicionada biológicamente tiene las siguientes características: a) hipersensibilidad en la percepción de estímulos emocionales, b) respuesta intensa a dichos estímulos y c) periodos largos en que se experimentan las emociones intensas antes de regresar a la calma. Tal vulnerabilidad puede conducir a la disregulación, la cual se hace patente en presencia de emociones intensas, ante las cuales la persona encuentra serias dificultades para: 1) inhibir la conducta guiada por dichas emociones, 2) disminuir la respuesta visceral intensa, y 3) mantener la atención enfocada en la actividad previa; por lo cual la conducta en general tiende a ser desorganizada (Linehan, 1993b). Cabe destacar que la base biológica de la vulnerabilidad puede ser distinta entre personas, por lo que es poco probable que se encuentre una pauta específica.

En cuanto a los elementos contextuales que interactúan con la vulnerabilidad descrita, Linehan (1993a) propone que la característica principal de este ambiente es su naturaleza invalidante respecto a la experiencia emocional, hecho que puede verse reforzado aun más por la hiperreactividad emocional de la persona en formación. Las respuestas del ambiente invalidante ante las emociones del niño pueden ser: erráticas, inapropiadas e insensibles a manera de descalificación ante la experiencia grupal no compartida; asimismo, pueden ser exageradas o nulas cuando la expresión emocional del niño concuerda con el patrón del grupo, lo cual en suma conduce a una ruptura entre la experiencia emocional subjetiva y lo que los demás le comunican de la misma, llevándolo a desarrollar dificultades para discriminar entre sus emociones y las de los demás.

El ambiente invalidante tiende a controlar la expresión de emociones negativas atribuyéndolas a rasgos negativos inherentes, mientras que las positivas también son descalificadas aduciendo atributos de naturaleza negativa. Este ambiente, con su patrón de respuesta desorganizado e incongruente contribuye a la disregulación emocional puesto que favorece la aparición de dificultades para: 1) identificar experiencias emocionales específicas, 2) modular la activación fisiológica asociada, 3) tolerar el malestar y 4) confiar en las respuestas emocionales como interpretaciones válidas de experiencias vitales; con lo cual una persona se invalida a sí misma y en consecuencia se desorienta en relación con la manera de actuar y sentir en general.

Ahora bien, no debe perderse de vista que la teoría resumida en las líneas anteriores se formuló para dar cuenta de los síntomas generales del trastorno límite de la personalidad, por lo que no es exclusiva de la autolesión. No obstante, dado el éxito de la

terapia conductual dialéctica en la reducción de las autolesiones con estos pacientes, los resultados de la investigación actual en autolesión, así como las formulaciones teóricas derivadas, sigue prevaleciendo la hipótesis de una base etiológica similar, más no exactamente igual, dado que una persona puede presentar autolesiones sin presentar el trastorno límite y viceversa. La hipótesis de este trabajo es que puede rastrearse una constelación de variables tanto internas como externas que pueden conducir a una persona a presentar autolesiones.

A lo largo de este capítulo se exponen los principales resultados obtenidos por los investigadores en las dos décadas anteriores, se hacen explícitos los instrumentos de medición empleados, así como las conclusiones a que se ha arribado. Se destaca en este sentido a las principales variables medidas en esta población y los factores de riesgo identificados en estudios controlados para el desarrollo de la autolesión. Antes de entrar a describir los estudios revisados, se hace una breve descripción de los procedimientos de selección y búsqueda.

Criterios de selección de los estudios

Con la finalidad de identificar los estudios apropiados para el análisis se especificaron como criterios de selección cuatro puntos: 1) el interés central de los investigadores fue el estudio de la autolesión; 2) se estudió población adolescente o en su defecto, jóvenes con promedio máximo de edad de 20 años; 3) la muestra fue de

extracción no clínica, es decir se trató de población de comunidad habitualmente obtenida en escuelas preparatorias o universidades; y 4) se trató de población clínica sin diagnóstico y sin historial psiquiátrico previo, por ejemplo de hospitales generales y centros de detención judicial.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda se realizó en dos fases principales, la primera a través de una base de datos computarizada: PsycINFO, se estipuló como palabras clave: *self-mutilation*, *self-injury*, *self-harm* y *self-cutting*. Se especificó a los adolescentes como el grupo de edad y a la población meta como pacientes externos; se solicitaron los estudios con dichas características desde 1990 a la fecha, aquellos que cubrían los criterios de selección especificados fueron elegidos. La segunda fase se realizó a partir del análisis de las referencias de los primeros estudios elegidos; esta revisión se realizó manualmente en busca de las palabras clave: *students*, *college sample* y *community sample*, además de las anteriores. En adelante se reprodujo el procedimiento anterior partiendo de la revisión manual de la siguiente lista de referencias generada, lo cual se realizó hasta agotar las posibilidades de elección. En total se obtuvo una lista completa de 20 estudios, los cuales cubrieron los criterios de selección especificados.

Información extraída

El análisis de los estudios seleccionados identificó específicamente la siguiente información: 1) características de la muestra (extracción, edad, género, etc.); 2) procedimiento de medición; 3) principales conclusiones en función de variables asociadas a la autolesión; y 4) evidencia estadística en términos de la varianza explicada por las variables estudiadas. La exposición que sigue se dividió en dos secciones principales, relativas a la dicotomía variables internas/variables externas, las cuales a su vez se subdividieron de acuerdo a las principales variables asociadas anotando las principales conclusiones en relación al apoyo empírico que ha recibido cada variable en su asociación a la autolesión.

Antes de la exposición detallada, se hacen explícitos los instrumentos de medición empleados en cada una de las investigaciones reseñadas.

Métodos de medición comunes

Los estudios que se expondrán en la sección siguiente han empleado un conjunto de instrumentos para medir autolesión que resulta conveniente explicitar, ello con la finalidad de aclarar la manera en que los diferentes autores han arribado a sus conclusiones, así como la solidez que en términos de rigor científico poseen. La abstracción de los diferentes procedimientos de medición se diferenció en 4 tipos: 1) Uso de Escalas Pre-Estructuradas

Autoadministradas, 2) Uso de cuestionarios elaborados para la investigación, 3) Uso de Cuestionarios que generan respuestas abiertas, y 4) Entrevistas Clínicas de confirmación.

Estudios que hacen uso de Escalas Pre-Estructuradas Autoadministradas

Siete de los estudios revisados emplearon escalas de medición validadas, las cuales contaban con sustento empírico, una base teórica bien definida y datos de confiabilidad y validez. En tales estudios los autores realizaron la selección del instrumento(s) de medición disponible, la cual se basó en una determinada perspectiva teórica respecto a la autolesión y en la mayoría de los casos en sus propios trabajos previos. Por ejemplo el estudio de Gratz, Conrad y Roemer (2002) quienes emplearon como medida base de autolesión el instrumento desarrollado por la autora principal en 2001, que explora la presencia de esta conducta y las pautas particulares de la misma. Las escalas empleadas fueron:

- *Functional Assessment of Self-Mutilation* -Evaluación Funcional de la Automutilación- (Lloyd et al, 1998)
- *Self-Harm Behavior Questionnaire* –Cuestionario de la Conducta Autolesiva- (Gutierrez, 2001)
- *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality* –Agenda para la Personalidad no Adaptativa y Adaptativa- (Clark, 1996)
- *Deliberate Self-Harm Inventory* –Inventario de Autolesión Deliberada- (Gratz, 2001)

- *Self-Injury Questionnaire* – Cuestionario de Autolesión- (Santa Mina, Baan, Gallop, Links, Heslegrave, Pringle, Wekerle & Grewal, 2006)

Estudios que hacen uso de cuestionarios elaborados para la investigación

En diez de los estudios revisados los investigadores decidieron emplear un instrumento elaborado por ellos mismos para su investigación, este instrumento podía estar destinado a identificar la presencia de autolesión no suicida, así como a determinar las características del patrón de autolesión. La elaboración del mismo se sustentó en una definición determinada claramente especificada, ya sea por un investigador reconocido en el campo (por ejemplo Favazza, 1998); o bien, en la definición de un grupo científico reconocido (WHO/EURO *Multicentre Study of Suicidal Behavior*). Por tanto, el instrumento no contaba con datos de confiabilidad ni validez al momento de ser utilizado, los cuales tampoco se reportaron al concluir el estudio. Las investigaciones que siguieron este procedimiento fueron:

- Andover y Peper (2002): *Frequency of Activities Scale* –Escala de Frecuencia de Actividades-
- Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005): *Self-Harm Survey* –Encuesta de Autolesión-
- Whitlock, Eckenrode, Silverman (2006): *Assessment of Self-Injury Behavior* – Evaluación de la Conducta de Autolesión-

- Nixon, Cloutier y Jansson (2008): *Victoria Healthy Youth Survey*
-Encuesta Victoria de Salud Juvenil-
- Matsumoto et al. (2004, 2005)
- Tolmunen et al. (2008)
- Zoroglu (2003): Cuestionario de autoreporte
- Izutzu et al. (2006)
- Hawton et al. (2002)

Estudios que hacen uso de cuestionarios que generan respuestas abiertas

Solo la investigación de Rodham, Hawton y Evans (2004) empleó este procedimiento, los autores combinaron el uso de un instrumento desarrollado para identificar autolesión, al cual se adjuntó una serie de preguntas abiertas que pretendían explorar de una manera cualitativa la experiencia emocional previa y posterior a los incidentes autolesivos. En seguida instaron a los participantes a describir en sus propias palabras la razón para autolesionarse/intentar suicidarse: *“Por favor, describe en tus propias palabras por qué tomaste una sobredosis o trataste de hacerte daño en aquella ocasión”*. Se realizó un análisis del discurso (sin datos de la confiabilidad) y se otorgó una categoría a cada respuesta de una lista preestructurada, dicha categoría se integró al análisis general de los datos. Se trata de un procedimiento poco empleado debido a lo costoso del mismo, pero que sin duda enriquece en gran manera la información cuantitativa.

Estudios que hacen uso de Entrevistas Clínicas de confirmación

Por su parte, algunos investigadores no se limitaron a identificar autolesión a través de un determinado instrumento (estructurado o bien uno elaborado para la investigación), sino que fueron más allá y complementaron el tamizaje con entrevistas semiestructuradas destinadas a confirmar la presencia de autolesión, las cuales llevaron a cabo clínicos entrenados; dichas entrevistas se basaron en criterios clínicos derivados de la revisión de la literatura. Solo el estudio de Ross y Heath (2002) siguió este procedimiento en el cual los autores detectaron autolesión a través de un instrumento que contenía una pregunta específica, quienes contestaron afirmativamente fueron invitados a una entrevista, donde el dato era corroborado con base en una definición de autolesión previamente establecida.

De lo anterior se desprende la gran importancia de realizar estas entrevistas de confirmación, básicamente por dos razones: primera, la disparidad de los datos entre lo que arroja la sola administración de un instrumento y lo que corrobora la entrevista (por ejemplo en el estudio citado, de una prevalencia de 21.2% inicial ésta se redujo a 13% tras realizar la entrevista); por lo cual, queda claro que la entrevista puede ayudar a obtener un perfil más sensible de los datos; segunda, conforme se estudia más el tema se hace evidente la complejidad de la autolesión como síntoma, por ejemplo, diferencias pasadas por alto entre autolesión actual, episódica, repetitiva, etc. pueden llevar a englobar en una misma categoría dinámicas virtualmente distintas, produciendo con ello resultados confusos.

Conclusiones relativas al procedimiento de medición

De la revisión de estudios realizada se hace evidente que los procedimientos de medición de autolesiones más comunes fueron: 1) el diseño y la elaboración de instrumentos particulares para el estudio en cuestión, los cuales no contaban con datos de confiabilidad ni de validez, ni antes ni después del reporte de investigación; y 2) la administración de escalas pre-estructuradas a grandes muestras de estudiantes. Estas escalas tienen un sustento teórico y cuentan con datos de confiabilidad y validez.

VARIABLES INTERNAS ASOCIADAS A AUTOLESIÓN: RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CON POBLACIÓN DE COMUNIDAD

Depresión y Suicidio asociados con Autolesión

Históricamente se ha asociado la autolesión a los intentos suicidas y por ende a la depresión, de tal manera que se les ha ubicado dentro de un mismo continuo, siendo entre otros factores la letalidad una de las características distintivas (Whitlock & Knox, 2007; Brittlebank, Cole, Hassanyeh, Kenny, Simpson & Scott, 1990). Autores como Firestone y Seiden (1990) proponen que la autolesión es un sustituto del suicidio, el cual suplanta a la acción autodestructiva fatal, permitiendo de esta manera la continuación de la vida. En tanto Walsh (2006) propone una distinción muy clara entre la dinámica psicológica de la autolesión y el intento suicida, lo cual no excluye que en ambos coexistan síntomas

depresivos. Dada esta asociación, en esta sección se expondrán los resultados de investigación que apoyan la relación entre la depresión y las autolesiones en población general.

La exposición se inicia con el estudio de Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker y Kelley (2007), quienes analizaron las características clínicas de un grupo de 633 estudiantes adolescentes (promedio de 15 años de edad). Formaron tres grupos de comparación: 1) Sin autolesión; 2) autolesiones menores (golpearse, jalarse el cabello, morderse, insertarse objetos bajo la piel/uñas, pincharse); y 3) autolesiones moderadas a severas (cortarse/rayar la piel, quemarse, tatuajes autoinfringidos, etc.). Encontraron que el grupo con autolesiones moderadas/severas se distinguía de los otros dos grupos por presentar: un historial de tratamientos y hospitalizaciones psiquiátricas, intento suicida previo e ideación suicida actual, la frecuencia de los episodios de autolesión era más alta y la expresión más variada y severa.

Un estudio contemporáneo al anterior fue realizado por Muehlenkamp y Gutiérrez (2007) con 540 estudiantes adolescentes de preparatoria, la intención fue evaluar variables clínicas asociadas con la finalidad de determinar un perfil diagnóstico de utilidad clínica. Se formaron dos grupos, uno con autolesiones únicamente y otro con autolesión e intentos de suicidio. Los autores hallaron que las variables asociadas fueron: depresión e ideación suicida; el segundo grupo se distinguía del primero por presentar las medidas más altas en dichas variables.

Los mismos autores Muehlenkamp y Gutiérrez (2004) estudiaron una muestra de 390 estudiantes norteamericanos de preparatoria de ambos sexos (promedio de edad de 16 años). Formaron tres grupos: 1) con historia de autolesión, 2) sin historia de autolesión, y 3) con historia de intentos de suicidio. Se encontró que el grupo con autolesión (15.9% de la muestra) se diferenció claramente del grupo sano puesto que puntuó significativamente más alto en las medidas de depresión e ideación suicida. Los grupos con autolesión y con historial de intento suicida presentaban más estrés emocional, disfunción psicológica y actitudes depresivas; siendo que la diferencia crucial entre ambos fue dada por las diferentes actitudes: de atracción hacia la vida en el primer caso y de repulsión hacia la misma en el segundo, las cuales serían secundarias a la acumulación de experiencias vitales negativas. Los autores suponen una posible conexión en la dinámica de ambos grupos clínicos, si bien no la especifican.

Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico y Gibb (2005) realizaron un estudio con población universitaria, el cual estuvo enfocado a la medición de síntomas de depresión, ansiedad y de rasgos de personalidad limítrofe. En una primera fase se incluyó a 512 estudiantes universitarios para detectar autolesión con un instrumento estructurado; para la segunda fase se formaron tres grupos: 1) con cortes autoinfringidos (n=20); 2) autolesión en otra forma excepto cortes (n=27); y 3) sin autolesión ni intento suicida (n=41). En relación a los resultados, los grupos 1 y 2 con autolesión se diferenciaban con claridad del grupo 3 por presentar significativamente más síntomas de depresión y ansiedad.

Por su parte, Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005) realizaron un estudio con una muestra de 424 estudiantes canadienses de ambos sexos, cuyo promedio de edad fue de 15

años. Encontraron que el grupo con autolesiones presentaba mayores índices de ideación e intento suicida, niveles de ajuste más pobres y autoestima baja. Un cuarto de la muestra con autolesión tenía historial de intento suicida y el resto presentaba ideación, por lo cual la autolesión fue relacionada estrechamente con el suicidio. Entre las principales razones atribuidas a las autolesiones se reportó a la depresión, sentimientos negativos en general y hacia uno mismo.

Con la finalidad de explorar las diferencias clínicas entre autolesión e intento suicida por sobredosis, Rodham, Hawton y Evans (2004) conjuntaron una muestra inglesa de estudiantes adolescentes. Hallaron que el grupo con autoenvenenamiento reportó en mayor grado (10.5%) a la intención de morir como la causa de su conducta, en tanto que quienes se autolesionaban mencionaron esta misma causa en menos del 1%; por lo que se asume que la autolesión si bien se relaciona con la depresión, es una manifestación distinta al intento suicida. Las principales razones expuestas para autolesionarse fueron: sentimientos de depresión, enojo contra sí mismo y alivio de la tensión (las mujeres expusieron preponderantemente estas dos últimas razones).

En tanto, Ross y Heath (2002) estudiaron la prevalencia de la autolesión en una muestra canadiense de 440 estudiantes de preparatoria, vinculando tal conducta con sintomatología depresiva y ansiosa. Se formaron dos grupos, uno con autolesión y otro sin autolesión (apareados en las principales variables). Se encontró que hubo una mayor presencia de síntomas de depresión y de ansiedad en el grupo con autolesión respecto al grupo sin autolesión, adicionalmente la gravedad y cronicidad del cuadro de autolesiones

se diferenciaba en función de la gravedad de la sintomatología tanto depresiva como ansiosa.

Una investigación frecuentemente citada fue realizada por Hawton, Rodham, Evans y Weatherall (2002), quienes investigaron las variables asociadas a la autolesión a través de una encuesta anónima en Inglaterra con 6020 estudiantes adolescentes (de 15 a 20 años) de ambos sexos. A partir de las respuestas se crearon ecuaciones de regresión logística a fin de determinar las variables predictoras de la autolesión. Para las mujeres las variables internas significativas fueron: depresión, ansiedad, baja autoestima impulsividad y consumo de drogas. Para los hombres las variables significativas fueron: baja autoestima y consumo de drogas.

En esta misma tónica, el estudio llevado a cabo por Guertin et al. (2001) se realizó con una muestra de 95 adolescentes de entre 12 y 18 años con intento suicida por sobredosis pero sin historial psiquiátrico previo (84% eran mujeres). Se formaron dos grupos de comparación, uno con presencia de autolesiones en el último año (54.7% de la muestra), y otro sin historial de autolesión. Se halló que el grupo que reportó autolesiones se diferenciaba significativamente por cubrir los criterios diagnósticos de cuadros psicopatológicos tales como: depresión mayor, distimia y trastorno oposicionista desafiante; adicionalmente presentaba mayores puntuaciones en las medidas de soledad, elemento predictor de la autolesión en este estudio; de esta manera, para los autores el elemento subyacente clave de las autolesiones fue la depresión.

En resumen, es claro que los resultados de investigación reciente han hallado una asociación estrecha entre la sintomatología depresiva y la AL. En este sentido cabe destacar que los síntomas depresivos y las variables asociadas a ellos: baja autoestima, enojo contra sí mismo, intentos suicidas, estrés emocional, ansiedad, malestar emocional, etc., son capaces de diferenciar a los adolescentes que presentan AL de entre aquellos que nunca han presentado episodios. Resulta muy interesante también que la gravedad del perfil depresivo subyacente guarda una relación proporcional con la gravedad de la AL, es decir, que a mayor índice de depresión, es más severa y frecuente la forma de AL, hecho que sugiere una posible relación predictiva, estudiada ya por algunos investigadores (véase por ejemplo Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002).

Finalmente y no menos interesante es el hecho de que si bien la AL y el intento suicida se asocian a depresión, parecen existir diferencias fundamentales entre sí, puesto que se halló que en la AL había menos intención letal y una franca búsqueda de alivio de la tensión emocional, a diferencia del intento suicida que se asocia directamente con una intención letal consciente. Lo anterior fundamenta a su vez la formulación de que la AL es una conducta parasuicida, asociada a dinámica depresiva pero esencialmente distinta al suicidio. No obstante, estos resultados también sugieren que ambas problemáticas pueden ser variantes de una misma sintomatología con distintos grados de severidad, puesto que a diferencia de la AL, el historial de intento suicida se asocia a mayores grados de depresión y a mayor disfunción, desadaptación e inestabilidad emocional general.

Ansiedad asociada con Autolesión

La investigación realizada en el campo de la autolesión, así como las formulaciones teóricas derivadas, han supuesto una asociación entre niveles críticos de ansiedad y la ocurrencia de autolesiones. La hipótesis que sugiere que la autolesión genera alivio emocional propone que el estrés (*distress*) es una de las principales variables asociadas; en este sentido, Vanderlynden y Vandereycken (1997) sugieren que el alivio se obtiene a través de: 1) catarsis directa, 2) al generar distracción y/o 3) induciendo una disociación. Los resultados de investigación con población de comunidad apoyan esta hipótesis, por lo que a continuación se realiza una exposición de las principales conclusiones al respecto.

Por ejemplo, Whitlock, Eckenrode y Silverman (2006) realizaron un estudio exploratorio midiendo una cantidad importante de variables a fin de comparar al grupo con autolesión versus sin autolesión. Los resultados se obtuvieron de una muestra de estudiantes norteamericanos, de donde se concluyó que existía un vínculo entre la autolesión y el estrés emocional subyacente no resuelto, el cual también podía relacionarse dinámicamente a la conducta suicida.

En tanto, Andover et al. (2005) realizaron un estudio con población universitaria enfocado a la medición de síntomas de depresión, ansiedad y de rasgos de personalidad limítrofe. Se formaron tres grupos de comparación: 1) con cortes autoinfligidos; 2) autolesión en otra forma excepto cortes; y 3) sin autolesión ni intento suicida. Los resultados indican que los grupos que reportaron autolesiones en cualquier forma presentaban significativamente más síntomas de depresión y ansiedad. La ansiedad se

observó como un cuadro sintomatológico marcadamente alto en estos grupos con autolesión, especialmente en el que presentaba cortes autoinfringidos. Tales diferencias fueron corroboradas tanto por los instrumentos administrados como por las entrevistas.

En la investigación ya reseñada, Ross y Heath (2002) exploraron la asociación entre autolesión y sintomatología depresiva y ansiosa. Los autores hallaron que hubo una asociación estrecha entre los mayores síntomas de depresión y de ansiedad en el grupo con autolesión. De acuerdo con estos resultados los jóvenes que presentan autolesión crónica podrían diferenciarse con claridad de quienes dejaron de hacerlo tanto por su sintomatología depresiva como por experimentar estrés emocional, el cual aparentemente se intenta manejar desadaptativamente a través de lesiones autoinfringidas.

En conclusión, al igual que la depresión, la ansiedad se ha encontrado estrechamente vinculada a la dinámica de origen de la AL, hecho lógico precisamente porque estas dos variables comúnmente se asocian. El aporte de las investigaciones reseñadas apunta en este sentido, puesto que se encontró que la ansiedad fue tan capaz como la variable depresión de diferenciar a los adolescentes con historial de autolesiones, y más aún, de identificar a aquellos con la pauta más severa; a pesar de lo revelador de estos datos, la relación específica entre ansiedad y AL aun no es totalmente clara en este grupo de edad.

Trastorno Límite de la Personalidad asociado con Autolesión

Los primeros estudios de AL en la era moderna se realizaron básicamente con población clínica intrahospitalaria. Las muestras estudiadas presentaban una alta comorbilidad siendo uno de los diagnósticos más presentes el de trastorno límite de la personalidad, dicha orientación no es azarosa puesto que uno de los síntomas característicos de las personas aquejadas de este trastorno es la conducta autodestructiva, en la que se incluye la AL. A la fecha, la asociación entre autolesión y trastorno límite de la personalidad se encuentra bien establecida en muestras clínicas, de hecho la terapia conductual dialéctica de Linehan (1993a) dedica los primeros apartados del manual de tratamiento al manejo de las autolesiones. En esta sección se mostrará la evidencia de la asociación de síntomas del trastorno límite y autolesiones, hallada en muestras de población general.

Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson y Prinstein (2006) estudiaron la psicopatología comórbida de 89 adolescentes (hombres y mujeres con promedio de edad de 14 años), recibidos en una clínica psiquiátrica por presentar autolesiones en el último año. Se realizaron entrevistas diagnósticas, con las que se halló que 87.6% cubrían los criterios para un diagnóstico positivo del eje I de acuerdo al DSM IV TR (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002), predominando los padecimientos depresivos y ansiosos, trastornos conductuales y consumo de sustancias. Adicionalmente, el 67.3% cubría los criterios diagnósticos de un trastorno de personalidad, predominando los rasgos del trastorno límite (en 51.7% de casos). Los autores señalan la heterogeneidad del perfil psiquiátrico de los

adolescentes con historial reciente de autolesiones, además de poner el índice en los trastornos del eje II.

Andover et al. (2005) midieron síntomas del trastorno límite de la personalidad, de depresión y ansiedad en población universitaria. Estos autores encontraron que la autolesión se asoció a una mayor severidad de los síntomas de depresión y ansiedad, así como a mayor cantidad de síntomas del trastorno límite de la personalidad. Cuando se estudió la relación de las variables depresión y ansiedad con la autolesión, controlando estadísticamente los efectos de los síntomas de Personalidad Límite se halló que tales relaciones dejaban de ser significativas, lo cual apunta a la importancia crucial de evaluar este cuadro patológico, y a que la depresión y ansiedad pueden diferenciar entre personas con autolesión versus sin autolesión en función de la presencia de rasgos de este trastorno de la personalidad. Los autores advierten no obstante que ningún participante de su estudio cubría los criterios suficientes para un trastorno del eje II de acuerdo al DSM- IV TR.

En tanto, Klonsky, Oltmanns y Turkheimer (2003) estudiaron la asociación de la autolesión con variables de personalidad y psicopatología en una muestra de 1986 jóvenes reclutas de la fuerza aérea norteamericana, descritos como una población no clínica con adecuado nivel de ajuste (se excluyeron los casos con indicadores de desadaptación). Los autoreportes de historia de autolesión se asociaron a mayores rasgos de trastornos de la personalidad, especialmente el Límite con excepción del trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad. Los reclutas con autolesión eran percibidos por sus compañeros con más rasgos de distintas patologías de la personalidad, entre éstas los trastornos Esquizotípico, Límite, por Dependencia y de Evitación. Se perfiló una pauta de

personalidad de quienes presentaban autolesión caracterizada por: a) presencia de emociones intensas, b) hipersensibilidad al rechazo interpersonal, c) propensión a presentar emociones negativas (con adecuada capacidad para presentar emociones positivas no obstante), d) niveles altos de ansiedad, más que de depresión, e) alivio emocional tras autolesionarse.

Los estudios anteriores resultan de gran importancia no solo por su rigor metodológico, sino también por el perfil de personalidad dibujado, de donde se extrae que el perpetrador de AL parece poseer una dinámica emocional que subyace al síntoma, específicamente: una alta emocionalidad negativa, dificultades interpersonales, depresión, ansiedad y otras variables relacionadas a malestar e inestabilidad, conjunto característico de las personas con trastornos de personalidad.

No obstante, es importante señalar las siguientes consideraciones: a) los resultados de investigación que apoyan la asociación entre AL y síntomas del trastorno límite de la personalidad son escasos; b) solo en un caso se trabajó con población adolescente y dicha muestra fue de extracción clínica, es decir, con manifestación de psicopatología franca y severa; c) un diagnóstico positivo de trastorno de personalidad sólo puede realizarse en población adulta; y d) la mayor parte de los autores no realizaron diagnósticos formales, por lo que tomado en conjunto los resultados deben considerarse con cautela.

Disregulación de emociones asociada con Autolesión

Regulación emocional puede definirse como un proceso que implica el monitoreo, evaluación y modificación de las reacciones emocionales con la finalidad de acceder a las propias metas (Gross, 2010; Thompson, 1994). La regulación de emociones es una de las principales funciones atribuidas a la autolesión y en buena parte de los estudios revisados se ha encontrado apoyo a esta hipótesis, al respecto resulta notorio que el abanico de emociones disfuncionales es amplio, pues puede hablarse de estrés, enojo, culpa, etc. como ejemplos de afectos que la autolesión ayuda a regular. En esta sección se exponen las conclusiones de investigación que asocian a la regulación de emociones con la autolesión en población de comunidad.

Uno de los estudios más recientes fue implementado por Heath, Toste, Nedecheva y Charlebois (2008), quienes exploraron la interacción de variables internas y externas en un grupo de estudiantes universitarios. Tres variables fueron exploradas a través del autoreporte: disregulación emocional, trauma infantil y vínculo con figuras primarias a fin de determinar su relación con las autolesiones. Los autores observaron que la variable que realmente diferenciaba a aquellos que presentaban autolesión era la disregulación emocional, además de que los índices más altos de disregulación emocional se correlacionaban positivamente con la autolesión repetitiva más severa. Estos resultados son altamente ilustrativos dado que permiten identificar una variable subyacente única, independientemente de las posibles experiencias traumáticas autoreportadas.

En tanto Slee, Garnefski, Spinhoven, Arensman (2008) estudiaron las diferencias cognitivas (de contenido versus de proceso) respecto a regulación emocional y depresión, en 85 mujeres con rango de edad entre 15 y 35 años. Se encontró que las variables cognitivas que condicionaban la disregulación emocional diferenciaban al grupo de mujeres que presentaban autolesión al compararlas contra un grupo equivalente sin este problema, aun cuando se controló estadísticamente el efecto de la depresión. Adicionalmente, los análisis de regresión logística mostraron que la no aceptación de respuestas emocionales era uno de los elementos cognitivos clave como predictor de autolesiones, lo cual evidencia la función de escape que se ha postulado acerca de las autolesiones.

En el mismo ámbito temático, Gratz (2006) exploró la interacción entre factores de riesgo internos y externos asociados a AL en una muestra de jóvenes mujeres universitarias. Se midió demografía, AL, historia de abuso físico/sexual, naturaleza del vínculo con los padres, expresividad emocional e intensidad de respuestas afectivas. La autora halló que las variables externas, especialmente el maltrato infantil tenían peso solo en función de las variables emocionales internas; de tal manera que la AL frecuente se diferenciaba de la infrecuente por el siguiente perfil: mayor inexpresividad emocional (dificultad para expresar emociones) e hiperreactividad emocional negativa; por tanto a mayor presencia de estos factores, más frecuente era la autolesión. De acuerdo con lo anterior, a la AL subyace un conjunto de variables personales relacionadas con la cualidad (positiva-negativa), calidad (expresión verbal o no) intensidad y reactividad de las emociones, en donde el síntoma ayudaría a regular dichos estados.

Por su parte, Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005) encontraron en su muestra de estudiantes canadienses adolescentes que los jóvenes autoreportaban una alta frecuencia de estados emocionales aversivos, los cuales prevalecían antes de la AL, además de que dichos estados disminuían durante y después del acto. Los autores concluyeron que para su muestra, la función principal de la AL era la regulación emocional, la cual disminuye estados afectivos aversivos, especialmente asociados a depresión, ansiedad, enojo hacia sí mismo y soledad.

En la investigación ya reseñada, Muehlenkamp y Gutiérrez (2004) formaron tres grupos de estudio a partir de su muestra de 390 estudiantes norteamericanos de preparatoria. Se comparó a quienes presentaban AL y aquellos que tenían historia de intento suicida con un grupo sin estas características. Se observó que los grupos clínicos presentaban más estrés, disfunción psicológica y actitudes depresivas, es decir, presentaban niveles más altos de emociones disfuncionales, por lo que los autores concluyeron que la AL es un recurso para experiencias comunes de estrés y malestar emocional.

En este mismo sentido, Guertin y colaboradores (2001) encontraron que en su muestra de adolescentes de comunidad no se reportaron conductas problema graves en el grupo con AL, por lo que se hipotetizó que la expresión de emociones intensas podría realizarse por vía de la AL, cuya función sería el alivio emocional. Congruente con esta hipótesis fue el elevado reporte de experiencias de soledad, enojo y disforia inmediatamente antes de autolesionarse. Por lo tanto, para los autores la AL sería entonces la expresión de una dificultad en la regulación adecuada de las propias emociones.

En resumen, los estudios reseñados aportan evidencia acerca de que la principal función de la AL en población de comunidad es la regulación de emociones perturbadoras. En primer lugar, esta variable fue capaz de diferenciar a aquellos adolescentes que presentaban AL de aquellos sin este problema, y más aún, las mayores puntuaciones permitieron diferenciar a las pautas más severas de AL; adicionalmente también se encontró que la disregulación emocional predecía la ocurrencia de AL (Slee, Garnefski, Spinhoven, Arensman, 2008), relación que se mantuvo a pesar del control estadístico de la variable depresión. Estos datos son de gran importancia debido a que se basan no solo en reportes anecdóticos, sino también en metodología precisa y estimaciones estadísticas confiables que destacan la importancia de medir la disregulación emocional al estudiar la AL, tanto en contextos clínicos como de investigación.

Síntomas disociativos asociados con Autolesión

La característica principal de un trastorno disociativo es la alteración de las funciones integradoras de la consciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina, gradual, transitoria o crónica (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002). Los trastornos disociativos se clasifican de acuerdo al DSM IV TR en: amnesia disociativa, trastorno de identidad disociativo, trastorno de despersonalización y en trastorno disociativo no especificado. Síntomas disociativos son aquellos característicos de estos trastornos, sin conformar necesariamente el cuadro completo, ejemplo de estos síntomas son la desrealización y la despersonalización.

La teoría e investigación ha vinculado dichos trastornos y sus síntomas a la AL (Messer & Fremouw, 2008), el argumento sigue dos vertientes, la primera asume que la autolesión induce una disociación como un mecanismo de enfrentamiento contra afectos perturbadores, en tanto que la segunda vertiente supone que la AL permite romper con un estado disociativo perturbador.

La asociación entre AL y síntomas disociativos se encuentra bien documentada en población clínica (Levitt, Sansone & Cohn, 2004; Vanlinden & Vandereycken, 1997), por lo que a continuación se expondrá la evidencia hallada en población de comunidad. Esta sección se inicia con la exposición de un par de estudios realizados por Matsumoto, Yamaguchi, Chiba, Asami, Iseki e Hirayasu, uno en 2004 y otro en 2005 con población adolescente que fue vista en instalaciones policiales por delitos menores. Su importancia radica en que su muestra se conformó con jóvenes que presentaban diferentes tipos de AL, por lo que los investigadores intentaron vincular las diferentes manifestaciones de las mismas con síntomas disociativos.

En el primer estudio (2004) los autores conformaron una muestra de 201 adolescentes en detención por delincuencia, con un rango de edad de 14 a 19 años y un promedio de 16.8 años (178 hombres y 23 mujeres). Su interés era estudiar diferencias clínicas en dos diferentes patrones de autolesión: cortes en la muñeca (grupo 1) versus cortes en el brazo (grupo 2). Los autores hallaron una fuerte relación entre los cortes autoinfringidos y síntomas disociativos, especialmente cuando los jóvenes cortaban sus brazos; en tanto, los cortes en las muñecas estaban más asociados a ideación suicida. Los autores explican sus resultados basándose en la hipótesis de que los jóvenes con AL

cursan por episodios disociativos vinculados a experiencias emocionales intensas, los cortes autoinfringidos los ayudan entonces a terminar con experiencias disociativas crecientes y aversivas.

El segundo estudio de Matsumoto y colaboradores (2005) se implementó también con una muestra de 201 adolescentes en detención por delincuencia, 78 hombres y 23 mujeres cuyo rango de edad fue de 14-19 años, siendo la edad promedio 16.8 años. Poco menos de la mitad de los mismos eran estudiantes de secundaria/preparatoria (43.3%), en tanto el 31.3% eran empleados. En esta ocasión se intentó encontrar diferencias clínicas entre AL en forma de cortes autoinfringidos (grupo 1) versus quemaduras autoinfringidas (grupo 2). Los resultados indican que el grupo que presentaba cortaduras más quemaduras autoinfringidas reportó con mayor frecuencia historia de abuso infantil e historial de conducta problema, diferenciándose de quienes se autolesionaban solo en una u otra forma por mayores índices de depresión y de sintomatología disociativa. De lo anterior se extrae que la combinación de grados significativos de depresión más síntomas disociativos pueden diferenciar a quienes presentan AL repetitiva.

Tolmunen, Rissanen, Hintikka, Maaranen, Honkalampi, Kylma y Laukkanen (2008) realizaron un estudio con adolescentes finlandeses con la finalidad de determinar la propiedad predictiva de los síntomas disociativos respecto a la AL. Tomaron una muestra de población general compuesta de 4019 jóvenes de ambos sexos de entre 13 y 18 años (1849 hombres y 2170 mujeres); la muestra se dividió en 4 grupos de comparación: 1) con cortes autoinfringidos actuales (n=51), 2) con historia de cortes autoinfringidos sin otra

forma de AL (n=312), 3) otras formas de autolesión diferentes a los cortes autoinflingidos (n=312); 4) y el resto de la muestra sin AL.

Se encontró una marcada asociación entre disociación y la conducta de cortes autoinflingidos actuales, así como con otras formas de autolesión (grupos 1 y 3). El resultado más importante fue que los jóvenes con los puntajes más altos en la escala de experiencias disociativas fueron aquellos del grupo 1, es decir, quienes se autoinflingían cortes en la actualidad; tal asociación se mantuvo aun cuando se controlaron los efectos de las variables edad, sexo, depresión, uso de alcohol y tabaco. Los autores concluyeron que los síntomas disociativos conforman un factor de riesgo muy importante para expresar conductas autolesivas, especialmente las del tipo de cortes autoinflingidos actuales, por tal razón recomiendan la exploración de tales síntomas, tanto en investigación como en la práctica clínica con jóvenes de comunidad.

Un estudio que influyó al anterior fue realizado por Zoroglu, Tuzun, Sar, Tutkun, Savas, Ozturk, Alyanak y Kora (2003) quienes partieron de la hipótesis de una relación existente entre las experiencias traumáticas infantiles y la conducta suicida y de autolesión, y para evaluarla conformaron una muestra de 839 estudiantes turcos de preparatoria, 38.9% de los cuales eran del sexo masculino, los cuales tenían un promedio de edad de 15.9 años. Con sus resultados los autores clarificaron el valor predictivo de las experiencias traumáticas respecto a la sintomatología disociativa en esta población estudiantil; pero a su vez, la disociación tuvo el componente predictivo más alto respecto a la autolesión y suicidio. De esta manera parece establecerse una liga entre experiencias

traumáticas que predicen síntomas disociativos, y éstas a su vez predicen a las autolesiones.

Uno de los estudios modernos más influyentes fue llevado a cabo por Gratz, Conrad y Roemer (2002), quienes se enfocaron en explorar variables externas asociadas a autolesión en una población de jóvenes estudiantes. Los autoreportes de abuso sexual y físico, negligencia paterna y calidad del apego fueron comparados en grupos con y sin AL. La variable interna clave fueron los síntomas disociativos, la cual finalmente se observó como la principal variable predictora para las mujeres y la segunda en importancia para los hombres. Estos resultados destacan la importancia central que las experiencias disociativas tienen como variables asociadas respecto a AL.

En resumen, los resultados de investigación refuerzan la idea de que la AL se asocia a las experiencias disociativas como grupos sintomáticos concomitantes, destaca además que la presencia de síntomas disociativos pudo distinguir a los adolescentes sin AL, y más aún entre subgrupos con AL a partir de la gravedad de la misma y del resto de síntomas tales como depresión y ansiedad.

No obstante dicha asociación requiere observaciones adicionales, en primer lugar, en dos de los estudios los síntomas disociativos estaban claramente relacionados a experiencias traumáticas tempranas, relación que se encuentra bien documentada en la literatura sobre estrés postraumático (por ejemplo, Boon, Steele & Van der Hart, 2011), variable esta última que podría ser la clave como generadora de vulnerabilidad emocional, de acuerdo con Linehan (1993); en este sentido, la asociación sería indirecta puesto que el

síndrome postraumático podría ser la variable clave, en tanto que la AL sería un recurso para regular emociones derivadas de la memoria traumática. Finalmente, debe destacarse que las experiencias disociativas también se asocian a estados crónicos de ansiedad y depresión (Páez, Robles & Marín, 2011), por lo que en resumen la asociación entre AL y disociación podría ser más bien indirecta, mediada por otras variables clave.

Impulsividad asociada con Autolesión

En términos nosológicos la AL es catalogada por algunos autores como un trastorno del control de los impulsos. La característica principal de estos trastornos es la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o los demás. Frecuentemente la persona percibe una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo. Tras el acto puede haber o no arrepentimiento, autorreproches o culpa (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002). La asociación entre impulsividad y AL se ha documentado en población clínica (Vanrinden & Vandereycken, 1997), por lo que en esta sección se presenta la evidencia hallada en población normativa.

Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker y Kelley (2007) en la investigación ya referida encontraron que el grupo con autolesiones más severas tendía también al uso de alcohol y drogas durante los episodios autolesivos, además de presentar historial de intentos suicidas, conductas que en conjunto se vinculan a la impulsividad. En tanto que en términos de

diagnóstico formal, Guertin y colaboradores (2001) encontraron que el grupo de adolescentes con autolesiones cubría los criterios clínicos para el Trastorno Opositor Desafiante, además de presentar medidas altas en Expresión de Enojo, Conducta Impulsiva y de Riesgo, características que en conjunto apoyan la asociación entre AL e impulsividad.

En tanto, Izutsu y colaboradores (2006) conformaron una muestra de adolescentes escolares japoneses con promedio de edad de 14 años, 239 de los cuales eran hombres y 238 mujeres. De acuerdo a las respuestas se formaron 4 grupos de estudio: 2 grupos en base al sexo, y otros dos en función del tipo de autolesión: cortaduras versus golpes autoinflingidos. Las puntuaciones más altas en la medida de hiperactividad se asociaron con historial de conducta problema, así como a la presencia de autolesiones. Los autores concluyeron sugiriendo una asociación entre la hiperactividad como rasgo y la presencia de autolesiones en ambas formas (cortes y golpes), indicando que la impulsividad juega un papel preponderante en la autolesión y otras formas de conducta problema, tal como el consumo de alcohol.

Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005) midieron diversas variables en su muestra de adolescentes de comunidad, una de las más importantes fue el nivel de impulsividad, el cual se encontró asociado a las autolesiones, hecho que se evidenció en el mayor involucramiento en conductas de riesgo (consumo de drogas, tatuajes), ideación e intento suicida y niveles más pobres de ajuste en todas las variables: estrés, conducta antisocial, mal manejo del enojo y autoestima baja. La impulsividad en estos jóvenes se asoció entonces no solo a la presencia de AL, sino a un mayor grado de desajuste en general.

Por su parte, Rodham, Hawton y Evans (2004) realizaron un estudio con una muestra de 5737 estudiantes de 41 escuelas en Inglaterra, con edades entre 15 y 16 años, a quienes se realizó una encuesta anónima. A partir de sus respuestas se formaron dos grupos de comparación: 1) con cortaduras autoinfringidas; y 2) con historia de autoenvenenamiento. Al comparar las respuestas de los grupos en función del tiempo de premeditación, se encontró que quienes se autoinfringían cortaduras presentaban un menor tiempo de latencia (menos de una hora), entre la primer idea de cometer el acto a llevarlo a cabo, por lo que esta forma de autolesión se asoció particularmente a dificultades en el control de los impulsos.

Finalmente, Matsumoto y colaboradores (2004) estudiaron las diferencias clínicas en adolescentes detenidos por delitos menores, quienes presentaban dos diferentes patrones de autolesión: cortes en la muñeca (grupo 1) versus cortes en el brazo (grupo 2). Los autores concluyeron que la alta prevalencia para ambos tipos de autolesión podía explicarse al suponer una base etiológica común, la cual podía además dar cuenta de la propensión a la violencia característica de la muestra de estudio: la dificultad en el control de impulsos; dicha impulsividad se veía además asociada a experiencias traumáticas infantiles autoreportadas.

En conjunto, los datos de investigación reseñados aportan evidencia acerca de un perfil comportamental de tipo impulsivo en adolescentes con AL, al cual Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005) denominan patrón de desajuste general; es decir, los adolescentes con AL se distinguen por tener un historial de conductas problema y de riesgo, tales como agresividad, delincuencia, consumo de drogas, conducta suicida y antisocial, etc. No

obstante, no debe perderse de vista que la medición de impulsividad fue indirecta, es decir, la impulsividad fue abstraída como rasgo a partir de la presencia de las conductas descritas, o bien, a través de la medición de otras variables de psicopatología (por ejemplo, trastorno oposicionista, enojo, latencia de respuesta, historia traumática, etc.); por lo que debido a las diferencias en la definición operacional de los estudios, estos resultados pueden considerarse descriptivos más que concluyentes.

Otras variables internas asociadas con Autolesión

En esta sección se presenta la evidencia de algunas variables internas que se han hallado asociadas a la AL, si bien los resultados no han sido corroborados por otros autores. Por ejemplo, Nixon, Cloutier y Jansson (2008) estudiaron la prevalencia de la AL en una comunidad de jóvenes canadienses de ambos sexos a través de un censo (N=568, edades de 12 a 21 años), lo cual se enfocó al estudio de los factores de salud mental relacionados. Los resultados indican que el 44% de estos jóvenes con AL no buscaron ayuda acerca de tal conducta, además de que el sexo fue uno de los principales predictores o factores de riesgo, puesto que se encontró una mayor prevalencia entre las mujeres (77.1%). Aun más, la pertenencia al sexo femenino en combinación de síntomas depresivos más problemas con la regulación de la atención/impulsividad/actividad fueron las variables que permitían predecir estadísticamente la presencia de AL, puesto que diferenciaban entre los grupos con y sin este problema.

Por su parte, Whitlock, Eckenrode y Silverman (2006) realizaron un estudio con la intención de conocer la prevalencia, formas, demografía y correlatos de salud mental en una comunidad de estudiantes norteamericanos (muestra de 2875 entrevistas). Las características del grupo con AL fueron las siguientes: puntajes más elevados de estrés emocional, orientación bisexual/incertidumbre por la orientación sexual y menor edad dentro del rango de la muestra. Adicionalmente, la pertenencia al sexo femenino se asoció a la presencia de autolesiones repetitivas.

En los dos estudios reseñados la pertenencia al sexo femenino parece ser un factor de riesgo importante no solo para padecer AL, sino para presentar la pauta más severa. No obstante, a pesar de que incluso se encontró una relación predictiva, no debe perderse de vista que ello fue en función de su adición a otras variables (depresión, inatención, incertidumbre por la orientación sexual, etc.), por lo que aun falta aclarar la naturaleza misma de la relación.

Conclusiones respecto a variables internas asociadas

Como puede notarse, los estudios con muestras de comunidad son limitados en cantidad, sin embargo los resultados son bastante ilustrativos en relación al perfil dibujado de factores internos asociados a la dinámica de la AL. A continuación se reseñan los principales hallazgos en función de la utilidad para la planeación del presente trabajo:

1. Si bien no todos los autores lo llevaron a cabo, fue notoria la utilidad de dividir el grupo con AL en dos subgrupos, uno con autolesión moderada/severa, y otro con AL menor, considerando que el criterio para diferenciar uno de otro era la gravedad: a) medida por el tipo de conducta (cortarse/quemarse era más grave que pincharse); y b) la frecuencia, donde la AL actual y repetitiva era más severa que aquella ocasional o no actual. Después de los análisis fue claro que los subgrupos se diferenciaban uno de otro en función de la presencia de más factores de riesgo, donde el grupo con AL menor se asemejaba más al grupo sin ella (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker & Kelley, 2007).
2. El grupo con AL moderada/severa se distinguió del grupo sin AL (o de aquel con una pauta leve) por presentar criterios diagnósticos para: depresión mayor, ansiedad, distimia, trastorno opositor desafiante, rasgos de trastorno límite de la personalidad (más no diagnóstico formal), rasgos de diversos trastornos de personalidad, uso de sustancias, así como sintomatología disociativa no especificada. Respecto a factores de riesgo clave, los autores pusieron el índice en diferentes trastornos, señalando combinaciones que de acuerdo a sus resultados tenían un alto valor predictivo en relación a la presencia de AL.
3. Una combinación de factores que fue persistentemente vinculada a AL fue: depresión más síntomas disociativos más estrés emocional, hecho que es consistente con los datos empíricos obtenidos también en investigaciones con población clínica.

4. La AL moderada/severa se asoció con una diversidad de variables psicológicas, entre las cuales se encuentran: disfunción psicológica, historial de desadaptación y de conducta de riesgo, historial de tratamientos psiquiátricos, ideación e intento suicida previo, estrés emocional, mayores puntuaciones en enojo, soledad, impulsividad, autoestima baja, tendencia hacia la emocionalidad negativa e hipersensibilidad al rechazo. Un estudio vinculó especialmente a la hiperactividad general con la AL.

5. Seis de los estudios concluyen que el factor clave que subyace a la AL, así como al resto de síntomas que la acompañan se debe a la disregulación emocional, siendo que ésta cumple la función de aliviar estados emocionales altamente perturbadores (estrés, enojo, culpa, etc.); desde esta perspectiva la AL es también una manifestación distorsionada de emociones.

6. Las entrevistas y demás procedimientos cualitativos conforman estrategias que aportan información valiosa, habitualmente a manera de confirmación respecto a lo que las escalas estructuradas permiten obtener. Dicha información enriquece el perfil de los jóvenes catalogados con AL, a la vez que permite una identificación y clasificación más precisa en función de definiciones conceptuales y operacionales preestablecidas. Una conclusión importante es que se pueden obtener falsos positivos cuando no se usan entrevistas u otro medio cualitativo, por lo cual el uso de estas estrategias parece trascendental.

7. Los rasgos depresivos, así como cuadros francos de depresión fueron el común denominador en 9 estudios que investigaron AL en jóvenes de comunidad. Ahora bien, las pautas autolesivas crónicas y en apariencia más graves se observaron en un continuo con el historial de intento suicida, siendo que ambas eran difícilmente diferenciables en función de la dinámica emocional global. A pesar del perfil similar, variables tales como rechazo/repudio hacia la vida/ deseo de morir (mayor riesgo de suicidio letal) fueron las claves para diferenciar entre intención suicida y AL (Muehlenkamp & Gutiérrez, 2004).

8. Paralelamente a los factores de riesgo interno, fueron señalados algunos factores de riesgo externos, tales como: procedencia de hogares monoparentales, hogares con marginación económica, experiencias de abuso temprano (sexual-físico) y experiencias traumáticas vinculadas a estos abusos. La relación específica de estas variables con la AL no es completamente clara.

9. Partiendo de los estudios revisados, no pueden extraerse datos concluyentes respecto a la variable sexo, puesto que hubo autores que encontraron que la pertenencia al sexo femenino era un factor de riesgo, en tanto que otros encontraron una prevalencia más alta en hombres, mientras que otros más no encontraron diferencias significativas respecto a prevalencia asociada al sexo. No obstante, es importante destacar que Nixon, Cloutier y Jansson (2008); y Whitlock, Eckenrode y Silverman (2006) hallaron que la autolesión repetitiva y por tanto, más severa se asociaba al sexo femenino en población adolescente de comunidad, variable que

adquiría más importancia cuando se vinculaba a otras variables internas tales como depresión, ansiedad e impulsividad.

Abuso sexual, experiencias traumáticas tempranas y otras variables externas asociadas a autolesión

Desde la década de los 80's, una de las variables asociadas que ha sido persistentemente señalada por los investigadores incluso como un predictor de AL es el abuso infantil, especialmente el de naturaleza sexual (Santos, 2011; Gratz, Conrad & Roemer, 2002; Zlotnick, Shea, Pearlstein, Simpson, Costello & Begin, 1996). Sin embargo los resultados desde entonces han sido contradictorios, además de que dicho factor de riesgo parece surtir efecto en combinación con otros factores. Por ejemplo, se ha observado que la calidad del ambiente familiar durante la crianza puede determinar la aparición de distintas alteraciones, básicamente relacionadas a estrés postraumático, entre éstas la AL (Van der Kolk, 1996). A lo largo de esta sección se exponen los principales resultados de investigación en el área, para lo cual se otorga interés primordial a investigaciones que hayan conformado muestras de comunidad; se aclara que los criterios de selección de los estudios son los mismos especificados para las variables internas.

La exposición de esta sección comienza con los estudios cuya importancia radica en haber fomentado el interés sobre estos factores de riesgo en particular, se trata de estudios clásicos seleccionados con base en los siguientes criterios: 1) uno de los temas centrales de

la investigación fue la AL; 2) se exploró la relación entre la AL y el abuso sexual/abuso físico/trauma infantil; 3) la investigación fue constantemente citada como antecedente en las referencias de los estudios revisados.

Estudios clásicos que asocian la autolesión con experiencias abusivas

Los trabajos de Van der Kolk en relación a estrés postraumático y de cómo éste da lugar a la génesis de cuadros psicopatológicos en adultos ha influido a una gran cantidad de investigadores. Un trabajo clásico es el de Van der Kolk, Perry y Herman (1991) quienes estudiaron longitudinalmente una muestra de 74 personas que presentaban distintos trastornos graves, tanto de personalidad como trastorno bipolar. Después de un seguimiento de 4 años encontraron que las historias de abuso físico y sexual, así como las separaciones parentales estaban fuertemente correlacionadas con una variedad de conductas autodestructivas en la adultez, incluidos los intentos de suicidio y las autolesiones, conductas que en conjunto ayudaban a las personas a regular estados afectivos. La negligencia parental y los síntomas disociativos estuvieron fuertemente asociados a las cortaduras autoinflingidas, lo cual sugiere que si bien el trauma es un factor de riesgo determinante, es la ruptura de la dinámica y apoyo familiar lo que condiciona la cronicidad y mantenimiento de las autolesiones.

En este mismo trabajo, los autores observaron que los intentos de suicidio se vincularon más estrechamente a experiencias traumáticas infantiles versus las autolesiones, lo cual es sugerente de una dinámica esencialmente distinta entre AL, intento de suicidio y

otras conductas autodestructivas; por tanto concluyen asumiendo que en la génesis de los trastornos crónicos subyace el impacto de experiencias traumáticas en los sistemas biológicos/psicológicos de autorregulación en edades tempranas. De esta manera se sustenta la hipótesis de una base biológica a los problemas crónicos de autorregulación en el adulto.

Otro estudio igualmente influyente fue realizado por Zlotnick y colaboradores (1996), en el que los autores exploraron la relación entre AL, impulsividad, síntomas disociativos, alexitimia y antecedentes de abuso sexual. Se formó una muestra de pacientes mujeres vistas en internamiento, las cuales fueron divididas en dos grupos: 1) con AL en los 3 últimos meses (n=103) y 2) sin historia de AL (n=45). Se observó que en comparación al grupo 2, el grupo que presentó AL actual reportó historia de abuso sexual infantil y tuvo mayores índices de síntomas disociativos, alexitimia y conductas de riesgo en general. Se encontraron fuertemente relacionados los síntomas disociativos y la historia de abuso sexual, por lo que los autores sugieren que tanto las autolesiones como los estados disociativos son mecanismos de enfrentamiento usados por sobrevivientes de abuso sexual infantil para lidiar con afectos dolorosos. De la misma manera, las experiencias de abuso sexual temprano se relacionaron a la mayor cantidad de conductas de riesgo (sexo inseguro, sobredosis, etc.), y por tanto a conducta impulsiva en general.

Rosen, Walsh y Rode (1990) exploraron la relación entre las lesiones autoinflingidas y la pérdida de relaciones interpersonales en una muestra de 32 adolescentes (12 hombres y 20 mujeres) con una media de edad de 17.5 años, los cuales se encontraban internados en una clínica como parte de un programa de atención a jóvenes

severamente perturbados (incluida la esquizofrenia). Los resultados mostraron que los episodios de AL aumentaban en los periodos en que se acercaba el momento en que los empleados dejaran el trabajo, de donde se extrae que las AL incrementaban en un periodo de pérdida anticipada de un vínculo. Si bien las AL seguían ocurriendo después de la partida, éstas mantenían la tasa previa a la anticipación de la renuncia. Los autores sugieren que la pérdida de una relación afectaba a estos jóvenes vulnerables, en donde cada nueva pérdida revivía sus historias traumáticas, en este contexto, la AL ayudaba a disminuir estados emocionales que no podían comunicarse.

Brodsky, Cloitre y Dulit (1995) estudiaron la relación entre los síntomas disociativos, la historia de abuso sexual infantil y las AL en mujeres con trastorno límite de la personalidad. Recolectaron para ello una muestra de 60 mujeres (de 18 a 60 años), quienes fueron vistas en un hospital psiquiátrico; se formaron tres grupos: 1) sin AL, 2) con AL infrecuentes (1-10 episodios) y 3) AL frecuentes (>10). Los resultados indican que los síntomas disociativos estuvieron fuertemente vinculados a las AL frecuentes, independientemente de la historia de abuso sexual. Las personas con historial de abuso sexual/físico (en comparación con las que no) tenían índices significativamente mayores de síntomas disociativos. Las personas con sintomatología depresiva importante y aquellos con mayor historial de tratamientos psiquiátricos previos, presentaban grados patológicos más altos de disociación. Finalmente, las AL fueron el mejor predictor de las experiencias disociativas. Las autoras señalan que sus resultados apoyan la tesis de que las experiencias traumáticas infantiles juegan un papel etiológico crucial en las experiencias disociativas del adulto, siendo que existe una correlación positiva entre la gravedad de ambas.

En conclusión, el enfoque que se ha dado al estudio de las variables externas asociadas a autolesiones desde la década de los 80's, ha sido que las experiencias traumáticas infantiles condicionan desórdenes crónicos graves en etapas posteriores. Los síntomas disociativos se han encontrado fuertemente vinculados al trauma y se ha postulado que constituyen una defensa patológica contra el mismo (Zlotnick, Shea, Simpson, Costello & Begin, 1996). En este ámbito, la negligencia paterna, el maltrato y especialmente el abuso sexual se han asociado a las AL en población clínica, hecho que ha influido en la investigación actual. De los estudios revisados se extrae no obstante que median diferentes variables internas, además de la disociación, por lo que la relación parece más compleja. Investigaciones como las reseñadas estimularon el interés por el estudio actual de las variables externas en población de comunidad, tema del siguiente apartado.

Experiencias abusivas y otras variables externas asociadas con autolesión en población estudiantil

Boudewyn y Liem (1995) estudiaron la cualidad predictiva de las experiencias tempranas de abuso sexual respecto a una variedad de conductas autodestructivas. Conformaron una muestra de 438 adultos jóvenes, 173 hombres y 265 mujeres, a los cuales se administró una serie de escalas pre-estructuradas. Las experiencias sexuales abusivas fueron estratificadas desde los acercamientos hasta las relaciones sexuales no consentidas. Los autores reportaron que dichas experiencias predijeron para ambos sexos la sintomatología depresiva y las conductas autodestructivas crónicas incluidas la AL, así

como la ideación e intento suicida. Se encontró que a mayor severidad de la experiencia abusiva (frecuencia, cronicidad) ocurría mayor gravedad de las conductas autolesivas. Este estudio temprano enfocado a investigar el impacto del trauma psicológico fue perfilando la idea de que el abuso sexual infantil era un factor causal de AL en población de comunidad.

Ejemplo de ello es el estudio de Whitlock, Eckenrode y Silverman (2006), quienes exploraron diferentes variables cualitativas (demografía y psicopatología) asociadas a AL. Conformaron una muestra de estudiantes norteamericanos, de donde destaca que la historia traumática autoreportada de abuso físico, sexual y/o emocional era significativamente prevalente, puesto que se observó en el 53.3% de los casos con AL, sin diferencias de sexo al respecto. Por tanto, estos resultados continúan señalando la importancia que las experiencias traumáticas infantiles pueden representar en términos de factores de riesgo para la aparición de AL.

Otro estudio que asoció la AL con las experiencias tempranas de abuso fue conducido por Zoroglu y colaboradores (2003), quienes evaluaron la hipótesis de una relación existente entre las experiencias traumáticas infantiles y la conducta suicida y de AL; conformaron una muestra de 839 estudiantes turcos de preparatoria. Se concluyó que los jóvenes que reportaron haber sido víctimas de algún tipo de abuso fueron propensos a presentar intentos suicidas, tal como se había previsto, adicionalmente tales experiencias estuvieron fuertemente asociadas a la presencia de AL y a sintomatología disociativa. Se halló además que la relación era más fuerte a medida que se reportaba mayor cantidad de experiencias traumáticas, lo cual hace suponer que la intensidad del trauma es un factor de riesgo determinante para la aparición de estos cuadros patológicos. Los autores concluyen

asumiendo el efecto negativo universal que tienen las experiencias traumáticas en periodos críticos del desarrollo, cuyo impacto puede ser tanto a nivel biológico como psicológico.

No obstante, las experiencias abusivas no siempre se han encontrado asociadas a la AL; ejemplo de ello es el influyente trabajo de Gratz, Conrad y Roemer (2002), quienes estudiaron como factores de riesgo al abuso sexual, abuso físico, negligencia en el cuidado temprano, calidad percibida en el apego, así como síntomas de disociación. Seleccionaron una muestra integrada por 133 jóvenes (hombres y mujeres), a los cuales dividieron en 4 grupos, dos en función del sexo y dos respecto a la presencia/ausencia de AL. Para las mujeres, los predictores más importantes de AL fueron los síntomas disociativos, seguidos de apego paterno inseguro, abuso sexual infantil y negligencia emocional paterna y materna. Para los hombres, también los síntomas disociativos fueron un factor predictor de importancia; no obstante, el principal predictor de AL fue la separación física del padre a edad temprana (12% de varianza explicada), lo cual sugiere que la presencia física, más que la calidad de la relación con el padre puede ser el factor clave en el origen de la AL. Para los hombres el abuso físico explicó el 4% de la varianza, en tanto que el abuso sexual no tuvo efectos significativos; por esta razón los autores concluyen sugiriendo que el abuso sexual como variable asociada debería seguirse investigando.

Como continuación de su trabajo previo, Gratz (2006) exploró diferentes factores de riesgo tanto internos como externos, evaluando un modelo teórico generado por la revisión de la literatura. Conformó una muestra de 249 estudiantes universitarias mujeres, divididas en dos grupos en función de la presencia o ausencia de AL. Encontró que existía una interacción entre factores externos e internos, sus datos retratan al perpetrador de AL

como una víctima de experiencias de abuso físico/sexual temprano, con rasgos internos de poca reactividad e intensidad de afectos positivos. Para la autora sus resultados señalan el papel central que las experiencias de maltrato infantil tienen en la aparición de la AL, pero solo por mediación de variables personales que tiene que ver con la cualidad (positiva-negativa), calidad (expresión verbal o no) intensidad y reactividad de las emociones.

Un estudio reciente de Heath, Toste, Nedecheva y Charlebois (2008) tuvo la misma intención de explorar la interacción entre factores de riesgo internos y externos en un grupo de estudiantes. Los tres principales factores investigados fueron: disregulación emocional, trauma infantil y vínculo con figuras primarias. La muestra de 728 universitarios (78 % eran mujeres) con promedio de edad de 20 años fue dividida en dos grupos apareados: uno con AL y otro sin ella. Se halló que el único factor que diferenciaba entre grupos era la disregulación emocional, y aun más que ésta permitía distinguir entre la AL repetitiva y la esporádica. Por lo que el abuso sexual y la calidad del vínculo temprano no tuvieron efectos significativos para distinguir a quienes presentaban AL. Estos resultados confirman que las variables asociadas a AL más importantes son aquellas de naturaleza individual, especialmente las relacionadas con el manejo de emociones.

El estudio realizado por Klonsky y Moyer (2008) parece resolver la incógnita en relación a la importancia de las experiencias abusivas como variables asociadas. Los autores realizaron un meta análisis con la finalidad de determinar la evidencia hallada por la investigación respecto al vínculo entre abuso sexual y AL. Realizaron una búsqueda de datos de investigación sobre el tema, específicamente acerca del estudio de AL e historia de abuso sexual. Se excluyeron: 1) los estudios cuya muestra incluía solo a perpetradores

de AL y/o a sobrevivientes de abuso sexual exclusivamente, 2) aquellos que no distinguían con claridad entre AL e intento suicida, 3) aquellos que no distinguían con claridad entre abuso físico y sexual y 4) los estudios cuyo tamaño del efecto no era especificable. Al final se conjuntó un total de 43 estudios, de los cuales se extrajo un coeficiente phi de tamaño del efecto (relación abuso sexual-autolesión).

Los principales resultados de este estudio fueron los siguientes: de los datos analizados se obtuvo un coeficiente phi de 0.23, indicando un grado de predicción relativamente pequeño entre la historia de abuso sexual y el origen de AL (explica no más del 5% de la varianza), por lo que es poco probable que tales antecedentes jueguen un papel determinante en la génesis de la conducta autolesiva. De particular interés fue que la relación entre ambas variables fue más estrecha con muestras de extracción clínica, por lo que tomados en conjunto los datos apuntan a que la historia de abuso sexual se asocia a las autolesiones porque ambas correlacionan con los mismos factores de riesgo de naturaleza psiquiátrica, más no porque mantengan una relación directa, única o causal. En esta lógica, el abuso sexual contribuiría a la aparición de AL solo cuando aparecen mediadores tales como cuadros depresivos, ansiosos, etc.

Finalmente, las experiencias traumáticas infantiles no son las únicas variables externas que se han hallado asociadas a AL, si bien son las más estudiadas; por ejemplo Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005) realizaron un estudio con una muestra de 424 estudiantes adolescentes de ambos sexos, encontraron que el grupo con AL se diferenciaba del grupo sano en función de distintas variables internas, pero se observó que provenían en mayor proporción de hogares con un solo padre. Por su parte, Nixon, Cloutier y Jansson

(2008) estudiaron la prevalencia de la AL en una comunidad de jóvenes canadienses (hombres y mujeres) a través de un censo. De entre diversas variables asociadas se observó que el grupo con AL provenía mayormente de hogares con carencias básicas. Estos resultados no son concluyentes puesto que se trata de estudios exploratorios, por lo que ameritan investigación adicional.

Por su parte, Hawton y colaboradores (2002) realizaron un estudio con una muestra amplia de estudiantes británicos a fin de determinar las principales variables asociadas a la AL. Se crearon modelos basados en ecuaciones de regresión logística, a partir de las cuales se observó que las variables externas significativas para las mujeres eran: AL reciente de un amigo y AL en un familiar; para los hombres fueron la conducta suicida tanto en amigos como en familiares. Para ambos sexos las variables externas descritas se acompañaban de otras internas relacionadas a depresión, ansiedad, impulsividad y consumo de sustancias.

Conclusiones respecto a experiencias abusivas y otros factores de riesgo externos

1. Durante años se ha asumido que las experiencias infantiles de naturaleza traumática son causas directas de conductas autodestructivas en la adultez, incluida la AL; dentro de estas experiencias, el abuso sexual es una de las más estudiadas respecto a sus efectos crónicos. El efecto causal del abuso sexual se ha hallado en muestras clínicas de adultos, especialmente en pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (Zlotnick et al, 1996).

2. Otros factores externos implicados como elementos causales, si bien con menor consistencia han sido: el abuso físico infantil, así como la calidad del vínculo con los cuidadores primarios (Van der Kolk, Perry & Herman, 1991, Gratz, 2002).
3. No obstante, conforme la investigación fue avanzando se han obtenido resultados contradictorios que hacen pensar más que en factores causales, en interacción dinámica de elementos tanto internos como externos. Tal como demuestran las investigaciones recientes, parece ser que los factores externos actúan solo en función de ciertas variables individuales, las cuales parecen marcar la diferencia para que el efecto traumático se haga patente en forma de AL u otra pauta autodestructiva (Crowell y colaboradores, 2008; Klonsky & Muehlenkamp, 2007).
4. Al respecto, la investigación actual ha encontrado que las experiencias de abuso temprano (físico y/o sexual) no tienen un efecto predictivo respecto a las autolesiones (explican alrededor del 4% de la varianza de acuerdo con Klonsky & Moyer, 2008). Lo cual confirma que los factores determinantes son las variables de naturaleza individual, características inherentes al individuo y algunas de naturaleza psiquiátrica, principalmente: síntomas disociativos, impulsividad, depresión, ansiedad y disregulación afectiva. De esta forma, puede concluirse que la AL y las experiencias abusivas se relacionan porque correlacionan con las mismas variables psiquiátricas (Heath y colaboradores, 2008; Klonsky & Moyer, 2008; Gratz, 2006; Gratz & Roemer, 2002).

5. Los síntomas disociativos se han encontrado fuertemente asociados a las experiencias de abuso infantil, dado que parecen ser recursos de afrontamiento a tales experiencias profundamente perturbadoras. Los síntomas disociativos adicionalmente se han encontrado estrechamente relacionados a la AL, independientemente de las experiencias de abuso (Brodsky, Cloitre & Dulit, 1995).
6. Los traumas tempranos parecen estar más vinculados a la dinámica de los intentos suicidas que a la dinámica de la AL, la cual es cualitativamente distinta (Van der Kolk, Perry & Herman 1991).
7. Otras variables externas menos investigadas y por tanto, con menor sustento fueron: pertenencia a un hogar monoparental (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005), hogares con carencias (Nixon, Cloutier & Jansson, 2008), y AL en amigos y familiares (Hawton et al, 2002); si bien todas estas variables fueron significativas en combinación con otras internas.
8. En resumen, parece crucial establecer con firmeza el conjunto de factores personales (individuales, internos) que colocan en riesgo a una persona para desarrollar AL, puesto que tal como se ha encontrado, dichos factores parecen diferenciar también entre una pauta severa de una leve o poco frecuente (Heath y colaboradores, 2008).

La tabla A en el apéndice presenta un resumen en términos estadísticos de las principales variables que se han asociado a la AL.

Conclusiones del capítulo

El objetivo de este capítulo fue la revisión de las variables psicopatológicas que se han hallado asociadas significativamente a la AL en adolescentes de comunidad. La principal conclusión es que el perfil de quien se autolesiona es polifacético, lo cual explica la diversidad de variables que los investigadores han propuesto como claves de este problema. Una de las observaciones más importantes en relación a ello es que existen grados y formas de AL más severos que otras y que el perfil subyacente se acompaña de mayor complejidad psicopatológica de acuerdo a la gravedad del cuadro. El elemento común a todo perfil de AL, incluida la población normativa es la disregulación emocional, puesto que la principal función de la AL es la de procurar alivio frente a emociones perturbadoras.

En este orden de ideas, las lesiones autoinfringidas son principalmente un recurso disfuncional que los adolescentes (y adultos) prueban y modelan a otros como parte de la cultura adolescente, destacando que solo algunos de ellos hacen un uso repetido del mismo, este último caso es denominado AL repetitiva. Una clasificación adicional es la de moderada/severa en función de la pauta de cortaduras/quemaduras, en contraste de las autolesiones menores tales como rayarse sin cortar y/o pincharse. Entre las emociones perturbadoras que se regulan a partir de la AL aparecen reiteradamente las asociadas a depresión, y se observa una relación estrecha entre la severidad de la depresión y la de la pauta de AL.

También se han asociado las experiencias traumáticas y abusivas al origen de la AL, no obstante, se ha aclarado que dichas vivencias no son causa directa y que se vinculan a la AL en función de su asociación con un conjunto de variables de naturaleza psicopatológica. En adolescentes de comunidad, la instauración de la dinámica repetitiva y/o severa se puede rastrear a partir de esta constelación de variables: disregulación emocional, depresión, ansiedad, síntomas disociativos e impulsividad, para las cuales se ha hallado evidencia sólida y reiterada. Por tanto, resulta crucial investigación adicional para definir específicamente el perfil de adolescentes mexicanos con AL, puesto que de esta manera pueden formularse con precisión los componentes de una intervención oportuna sobre dichas variables, frenando así el desarrollo de cronicidad y comorbilidad consecuente.

CAPÍTULO 3

Tratamiento psicológico de la autolesión en el adolescente

La psicoterapia del adolescente ha sido objeto de estudio y de disertación de gran cantidad de teóricos e investigadores y se asume que a la fecha tiene un sólido fundamento científico. La larga trayectoria de la ciencia al respecto da cuenta de un sinnúmero de modelos, algunos de los cuales se fundamentan en teorías de la personalidad y otros en argumentaciones teóricas sin fuerte sustento empírico. El interés de la presente tesis se centra en el modelo terapéutico cognitivo conductual, debido no sólo a que cuenta con una argumentación teórica formal, sino también con un cuerpo de evidencia empírica que ha demostrado la efectividad de los tratamientos desarrollados a partir de la teoría.

Respecto al tratamiento de la AL, es éste un tema sobre el cual aún hay mucho por aprender, por ende la investigación e interés al respecto continúa aumentando. Con la intención de circunscribir este fenómeno a cierta población y características, en el capítulo anterior se mostró que la investigación de dos décadas con adolescentes escolares ha vinculado la AL con distintas variables psicopatológicas, las cuales, a manera de contexto emocional interno podrían no solo explicar la aparición y cronicidad del cuadro, sino también fundamentar científicamente una intervención efectiva.

Como ya se mencionó, la AL es un problema complejo y como tal, heterogéneo en su manifestación y origen, no obstante, la idea de circunscribir las principales variables psicopatológicas tiene la finalidad de generar un modelo de tratamiento de las mismas, adaptado a la población de interés, y sobre todo, basado en la evidencia de su efectividad; el argumento se sustenta en la lógica de que un tratamiento efectivo para la AL debe identificar y modificar las principales alteraciones emocionales subyacentes y al hacerlo, disminuir concomitantemente la reincidencia de la conducta autolesiva.

En el capítulo anterior se expuso que la disregulación emocional, depresión, ansiedad, síntomas disociativos e impulsividad son las principales variables identificadas por los investigadores con fuerte asociación a la autolesión en adolescentes escolares, por lo que el objetivo fundamental del presente capítulo es la exposición de los principales modelos de tratamiento generados por la investigación para estas variables, para lo cual se hace explícito no sólo la evidencia de su efectividad clínica, sino también el grado en que tales resultados son concluyentes. Se parte de una breve exposición de los fundamentos teóricos que permiten hablar de una psicoterapia efectiva para adolescentes,

adicionalmente se exponen las características clínicas de dichos tratamientos con la finalidad de perfilar un tratamiento adecuado para la población meta de este trabajo.

Fundamentos para una psicoterapia cognitivo conductual del adolescente

La terapia cognitivo conductual agrupa un conjunto de técnicas y procedimientos explícitos, los cuales se sustentan en fundamentos teóricos derivados de la experiencia empírica. Sus raíces se encuentran esencialmente en la filosofía positivista de la ciencia, así como en el conductismo clásico, el condicionamiento operante y la investigación cognitiva. La terapia de modificación de la conducta así como los principios y leyes formulados de la ciencia cognitiva, continúan siendo vigentes con adaptaciones formuladas por los nuevos investigadores. Este modelo plantea que la realidad es una construcción fenomenológica y por tanto, el malestar psicológico en forma de emociones displacenteras y disfuncionales puede ser aliviado mediante modificaciones en el estilo de pensamiento y de comportamiento (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

La terapia cognitiva es limitada en tiempo, estructurada, guiada y planificada. Es esencialmente de tipo educativa dado que se trata de dotar al cliente de las habilidades que carece, o bien, potencializar aquellas que posee limitadamente. El aprendizaje de habilidades se desarrolla en una relación interpersonal de confianza e intimidad, ideal para la sanación y el cambio, el cual se consigue mediante la práctica y generalización de lo aprendido a otros contextos (Beck, 2000).

Los principios reseñados anteriormente son válidos para los adultos y son también aplicables a la psicoterapia de niños y adolescentes, en cuyo caso el terapeuta adecúa las técnicas y procedimientos al nivel de desarrollo cognoscitivo del cliente en cuestión; adicionalmente el clínico debe estar familiarizado con el proceso normal del desarrollo psicológico y sus desviaciones. La intervención con niños y adolescentes parte por tanto de una evaluación del desarrollo cognitivo, del nivel de adaptación y funcionamiento, así como del medio familiar y social en el cual el menor se desenvuelve; de esta manera una psicoterapia con niños y adolescentes conlleva la participación de los adultos responsables del menor, quienes a menudo fungirán como coterapeutas (Kaplan, Thompson & Searson, 1995).

Desde esta perspectiva, la terapia cognitivo conductual se erige como particularmente útil en el trabajo terapéutico con adolescentes, especialmente por las metas clínicas explícitas, la actitud de mutua colaboración que favorece el involucramiento del menor y sus padres, la práctica de una relación cordial con un adulto, la naturaleza sencilla y adaptable de las técnicas y, finalmente la práctica en tareas cognitivas que favorece la sofisticación de las habilidades del menor. La investigación ha demostrado su eficacia en el tratamiento de síndromes clínicos tales como depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de conducta, trastornos de la conducta alimentaria, etc. (Friedberg & McCloure, 2002)

De acuerdo con Kaplan, Thompson y Searson (1995) los niños y adolescentes tratados con terapia cognitivo conductual, no sólo son capaces de adquirir las herramientas, sino que además las recuerdan y aplican para problemas futuros; con esto se

asume que este modelo de terapia los dota de habilidades que favorecen la adaptación constructiva y la búsqueda de soluciones para enfrentar la adversidad.

Tratamiento psicológico del adolescente basado en evidencia

Tras varias décadas de investigación, la importancia y eficacia de las intervenciones psicológicas con adolescentes ha quedado demostrada (Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton, 1995), aunque el aspecto esencial aún continúa siendo determinar la eficacia de un tratamiento específico para un adolescente que presenta un problema conductual-emocional-social particular (Ollendick & King, 2004). Lo anterior se debe a que a la fecha se han desarrollado una gran cantidad de tratamientos y éstos han sido evaluados en diversos estudios, de donde surge la cuestión de determinar cuáles de dichos tratamientos poseen el suficiente soporte científico para establecerlos como tratamientos eficaces, es decir, basados en evidencia.

Un tratamiento basado en evidencia, sin importar el sustento teórico que le dio lugar debe poseer evidencia objetiva y científicamente creíble, lo cual se obtiene a través de una serie de criterios que en esencia buscan mejorar la práctica y arribar a resultados clínicos tangibles. Desde esta perspectiva, se asume que ningún tratamiento ha sido por completo validado, y que aún respecto a aquéllos bien establecidos persisten dudas; por ejemplo en relación a los componentes esenciales de un tratamiento, las características del usuario que lo hacen más efectivo, así como los mecanismos o procesos asociados al cambio comportamental (Chambless & Ollendick, 2001).

Con miras a establecer criterios definidos se formularon 3 categorías de eficacia de tratamiento, las cuales fueron propuestas en 1995 por un panel de expertos (*Society of Clinical Psychology*) y pueden ser planteadas en los términos siguientes: 1) tratamientos bien establecidos, 2) tratamientos probablemente eficaces y 3) tratamientos experimentales. Los tratamientos bien establecidos han demostrado eficacia al menos por dos grupos de trabajo distintos, con metodología científica adecuada (grupos de comparación, tratamiento superior a otro tratamiento), así como por su equivalencia a otro tratamiento ya establecido con poder estadístico adecuado. Adicionalmente, las intervenciones deben ser conducidas con manual, en tanto que las características de la muestra deben especificarse por completo. En contraste, los tratamientos probablemente eficaces han demostrado superioridad frente a un grupo control pero incumplen algunos de los requisitos anteriores; los tratamientos experimentales no cumplen los requisitos para ser probablemente eficaces de acuerdo a Ollendick y King (2004).

La asignación de un tratamiento a una determinada categoría depende de la evidencia que se va acumulando al respecto, de tal forma que su posición no es estática. Desde esta perspectiva se alienta la generación de nuevos tratamientos, los cuales deben ser evaluados a través de estudios controlados para demostrar su eficacia. Siguiendo estos lineamientos, respecto al tratamiento de niños y adolescentes se puede afirmar que las únicas intervenciones que han demostrado algún grado de eficacia son las cognitivo conductuales, si bien solo para el tratamiento de algunos padecimientos pueden adscribirse al rubro de las bien establecidas (Ollendick & King, 2004).

Por ejemplo, para el déficit de atención con hiperactividad, el entrenamiento parental, así como la modificación conductual en el salón de clases son procedimientos bien establecidos. En tanto que para la ansiedad y depresión pediátricas, la terapia cognitivo conductual, el manejo familiar de la ansiedad, la terapia de autocontrol conductual, así como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento son procedimientos apenas probablemente válidos (Chambless & Ollendick, 2001). Respecto al manejo de las fobias se cuenta con procedimientos bien establecidos, tales como la exposición gradual, el modelado participante, así como la práctica reforzada; asimismo, para las fobias se cuenta además con diversos procedimientos probablemente eficaces (Ollendick & King, 2004).

Puesto que el argumento de este trabajo es que la AL es un síntoma al que subyacen determinadas variables psicopatológicas, en las secciones siguientes se expone la evidencia científica actual respecto a la efectividad de este modelo de terapia adaptado a los adolescentes, específicamente de los tratamientos que han demostrado eficacia para atender la AL en particular y aquellos específicos para las variables psicopatológicas asociadas a la misma; el propósito es determinar las coincidencias entre los componentes terapéuticos, puesto que de esta manera puede identificarse a los más específicos y efectivos para el diseño de una intervención adaptada al perfil de adolescentes mexicanos.

Terapia cognitivo conductual de la autolesión en el adolescente

Los datos de incidencia en otros países apuntan a que la AL es una conducta frecuente entre los adolescentes escolares en Estados Unidos (13-25%) de acuerdo a Rodham y Hawton (2009); en México la percepción es que la incidencia es alta y se encuentra en aumento, si bien se desconocen datos exactos al respecto. Por ejemplo, González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleis, Bermúdez y Amador (2002) estimaron la presencia de actos autolesivos sin intención de morir en 17.4% para los hombres y 15% para mujeres en su muestra de adolescentes. En tanto, el ya citado estudio de González-Forteza y colaboradores (2005) con estudiantes de Guanajuato estimó una incidencia del 3.1% para los hombres y de 10.7% para mujeres, asumiendo que ésta podría ser mayor. La definición de AL que se ha formulado para este trabajo la propone como el daño voluntario infringido a los propios tejidos sin la intención de morir, lo cual no necesariamente exime del riesgo pues puede conducir a muertes accidentales o bien, a un posterior suicidio (Comtois, 2002).

La creciente incidencia ha generado también un mayor interés de los investigadores en estudiar el fenómeno, de tal manera que se han formulado algunos modelos teóricos explicativos así como intervenciones derivadas; no obstante, los trabajos de investigación con diseños aleatorios son escasos, por lo que respecto al tema de tratamientos validados para AL a la fecha solo pueden formularse conclusiones preliminares. Las tres intervenciones cognitivo conductuales más estudiadas y con apoyo empírico en distintos trabajos son: 1) La Terapia Conductual Dialéctica (TCD), 2) La Terapia Cognitiva Asistida con Manual (MACT por sus siglas en inglés), y 3) El Entrenamiento en Solución de

Problemas (ESP); en esta sección se presentan los estudios que apoyan la efectividad de éstas, así como de otras intervenciones específicas con componentes cognitivo conductuales.

Terapia Conductual Dialéctica (TCD)

La AL es uno de los síntomas principales del trastorno límite de la personalidad, por lo que la TCD dedica las primeras intervenciones diseñadas a la eliminación de la misma. En el marco del trastorno, esta conducta se considera un síntoma al cual subyacen dos problemas centrales relacionados: disregulación emocional e impulsividad, los cuales se intenta corregir mediante el entrenamiento en habilidades, así como la consecuente generalización al ambiente cotidiano de la persona (Robins & Chapman, 2004). Las técnicas específicas para autolesión empleadas por la TCD son: la validación de las experiencias de la persona, estrategias de solución de problemas, análisis y modificación conductual de la AL, entrenamiento en mentalización y regulación de emociones, entrenamiento en asertividad y tolerancia al estrés (Linehan 1993a; Muehlenkamp, 2006).

Este modelo de intervención cognitivo conductual fue desarrollado por Linehan (1993a, 1993b), fruto de su larga experiencia en el tratamiento de pacientes suicidas y con comportamiento parasuicida; si bien este tratamiento está destinado para la atención de personas con trastorno límite de la personalidad. Se trata de una terapia estructurada y con fuerte apoyo empírico tanto de estudios con control aleatorio, como de algunos con diseño de grupo único (Muehlenkamp, 2006); a partir de estos trabajos, se han formulado manuales de tratamiento estructurados (Mc Kay, Wood & Brantley, 2007), adaptaciones

para adolescentes (Miller, Rathus, Linehan, Wetzler & Leigh (1997), intervenciones experimentales con pacientes internos y externos (Verheul, Van des Bosch, Koeter, Ridder, Stijnen & Van den Brink, 2003); con un bagaje de más de diez años de investigación multinacional, puede considerarse un tratamiento con efectividad sustentable.

Cabe destacar que si bien la investigación aplicada acerca de la TCD es amplia, normalmente la conducta meta es la conducta suicida y no específicamente la AL (Crawford, Thomas, Khan & Kulinskaya, 2007); si bien habitualmente las investigaciones reportan una disminución de la conducta parasuicida como uno de los principales efectos terapéuticos de la intervención (Perseius, Ojehagen, Ekdahl, Asberg & Samuelsson, 2003). La relación conceptual y clínica entre la conducta suicida y la parasuicida, incluida la AL aun no ha sido completamente aclarada. En esta revisión se incluyen preferentemente estudios enfocados al tratamiento de la AL y específicamente con muestras de adolescentes.

Uno de los estudios actuales más influyentes sobre el tema fue realizado por Linehan, Comtois, Murray, Brown, Gallop, Heard, Korslund, Tutek, Reynolds y Lindenboim (2006), quienes compararon la efectividad de la terapia conductual dialéctica versus tratamiento no conductual por expertos. Se trató de un diseño riguroso a fin de determinar si los componentes particulares de la intervención producían cambios clínicos significativos. La muestra estuvo conformada por 101 mujeres de al menos 18 años, quienes cumplían con los criterios para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, presentaban conducta suicida y AL actuales; se formaron dos grupos en forma aleatoria de acuerdo al tratamiento asignado. Los resultados al final del tratamiento

y durante el seguimiento mostraron que el grupo tratado con TCD presentó una mejoría significativa en todas las medidas clínicas, incluida la AL. Los autores concluyen afirmando que sus resultados replican la efectividad demostrada por esta intervención en estudios previos, aseverando que los componentes únicos de su intervención son los agentes del cambio clave para el manejo de la conducta suicida y parasuicida.

Algunos autores han llevado a cabo estudios para demostrar la eficacia de la TCD en adaptaciones específicas para el manejo exclusivo de la AL en adolescentes. Ejemplo de ello es el estudio preliminar en Nueva Zelanda de Cooney, Davis, Thompson, Wharewera-Mika y Stewart (2010), quienes investigaron la efectividad de la TCD para el manejo de la autolesión en adolescentes, para lo cual evaluaron principalmente la adherencia y aceptación del tratamiento. Seleccionaron 29 adolescentes, a quienes asignaron aleatoriamente a una de las dos condiciones de tratamiento: usual (n=15), ó bien TCD durante seis meses (n=14), la cual incluyó terapia individual, intervención familiar, intervención con los padres para el entrenamiento en habilidades y asesoría telefónica. Se realizaron medidas repetidas (pre-evaluación, post-evaluación y de seguimiento durante un año) de intentos suicidas, AL, ideación suicida, uso de sustancias y habilidades para regular emociones. Los resultados preliminares de este estudio aún no presentan datos clínicos de eficacia, pero confirman que este formato de tratamiento fue aceptable para los participantes y sus familiares, quienes completaron el tratamiento en un 93% y tuvieron un porcentaje de asistencia de 91%. Los autores concluyen que los estudios de control aleatorio aun son escasos y que falta más investigación para sustentar la efectividad de la TCD para la AL en adolescentes.

Uno de los primeros estudios sobre el tema fue realizado por Wood, Trainor, Rothwell, Moore y Harrington (2001), quienes evaluaron la efectividad de una intervención grupal basada en la TCD para la reducción de la frecuencia de AL. Seleccionaron a 63 adolescentes británicos de entre 12 y 16 años de edad, a los cuales asignaron aleatoriamente a una de dos condiciones de tratamiento: terapia grupal (n= 32), o bien tratamiento usual (n=31), tomando medidas repetidas de depresión, ideación suicida y de AL. El contenido del tratamiento se describió como evolutivo (enfoque del desarrollo) e incluyó técnicas diversas, particularmente de la TCD; los temas del tratamiento fueron: relaciones personales, dificultades escolares y familiares, manejo de la ira, depresión y AL, desesperanza y preocupaciones por el futuro. Los resultados muestran que el grupo experimental mostró una reducción significativa en la repetición de las AL, puntajes más bajos en depresión y mayor comportamiento adaptativo, lo cual fue significativo al compararlo contra el grupo en tratamiento usual. Los autores concluyen asumiendo que el formato grupal de intervención es útil para el tratamiento de la AL repetitiva en adolescentes, pero sugirieron más investigación al respecto.

Sobre este mismo tenor, James, Taylor, Winmill y Alfoadari (2008) seleccionaron una muestra de 25 adolescentes mujeres de comunidad que presentaban autolesión resistente a tratamientos previos, y tenían un promedio de edad de 16 años (15-18 años). La intervención se enfocó al tratamiento de la AL, entrenando a las participantes en habilidades de regulación de emociones, control de impulsos y de solución de problemas; el formato combinó tratamiento grupal, individual y de apoyo telefónico durante un año. Las medidas post-tratamiento y de seguimiento a los 8 meses de concluida la intervención

indicaron una reducción significativa en las medidas repetidas de AL, depresión y desesperanza, combinado con una mejora clínica general; por lo que los autores concluyen que la TCD es una intervención prometedoramente eficaz para el manejo de la AL en adolescentes.

En resumen, después de la revisión de datos de investigación queda claro que la cantidad de investigación es limitada y que la mayoría de los estudios no cuenta con una metodología rigurosa. Adicionalmente pueden plantearse las objeciones siguientes: por ejemplo, las adaptaciones para adolescentes hechas al manual de tratamiento original de Linehan (1993a) son guías particulares elaboradas por cada grupo de investigación, por lo que el formato de tratamiento tiene una faceta heterogénea que combina terapia individual, grupal, familiar, terapia para los padres y asistencia telefónica con duración global variable (de 6 meses a un año); por lo que aún persisten dudas respecto a los componentes principales del cambio terapéutico y el formato idóneo.

En este sentido, las técnicas de la TCD que en conjunto con otras técnicas cognitivo conductuales se han empleado en investigación y han demostrado eficacia para la atención de la AL en adolescentes son: entrenamiento en regulación de emociones (identificación de emociones, validación emocional, incremento de la tolerancia al malestar emocional), mentalización (*mindfulness*), entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas y manejo conductual de la AL; no obstante, no existe un solo estudio que evalúe la contribución particular de cada técnica al cambio sintomático.

De particular interés es el entrenamiento en habilidades de regulación emocional, el cual apunta a mejorar el control de la conducta impulsiva, típica en personas con trastorno límite de la personalidad y eficaz para la disminución de la AL. A partir de estas observaciones puede afirmarse que podría existir una dinámica similar, si bien no debe pasarse por alto que el trastorno límite no puede diagnosticarse en adolescentes, que se trata de un cuadro grave que la gran mayor parte de adolescentes con AL no presenta y por tanto, muchos de sus componentes no aplican, o bien requieren de modificaciones, especialmente relacionadas a la intensidad del tratamiento (sesiones por semana, duración del tratamiento, tratamiento psiquiátrico alternativo, etc.). Entonces, los resultados muestran que la TCD produjo la disminución significativa en la frecuencia de AL, pero puede afirmarse que si bien es eficaz, aún falta investigación concluyente sobre el tema.

Terapia Cognitiva Asistida con Manual (MACT)

Dado que la TCD es un tratamiento cuyos componentes no necesariamente aplican a todos los casos de AL sin trastorno límite de la personalidad, Evans et al. (1999) formularon una nueva modalidad de intervención para el tratamiento de la AL, la cual se basa en componentes generales de la terapia cognitivo conductual y algunos de la TCD, combinando en su formato tanto elementos de autoayuda (biblioterapia), como de psicoterapia breve individual (6 sesiones); los autores llamaron MACT a esta nueva modalidad de tratamiento, argumentaron además que la TCD suele ser un tratamiento complejo y costoso en tiempo y recursos.

Con la finalidad de evaluar experimentalmente su eficacia para el tratamiento de la AL, Evans y colaboradores (1999) formaron una muestra de 34 participantes, incluyendo adolescentes y adultos, quienes fueron asignados aleatoriamente a una de las dos condiciones de tratamiento: cognitivo conductual estructurada con la MACT (n=18), ó usual (n=16). Los resultados post-tratamiento indicaron que el grupo intervenido con la MACT mostró una mayor disminución en la frecuencia de AL, por lo que los autores concluyeron sugiriendo la necesidad de más investigación a fin de replicar y fortalecer sus alentadores resultados preliminares.

Tryer, Thompson, Schmid, Jones, et al. (2003) re-evaluaron posteriormente la efectividad inicialmente demostrada por el tratamiento breve de Evans y colaboradores (1999) para el manejo de la AL. Utilizaron una muestra de 480 personas, compuesta de adolescentes y adultos, quienes fueron asignados aleatoriamente a una de las dos condiciones de intervención: 1) terapia cognitivo conductual estructurada, o bien 2) tratamiento usual. Se realizaron mediciones post-tratamiento, a los 6 y 12 meses de concluida la intervención. Los resultados indican que el grupo experimental presentó una disminución mayor en la frecuencia de la AL, además de observar una mayor latencia entre episodios; si bien la diferencia no fue significativa para el periodo de 12 meses. Los resultados obtenidos son alentadores dado que confirman la efectividad de una terapia breve específica para AL.

Por su parte Weinberg, Gunderson, Hennen y Cutter (2006) evaluaron la efectividad de la MACT en el tratamiento de pacientes con AL y diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. Reclutaron para ello a 30 participantes, incluidos adolescentes y adultos –hombres y mujeres-, los cuales presentaban AL reciente y se encontraban en tratamiento psicológico-psiquiátrico actual (tratamiento usual). La mitad de los mismos fueron asignados al azar a la condición de tratamiento con la MACT, las medidas clínicas fueron la frecuencia de AL y la ideación suicida, las cuales se tomaron antes de la intervención, al término de la misma y de seguimiento seis meses después. Los resultados muestran que la MACT produjo una reducción significativa en la frecuencia y severidad de AL en el post-tratamiento y seguimiento, no así en las medidas de ideación suicida. Cabe destacar que el efecto de la MACT fue superior a todos los tratamientos concurrentes, no obstante, si bien esta intervención breve parece ser prometedora, los autores concluyen asumiendo que aun falta más investigación.

En un intento por sistematizar una intervención efectiva, Slee, Garnefski, Van der Leeden, Arensman y Spinhoven (2008) formularon un manual de tratamiento cognitivo conductual específicamente desarrollado para el tratamiento de la AL, el cual se basa en un análisis funcional del síntoma, así como en la discusión y modificación de los factores que lo originan y mantienen. A fin de evaluar su efectividad conformaron una muestra de 90 participantes, incluyendo adolescentes y adultos (de 15 a 35 años), los cuales fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones de tratamiento: usual exclusivamente (n=42) o bien, usual más cognitivo conductual durante 12 sesiones semanales (n=48). Se realizaron medidas repetidas pre-tratamiento, post-tratamiento y de seguimiento a los 6 y 9 meses de concluida la intervención. Respecto a las variables de interés medidas, los

resultados muestran que el grupo que recibió la intervención guiada con manual presentó una mayor disminución en la frecuencia de AL y en la intensidad de la depresión, ansiedad e ideación suicida, en tanto que mejoraron los puntajes relativos a autoestima y habilidades de solución de problemas. Los autores concluyen que sus resultados evidencian la efectividad de una intervención cognitivo conductual breve y estructurada para el manejo de la AL crónica.

En conclusión, la importancia de la MACT es que se trata de un tratamiento desarrollado específicamente para la AL, lo cual les añade una considerable ventaja respecto a la TCD. En el caso de la MACT, se trata de una intervención que intenta superar la complejidad y larga duración de la TCD, respecto a lo cual sobresale. No obstante, si bien los estudios de control aleatorio han mostrado resultados promisorios, se observa en algunos de ellos que apenas es superior al tratamiento usual, con el agravante de que a menudo el reclutamiento incluyó adolescentes y adultos, lo cual impide extraer conclusiones particulares para población joven. Por tanto, respecto al estado actual de investigación de la MACT se puede concluir que la evidencia, especialmente en lo relativo a adolescentes es limitada y no concluyente.

Terapia de Solución de Problemas (TSP)

La Terapia de Solución de Problemas (TSP) fue formulada por D'Zurilla y Goldfried (1971), se trata de una intervención cognitivo conductual que busca entrenar al paciente en habilidades de identificación y de resolución de problemas, dotándolo de

estrategias que deben practicarse y adquirirse para su aplicación a contextos reales; la intención es generar conductas efectivas que maximicen consecuencias positivas y disminuyan las negativas, lo cual se realiza ayudando al paciente a aplicar experiencias previas en forma de soluciones novedosas. La importancia de esta terapia es que puede favorecer la adaptación general y ha demostrado ser efectiva para diferentes padecimientos y grupos de edad. En relación a la AL, se ha observado que las personas que ejecutan esta conducta en forma repetitiva tienen pobres habilidades de resolución de problemas y que un entrenamiento al respecto puede reducir la frecuencia de esta conducta (Speckens y Hawton, 2005). En esta sección se presenta una breve revisión de la evidencia empírica sobre el tema.

Dado que la TSP tiene una larga trayectoria de investigación aplicada sobre la AL y conducta suicida, Spirito, Boergers, Donaldson, Bishop y Lewander (2002) realizaron un estudio de control aleatorio para evaluar la efectividad de una intervención grupal de entrenamiento en solución de problemas, la cual pretendía incrementar la adherencia al tratamiento después de un intento suicida. Eligieron a 63 adolescentes –hombres y mujeres-, quienes acudieron a consulta médica después de autoinfringirse lesiones; la muestra fue dividida en dos grupos de tratamiento: TSP, o bien tratamiento usual. Los resultados indican que el grupo atendido con TSP tuvo una mayor adherencia al tratamiento, datos corroborados durante el seguimiento 3 meses después de concluida la intervención. Estos resultados sugieren que la TSP es el tratamiento de elección para adolescentes en crisis emocionales que derivan en AL y/o intentos suicidas, pues fomenta la adherencia a tratamientos adicionales.

Respecto a efectividad, una excelente revisión al respecto fue realizada por Hawton et al. (1998) quienes elaboraron un análisis sistemático de 20 estudios de control aleatorio cuya variable principal fue la AL repetitiva, contemplando intervenciones sistemáticas administradas tanto a adolescentes como a adultos e incluyeron tratamientos farmacológicos y psicológicos diversos. En cuatro de esos estudios se comparó la TSP contra el grupo control, contrastando las medidas pre-tratamiento, post-tratamiento y de seguimiento a los 12 meses de concluida la intervención. Los autores observan que la TSP produjo una disminución significativa en la frecuencia de las AL al comparar contra el grupo control (Odds Ratio de 0.73), y que este efecto fue superior al resto de intervenciones revisadas en los otros estudios, por lo que los autores concluyen que la TSP es una intervención prometedora como primera opción en el tratamiento de la AL, si bien recomiendan investigación adicional.

Por su parte, Townsend et al. (2001) realizaron un meta-análisis que incluyó 6 estudios de control aleatorio de TSP para la AL repetitiva. En todas las investigaciones reseñadas se incluyeron adolescentes y adultos además de un grupo control, comparando en esencia la TSP en distintos formatos (grupal, individual) versus tratamiento usual. Al comparar contra el grupo control se observó que la TSP produjo mejores resultados en los puntajes de depresión (diferencia de -0.36), desesperanza (diferencia de -2.97) y adaptación general durante el seguimiento (Odds Ratio de 2.31). No obstante, dada la naturaleza heterogénea de los estudios, no pudieron extraerse conclusiones definitivas acerca de la efectividad de la misma en relación a la disminución de la frecuencia de AL como variable primaria, por lo que los autores recomiendan la implementación de más investigaciones estudiando específicamente esta variable.

En tanto, Wood y colaboradores (2001) realizaron un estudio de control aleatorio de Terapia Cognitivo Conductual con componentes de TSP con adolescentes. Se seleccionó a 63 hombres y mujeres de entre 12 y 16 años, los cuales presentaban autolesión al menos dos veces en el último año; se les asignó aleatoriamente a una de dos condiciones de intervención: TSP grupal más tratamiento rutinario, o bien solamente tratamiento rutinario. Se tomaron medidas repetidas pre-tratamiento, post-tratamiento y de seguimiento 6 meses después de las variables primarias: depresión y AL. Los resultados indican que el grupo intervenido con terapia grupal presentó una menor frecuencia de AL (Odds Ratio de 6.3), hizo menor uso de los servicios médicos, tuvo menos faltas escolares y menos problemas conductuales en general que el grupo en tratamiento usual. No obstante, los grupos no difirieron en lo relativo a las medidas de depresión. Los autores concluyen proponiendo a la intervención cognitivo conductual grupal con enfoque de TSP como una intervención prometedora para la AL adolescente, sugiriendo más investigación para confirmar los hallazgos.

En conclusión, la TSP ha sido una de las primeras intervenciones investigadas para el tratamiento de la conducta suicida y por ende, el interés se ha extendido al campo de la AL. Los análisis sistemáticos y meta-análisis sugieren que es una intervención eficaz para disminuir la frecuencia de AL, además de ayudar a mejorar la psicopatología comórbida, especialmente los síntomas de depresión, desesperanza y desadaptación (si bien no en todos los casos). Más importante aún, como estrategia terapéutica particular ha demostrado eficacia al producir un efecto sobre la dinámica emocional que da pie a la AL, por lo que se le presupone una técnica de elección.

No obstante, la revisión permite identificar las siguientes objeciones: a menudo los investigadores confunden AL con intentos suicidas, ejemplo de ello es la definición de las intervenciones como preventivas de suicidio. Adicionalmente, el grueso de la investigación incluye en su muestra a adolescentes y adultos (por ejemplo, de 15 a más de 60 años), por lo que resulta complicado extraer conclusiones respecto a adolescentes exclusivamente. La intervención de Wood, y colaboradores (2001) se realizó con adolescentes, siendo la variable primaria la AL, obteniendo resultados positivos, pero ésta es la única intervención de TSP con estas características. En conclusión la TSP es una intervención que ha demostrado resultados positivos, pero éstos no son concluyentes, especialmente al hablar de adolescentes.

Otras intervenciones cognitivo conductuales

Klonsky (2007) puntualiza que la investigación no ha hallado diferencias significativas en cuanto a efectividad entre la TCD y los demás modelos de terapia reseñados, lo cual indica que aun no se cuenta con un tratamiento único e idóneo para el tratamiento de la AL. El autor sugiere que se necesita investigación adicional a fin de determinar los componentes esenciales que determinan una intervención efectiva, lo cual debe partir tanto de evidencia empírica como de una formulación consistente de la dinámica emocional de la AL.

Debido a estas circunstancias de la teoría e investigación aplicada de la AL, los investigadores suelen diseñar tratamientos particulares con componentes cognitivo

conductuales, algunos de los cuales se encuentran bien fundamentados y han demostrado eficacia. Ejemplo de ello es la intervención formulada por Walsh (2007, 2006), propuesta como un modelo biopsicosocial que integra 5 dimensiones para explicar y modificar la AL: medioambiental, biológica, cognitiva, afectiva y conductual; de acuerdo al autor estas dimensiones son interdependientes e interactúan mutuamente para generar y mantener tal conducta, por tanto, la atención terapéutica desde este enfoque contempla la evaluación e intervención personalizada de las 5 dimensiones. La AL es vista entonces como una conducta aprendida (a la que subyacen vulnerabilidades), la cual que puede ser reforzada tanto por estímulos ambientales como internos. La ventaja de este enfoque es su naturaleza integral y centrada en el problema. El autor ha formulado una guía específica de tratamiento, con resultados a nivel preventivo (Muehlenkamp, Walsh & Mcdade, 2010), pero aun falta investigación adicional para evaluar su eficacia.

Otros investigadores también han generado tratamientos específicos y bien fundamentados. Por ejemplo, en un estudio reciente Oldershaw et al. (2012) evaluaron la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual dirigido a un grupo de 24 adolescentes (con rango de edad entre 12 y 18 años) que presentaba AL; los componentes de la intervención estaban dirigidos a mejorar tanto las habilidades de regulación emocional, como las de toma de decisiones. La terapia desarrollada incluyó como componentes principales: psicoeducación, introducción a terapia cognitiva, habilidades para tolerar y regular emociones, consolidación de habilidades. Las evaluaciones longitudinales mostraron que el grupo con tratamiento mejoró en las habilidades entrenadas, al tiempo que cesaron los episodios de AL. Lo valioso de esta intervención es que fue diseñada para

el tratamiento de la AL en adolescentes escolares, además de ser breve y basarse en la teoría actual sobre el tema.

Ejemplo de trabajos previos es la investigación de Nixon, McLagan, Landell, Carter y Deshaw (2004) quienes desarrollaron y pilotearon un programa de terapia de grupo dirigida a adolescentes con autolesión repetitiva, el cual incluyó a los padres, vistos en conjunto. Se monitoreó el nivel de motivación, las razones dadas a la AL, presencia de ideación suicida, así como el nivel uso de sustancias y alcohol antes de ingresar al grupo de tratamiento. Se implementaron 12-14 sesiones semanales de tratamiento, cuyas metas terapéuticas fueron: introducción de nuevos conceptos y habilidades (relajación, tolerancia al estrés, regulación emocional, efectividad interpersonal), fortalecer el apoyo terapéutico a los adolescentes (automonitoreo, tareas para casa), facilitar la separación e individuación (sesiones para padres: psicoeducación, apoyo terapéutico, adquisición de habilidades). Los autores suponen además la influencia de elementos como la identificación, aceptación de reglas, así como el aprendizaje y reforzamiento social de las habilidades adaptativas. Si bien no se realizó una evaluación formal de esta intervención, se reporta que los usuarios se vieron beneficiados con este procedimiento, por lo que se recomendó su uso.

En conclusión, existen tratamientos cognitivo conductuales que no se adscriben a ninguna de las tres categorías descritas con anterioridad, pero que pueden incluir componentes de las mismas. Los elementos comunes son el entrenamiento en habilidades para regular emociones, la psicoeducación, así como el análisis conductual, los cuales se formulan a partir de la teoría actual que plantea que la AL se inicia y mantiene debido a diversas fuentes de reforzamiento, especialmente el reforzamiento negativo interno

(evitación o escape de estados emocionales aversivos). La inclusión de los padres en el tratamiento parece ser también fundamental en el trabajo con adolescentes, si bien su participación específica aun no se encuentra totalmente definida.

Conclusiones respecto a efectividad de la terapia cognitivo conductual para la autolesión en adolescentes

Las tres intervenciones psicológicas más investigadas para atender la autolesión son: la Terapia Conductual Dialéctica (TCD), la Terapia Cognitiva Asistida con Manual (MACT) y la Terapia de Solución de Problemas (TSP). Las tres han sido administradas a muestras de adolescentes en estudios de control aleatorio y han demostrado efectividad frente al grupo control, tanto en el post-tratamiento, como en el seguimiento. Adicionalmente, las tres intervenciones arrojan resultados positivos en problemas comórbidos, por ejemplo, respecto a depresión, ideación suicida y desesperanza, si bien no en todos los casos. No obstante, la cantidad de investigación es limitada y prevalece la heterogeneidad, puesto que los formatos de intervención difieren entre grupos de estudio; de tal manera que un manual de tratamiento puede incluir técnicas e intervenciones diversas, además de adaptaciones particulares a manuales conocidos, hecho que dificulta definir cuáles son los principales agentes del cambio.

Existen además nuevas formulaciones cuya importancia radica en ser intervenciones breves, explícitas y específicas para AL, basadas en la teoría y resultados

de investigación, con componentes cognitivo conductuales, las cuales han demostrado eficacia en estudios controlados con muestras pequeñas de adolescentes; el problema es que existe poca o nula investigación aplicada que replique su utilidad.

A la fecha entonces, no es posible extraer conclusiones firmes acerca de la efectividad de un tratamiento psicológico para la autolesión en adolescentes, puesto que la mayor parte de los estudios arrojan resultados preliminares que requieren confirmación con investigaciones posteriores. De manera preliminar se puede decir que los componentes o técnicas cognitivo conductuales que se han empleado reiteradamente con adolescentes incluyen: psicoeducación, entrenamiento en regulación de emociones (identificación de emociones, validación de la experiencia emocional, incremento de la tolerancia ante el malestar emocional, etc.), entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas, introducción a terapia cognitiva y análisis conductual; se incluye además la participación de los padres en formatos diversos.

Las siguientes secciones de este capítulo exponen la evidencia empírica existente acerca de las intervenciones que se han utilizado para el resto de variables asociadas a este problema. La importancia de revisar las técnicas útiles para la atención de estos problemas se basa en la formulación de que al intervenir sobre la dinámica emocional subyacente a la AL, es posible producir una reducción o eliminar definitivamente esta conducta sintomática. De esta manera pueden definirse no solo las técnicas más útiles, sino también aquellas compatibles y coincidentes para una intervención específica para AL.

Terapia cognitivo conductual de la depresión en el adolescente

Depresión en adolescentes y su manejo

El texto de Beck et al. (1979) estableció formalmente las bases de las intervenciones cognitivo conductuales para el manejo terapéutico de la depresión en adultos. Ellis (Ellis & Grieger, 1981) fue también otro autor pionero en el campo, a partir de cuyos trabajos se generó todo un cuerpo de investigación aplicada, así como posteriores desarrollos teóricos que enriquecieron las bases de la práctica clínica. A la fecha, la efectividad de la terapia cognitivo conductual ha quedado demostrada en población adulta tanto de extracción clínica como de comunidad (Weersing, Iyengar, Kolko, Birmaher & Brent, 2006).

No obstante, hace poco más de treinta años la existencia de la depresión en el adolescente era aun objeto de debate; a la fecha, los estudios epidemiológicos han demostrado que este padecimiento no sólo es altamente prevalente entre los jóvenes, sino que además es a menudo comórbido, altera la calidad de vida y puede dar lugar a la muerte por suicidio (Katz, Cox, Gunnasekara & Miller, 2004). Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en la Ciudad de México, Benjet, Borges, Medina-Mora, Mendez, Fleiz, Rojas y Cruz (2009) mostraron que la depresión se encontraba entre los padecimientos más frecuentes de los adolescentes, especialmente para las mujeres (7.6%); siendo además los trastornos del estado de ánimo los más graves para hombres y mujeres.

De esta forma, una vez establecida la existencia de la depresión adolescente, la investigación aplicada hacia el desarrollo de tratamientos efectivos ha sido un área de trabajo fructífera. Los primeros estudios controlados pueden rastrearse hacia 1980 y a partir de entonces el cuerpo de conocimientos continúa en crecimiento (Lewinsohn & Clarke, 1999). El objetivo de esta sección es mostrar las principales conclusiones en cuanto a la efectividad de los tratamientos desarrollados y evaluados en estudios controlados, se presentan los resultados de meta-análisis debido a que éstos analizan diversos estudios con base en ciertos criterios pre-establecidos, de tal manera que retratan con mayor claridad el estado actual de evidencia para los tratamientos.

Efectos de la psicoterapia cognitivo conductual en la depresión del adolescente: Resultados de meta-análisis

Los intentos por sintetizar los resultados de las intervenciones llevaron a algunos investigadores desde la década pasada a la realización de meta-análisis. A continuación se presenta una abstracción de los datos de eficacia de acuerdo al tamaño del efecto reportado en los estudios, asimismo, se explicitan las principales técnicas que han demostrado efectividad en el tratamiento de la depresión en adolescentes. Los meta-análisis revisados son los siguientes:

- Reinecke, Ryan y DuBois (1998)
- Lewinsohn y Clarke (1999)

- Michael y Crowley (2002)
- Weisz, Mccarty y Valery (2006)
- Klein, Jacobs y Reinecke (2007)
- Stice, Shaw, Bohon, Marti y Rodhe (2009)

La principal observación es que las intervenciones cognitivo conductuales han sido los tratamientos más acreditados para el manejo de la depresión, si bien respecto a adolescentes no han estado libres de controversia. La revisión de los meta-análisis hizo evidente que la efectividad de dichos tratamientos ha disminuido conforme se obtienen más datos de investigación, lo cual hace pensar que aún hay mucho por aclarar al respecto; por ejemplo Ollendick y King (2004) puntualizan que en relación a la depresión del adolescente, aún no existe un tratamiento psicológico bien establecido. No obstante, con los datos revisados es posible abstraer las conclusiones siguientes:

El tamaño del efecto de las intervenciones se ve alterado debido a variaciones de metodología y diseño de los meta-análisis. Cuando se establecen controles más estrictos, la terapia cognitivo conductual arroja resultados más modestos aún significativos (por ejemplo, 0.53) y que se mantienen durante el seguimiento, al menos durante un periodo breve. Una observación bastante notable es que es posible observar los efectos de la terapia con intervenciones breves, que van de 1 a 2 meses, incluso en programas preventivos, fue notorio que a menor tiempo de trabajo terapéutico, mayor efecto tenía la intervención.

Se observó que los programas preventivos arrojan resultados aún más moderados e incluso pequeños, si bien aún significativos. Los programas de prevención selectiva e indicada son los más efectivos y probablemente se deba a que son más específicos respecto a lo que intentan modificar (Stice y colaboradores, 2009). Y en relación al sexo de los participantes, se observó que las intervenciones cognitivo conductuales son más efectivas con muestras donde predominan mujeres y adolescentes de mayor edad. Se asume que el mayor desarrollo cognitivo propio de la edad, aunado a características del género femenino, por ejemplo, la búsqueda franca de ayuda pueden ser factores que expliquen este sesgo.

En cuanto a formato, las versiones individual versus grupal, así como participación de los padres versus no participación de los mismos fueron igualmente efectivos. Asimismo los programas de intervención cuyo enfoque fue la modificación cognitiva, no fueron necesariamente más efectivos, por ejemplo, que aquéllos que enfatizaron la activación conductual. De llamar la atención también fue que las intervenciones psicoterapéuticas demostraron mayor efectividad que las farmacológicas, pues el tamaño del efecto que produjeron estas últimas fue pequeño y no significativo. Finalmente, se observó que la intervención cognitivo conductual sobre depresión tiene efectos pequeños y significativos sobre la ansiedad comórbida, si bien no tiene efectos francos sobre el riesgo suicida y no tiene ninguno sobre los trastornos de conducta.

La tabla B en el apéndice presenta el tamaño el efecto encontrado por los meta-análisis revisados. Adicionalmente resume las principales técnicas destacadas por los autores como aquéllas que produjeron los mejores resultados en cuanto al manejo de la depresión del adolescente, las cuales pueden abstraerse como las siguientes: reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, técnicas de modificación conductual y entrenamiento en relajación.

Terapia cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad en el adolescente

Ansiedad en el adolescente y su manejo

La ansiedad es una emoción común a todos los seres humanos y puede afirmarse que tiene una función protectora, pues permite anticipar y prevenir un peligro. No obstante, la persistencia y alta intensidad de la misma pueden derivar en una afectación funcional que da origen a síntomas y/o trastornos de ansiedad. En el DSM- IV TR (2002) sólo la ansiedad de separación es clasificada como propia de la edad infantil, sin embargo, tanto niños como adolescentes pueden recibir diversos diagnósticos, siendo los más comunes: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad de separación, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social, esta última es la más prevalente entre los adolescentes (Nauta, 2005).

La fobia social puede definirse como el temor persistente a una o más situaciones que involucran el escrutinio de otros, debido a la posibilidad de hacer algo vergonzoso o humillante. La exposición a tales situaciones generará casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata, por lo que dichas situaciones son a menudo evitadas o bien, toleradas con malestar intenso; la persona reconoce que su reacción es exagerada y adicionalmente se presenta deterioro de la actividad regular debido a la ansiedad descrita al menos durante 6 meses (APA, 2002). Las fobias específicas tienen las mismas características descritas, pero la reacción de temor y evitación ocurren hacia ciertos objetos o situaciones diferentes a las de tipo social.

Al respecto, Benjet et al (2009) encontraron que en adolescentes mexicanos la fobia específica (15.6% en hombres y 26.1% en mujeres), así como la fobia social (10% en hombres y 12.4% en mujeres) eran los trastornos más frecuentes. Estos datos son preocupantes si se toma en cuenta que la ansiedad se ha asociado a mala adaptación general debido a dificultad para socializar con pares, baja autoestima, mal desempeño escolar y consumo de sustancias (Nauta, 2005); estas dificultades pueden dar lugar a psicopatología comórbida y a cronicidad. No obstante, resulta alentador que de acuerdo a Ollendick y King (2004), las intervenciones cognitivo conductuales están bien establecidas como tratamientos eficaces para el manejo de la ansiedad en edad pediátrica. En la sección siguiente se expone la evidencia empírica que sustenta dicha afirmación.

Efectos de la psicoterapia cognitivo conductual sobre la ansiedad del adolescente: resultados de meta-análisis

La mayor parte de las técnicas de intervención para ansiedad se basan en principios de condicionamiento clásico y operante, de donde parte la idea de romper la asociación entre determinados estímulos-situaciones y la respuesta disfuncional de ansiedad; la finalidad implícita es crear una nueva respuesta más adaptativa, un nuevo aprendizaje. Las estrategias bien establecidas con eficacia empírica probada se basan en técnicas de exposición gradual y práctica reforzada, complementadas con técnicas de desensibilización y técnicas de intervención cognitiva.

La primera intervención guiada con manual con las características anteriores fue desarrollada por Kendall, Kane, Howard y Siqueland (1990), la cual ha demostrado eficacia con población de niños y pre-adolescentes al comparar la intervención con un grupo control (Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel, Southam-Gerow, Henin & Warman, 1997; Kendall, 1994). Este programa de tratamiento manualizado se llama *The Coping Cat Program* y consta de 16 sesiones, 8 de las cuales se dedican a entrenar al menor en la adquisición de habilidades, mientras el resto del tiempo se conducen exposiciones en vivo; si bien el manual no explicita instrucciones específicas para los padres.

Barrett, Dadds y Rapee (1996) corrigieron esta omisión al generar un manual de intervención llamado *The Coping Koala Program*, que incluye instrucciones de entrenamiento precisas para los padres; se trata de un programa adaptado para población

australiana para el cual también se han conducido estudios controlados en los que éste ha demostrado eficacia (por ejemplo, Shortt, Barret y Fox, 2001). Los módulos para padres incluyen: 1) entrenamiento para reforzar la conducta de enfrentamiento e ignorar la de tipo ansioso, 2) reconocimiento de la ansiedad propia y modelado de conductas constructivas, y 3) entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas.

A partir de entonces han surgido una gran cantidad de tratamientos adaptados a distintos formatos de intervención, por ejemplo, intervenciones grupales, para grupos de edad específicos, así como para trastornos particulares. Beidel, Turner y Morris (2000) evaluaron una intervención desarrollada para el manejo de la fobia social en edad escolar, la cual demostró efectividad al compararla contra un grupo con una intervención inespecífica. En esencia se trata de variaciones del manual desarrollado originalmente por Kendall y colaboradores (1990) con adaptaciones de las técnicas originales.

Cabe destacar que a la fecha, el volumen de estudios que aportan evidencia de la efectividad de las intervenciones cognitivo conductuales desarrolladas para la ansiedad de los adolescentes es considerablemente grande. Si bien no todos los estudios siguieron el criterio de aleatorización, puede decirse que tales intervenciones pueden adscribirse al estándar de las bien establecidas, es decir, que cuentan con suficiente evidencia empírica que las define como intervenciones eficaces (Compton, March, Brent, Albano, Weersing, & Curry, 2004; Albano & Kendall, 2002). En consecuencia, se realizó una revisión bibliográfica a partir de meta-análisis, con la finalidad de clarificar el tamaño del efecto de las intervenciones cognitivo conductuales para el manejo de la ansiedad en adolescentes,

así como para identificar las técnicas más eficaces. Los estudios revisados fueron los siguientes:

- Weisz, Weiss, Alicke y Klotz (1987)
- Weisz, Weiss, Han, Granger y Morton (1995)
- James, Soler y Weatherall (2005)
- In-Albon y Schneider (2007)

El análisis de los resultados de estos estudios permite dejar en claro que las intervenciones cognitivo conductuales para el manejo de la ansiedad en niños y adolescentes tienen una larga tradición, y gracias a los estudios controlados que se han llevado a cabo para evaluar su efectividad se ha podido demostrar que producen resultados científicamente válidos y clínicamente observables (Weisz, 2004).

En términos generales, respecto al manejo de la ansiedad y fobias, las intervenciones cognitivo conductuales produjeron un tamaño del efecto significativo en rango medio a grande, superior al menos a 0.5 en todos los meta-análisis. Las intervenciones dirigidas al tratamiento del aislamiento y evitación social produjeron un tamaño del efecto aún más elevado, alcanzando un rango de medio a grande, superior al menos a 0.60 en todos los estudios.

Sin lugar a dudas, en la actualidad existen técnicas y tratamientos de corte cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad en edad pediátrica, bien establecidas como

intervenciones de elección y con fuerte sustento empírico de su efectividad. Las principales técnicas empleadas para el manejo de la ansiedad en menores de edad son: modelado, desensibilización sistemática, exposición reforzada y auto-instrucciones (ver tabla C). En tanto, los tratamientos validados son: *Coping Cat*, *Coping Koala* y Manejo Familiar de la Ansiedad; en general, el resto son derivaciones de los mismos (Weisz, 2004). Puede afirmarse adicionalmente que los diferentes formatos (individual, familiar o grupal) producen los mismos resultados efectivos.

La tabla C en el apéndice resume los principales hallazgos de los meta-análisis revisados, presenta tanto el tamaño del efecto como las técnicas cognitivo conductuales destacadas por los autores como las más efectivas para el manejo de la ansiedad en menores de edad.

Terapia cognitivo conductual de los trastornos disociativos en el adolescente

Disociación en adolescentes y su manejo

Existen diversas perspectivas teóricas que intentan explicar la aparición de síntomas y trastornos disociativos, siendo una de las más aceptadas aquella que vincula su origen a experiencias traumáticas tempranas, así como al impacto en el desarrollo neuronal concomitante (Diseth & Christie, 2005; Vanlinden & Vandereycken, 1997). Respecto a niños y adolescentes el enfoque anterior se vislumbra desde la psicopatología del desarrollo, a partir de la cual se establece que dichos padecimientos son una disrupción del

desarrollo en la integración de la memoria, sentido de identidad y auto-regulación de emociones en el plano adaptativo.

Los niños y adolescentes con síntomas disociativos reflejan un fallo en la coherencia e integración del funcionamiento mental, presentando algunas de las características siguientes: fluctuaciones en la atención que generan estados de trance, olvidos autobiográficos que reflejan incoherencias en el proceso del desarrollo de la memoria, fluctuaciones del estado de ánimo y la conducta (dificultades en la auto-regulación), creencias en la existencia de una identidad alternativa que reflejan fallos en la formación de un *self* cohesivo, siendo reflejo también de esto último los síntomas de despersonalización y des-realización (Lun, 2008). En niños pequeños, estos síntomas serían normativos ante experiencias traumáticas y estresantes, pero son reflejo de psicopatología conforme incrementa la edad, por ejemplo, en adolescentes y adultos (Ogawa , Sroufe, Weinfield , Carlson & Egeland, 1997).

Es importante puntualizar que en niños y adolescentes los síntomas disociativos también se han encontrado fuertemente vinculados a experiencias tempranas de abuso, negligencia, maltrato y trauma psicológico en general. Lun (2008) propone un modelo cognitivo en donde los síntomas disociativos comunes tales como la disrupción temporal y alteraciones de la atención tienen su origen en fallos para integrar información sensorial actual, aunados a la fragmentada información sensorial mnémica propia del trastorno de estrés postraumático. Desde esta perspectiva, la experiencia traumática produce una disrupción en la integración de la experiencia perceptual actual y de la memoria, lo cual

explicaría el resto de los síntomas de estos trastornos, incluida la distorsión corporal, por ejemplo, cuando se excluye la perspectiva visual en la percepción del propio cuerpo.

En este contexto, una explicación comúnmente aceptada es que los síntomas disociativos constituyen un tipo particular de defensas que protegen de experiencias dolorosas, conjugándose en su origen tanto características innatas, como experiencias tempranas, por ejemplo relacionadas a la calidad del apego (Kozłowska, 2007); entonces, habitualmente estos síntomas son vistos como una forma desorganizada de adaptación frente a vivencias traumáticas. Siguiendo este argumento, la meta principal de un tratamiento de trastornos disociativos debe dirigirse a que la persona reduzca el uso de la disociación al enfrentar situaciones estresantes, incluidos los recuerdos asociados a experiencias traumáticas; la idea central es que se deben proporcionar estrategias alternativas más adaptativas para enfrentar situaciones estresantes (Haugaard, 2004).

No obstante, a la fecha aún no existe un acuerdo respecto al modelo teórico que mejor explica estos trastornos y por ende, se desconocen datos exactos respecto a la incidencia y la forma más conveniente de intervenir sobre los mismos (Silberg, 2000). A pesar de ello existen investigaciones que reportan tratamientos exitosos, si bien, la mayoría de los mismos, por ejemplo, de enfoque psicoanalítico conforman a menudo estudios de caso poco generalizables (Rothschild, 2009). Por otra parte, se han publicado modelos de tratamiento cognitivo conductuales enfocados al tratamiento del estrés postraumático, evaluados en investigaciones controladas que han producido resultados alentadores al disminuir concomitantemente los síntomas disociativos; cabe destacar que en estos casos el

tratamiento de estos síntomas no es específico y que la medida primaria se enfoca a la psicopatología postraumática.

Es importante señalar que las intervenciones cognitivo conductuales no son el único modelo de intervención, pues se han propuesto intervenciones con formato familiar (Pais, 2009), con base teórica psicoanalítica (Kluft, 2000), terapéutica farmacológica (Nemzer, 1998) e incluso con hipnosis (Kluft, 1992); pero debido a que ninguna de estas cuenta con apoyo experimental sólido, a continuación se revisan exclusivamente los trabajos para los cuales existe evidencia de efectividad.

Efectos de la terapia cognitivo conductual en investigaciones con control aleatorio

Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer (Child Sexual Abuse Task Force and Research & Practice Core, National Child Traumatic Stress Network, 2004) desarrollaron un programa de tratamiento cognitivo conductual enfocado a trauma (*Trauma Focused Cognitive Behavior Therapy*), el cual fue diseñado para atender los síntomas del trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes. Se trata de una intervención estructurada que involucra sesiones individuales tanto con el menor como con sus padres para dotarlos de habilidades de enfrentamiento, y posteriormente llevar al paciente a confrontar las situaciones y recuerdos asociados a la experiencia traumática.

Los componentes básicos de esta intervención estructurada son las técnicas siguientes: psicoeducación, manejo del estrés, expresión y modulación de los afectos,

enfrentamiento cognitivo, creación de la narrativa traumática, procesamiento cognitivo, exposición en vivo, sesiones conjuntas padres-hijo y prevención de recaídas. Lo importante de este tratamiento es que ha demostrado efectividad en estudios controlados, no sólo en la reducción de los síntomas del trastorno de estrés postraumático, área donde ha ganado amplia aceptación, sino también en la reducción de la psicopatología comórbida, incluidos los síntomas disociativos. En esta sección se presentarán dos investigaciones a manera de evidencia a favor de intervenciones estructuradas y por tanto, replicables.

Por ejemplo, el estudio de Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer (2004) evaluó la efectividad del programa de tratamiento cognitivo conductual enfocado a trauma, comparándolo con el modelo de terapia centrada en el niño. Los autores reclutaron a 229 menores de entre 8 y 14 años de edad, quienes cumplían los criterios diagnósticos para estrés postraumático y fueron asignados aleatoriamente a una de las dos condiciones de tratamiento. Los resultados mostraron que ambas intervenciones produjeron cambios positivos, pero la disminución en los síntomas fue significativamente superior en el grupo intervenido con terapia cognitivo conductual. Los autores concluyeron que sus resultados sustentan la evidencia creciente de la eficacia de intervenciones cognitivas para menores de edad aquejados de síntomas de estrés postraumático, con el beneficio adicional de que éstas disminuyen los síntomas comórbidos tanto internalizantes como externalizantes.

Como continuación de su trabajo anterior, Cohen, Mannarino y Knudsen (2005) compararon la efectividad de dos diferentes tipos de tratamientos para el manejo de niños y adolescentes víctimas de experiencias de abuso sexual temprano. Los autores trataron a 82 menores de entre 8 y 15 años de edad, quienes fueron asignados aleatoriamente a una de

dos condiciones posibles de intervención: 1) terapia cognitivo conductual centrada en el manejo del trauma, ó 2) terapia no directiva de apoyo. Se realizaron mediciones repetidas a todos los menores en los siguientes rubros: síntomas de estrés postraumático, depresión, ansiedad, dificultades sexuales y síntomas disociativos. Todas las mediciones post-tratamiento para el grupo tratado con terapia cognitivo conductual mostraron una mejoría significativa, observándose además la permanencia de los cambios en las mediciones durante el seguimiento 6 y 12 meses después de concluida la intervención. El grupo tratado con terapia no directiva de apoyo no mostró cambios. Los resultados muestran que la terapia cognitivo conductual para estrés postraumático puede ser efectiva en la eliminación de síntomas disociativos en menores de edad.

Conclusiones respecto al tratamiento para adolescentes con síntomas y trastornos disociativos

Una revisión a la literatura acerca de los trastornos disociativos permite identificar que existe un vacío de conocimientos sobre el tema, especialmente al compararlo con otros padecimientos, por ejemplo la depresión, sobre el cual existe mucha literatura. Queda claro que aún se desconoce mucho sobre el tema y que no existen tratamientos con sustento basado en evidencia, ni para adultos ni para menores de edad, incluidos los adolescentes. Es notorio además que se practican diversos tratamientos, basados ante todo en formulaciones teóricas que han reportado resultados exitosos, por lo que es necesaria la investigación sistemática de las principales variables asociadas a fin de incluirlas en un modelo de tratamiento estructurado y replicable.

Las principales conclusiones respecto a sintomatología disociativa son que no existe una formulación teórica única que explique el origen de los síntomas disociativos, sin embargo una propuesta comúnmente aceptada es que se asocian estrechamente a experiencias traumáticas tempranas, las cuales impactan en la función bioquímica y estructural del cerebro, dando lugar a los mismos (Curtois, & Ford, 2009; Diseth & Christie, 2005).

Desde el enfoque de la teoría de trauma psicológico, la forma común de concebir a los síntomas y trastornos disociativos es que éstos constituyen un tipo desorganizado de defensas contra experiencias estresantes y particularmente dolorosas. La idea subyacente es que un tratamiento exitoso debe dotar al paciente de recursos más adaptativos para lidiar con las experiencias estresantes, de tal manera que la disociación sea cada vez menos necesaria. La AL, muy común en personas con trastorno de estrés postraumático se entiende también como un recurso disfuncional contra el malestar emocional, similar a las experiencias disociativas

No obstante la relación entre AL y disociación no es clara, puesto que podrían concebirse simplemente como síntomas de similar naturaleza defensiva concurrentes en un mismo padecimiento base. En este contexto, cuando se diagnostica estrés postraumático, los tratamientos validados con soporte empírico para el mismo serían los indicados y suficientes para reducir o eliminar tanto la AL como la disociación, siendo que la intensidad depende de la gravedad del cuadro base.

En niños pequeños las experiencias disociativas son normativas, pero constituyen síntomas psicopatológicos a medida que incrementa la edad. Silberg (2001) considera que en niños y adolescentes sobrevivientes de experiencias traumáticas estos padecimientos son menos graves, y por tanto los tratamientos más exitosos. Los tratamientos para estos padecimientos parten de la idea de aliviar la experiencia traumática subyacente (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006).

En conclusión, existen tratamientos cognitivo conductuales enfocados a la atención del trauma para niños y adolescentes que han demostrado eficacia en el alivio del trastorno de estrés postraumático, así como de la psicopatología comórbida, incluidos los síntomas disociativos y la AL. En este orden de ideas, cuando la AL y/o los síntomas disociativos forman parte del cuadro sintomático de una persona aquejada del síndrome postraumático, queda claro que lo indicado no es un tratamiento para AL, que constituye solo un síntoma, sino más bien el tratamiento de la enfermedad base que da pie a la misma.

Conclusiones del capítulo

El tratamiento de la autolesión es un tema que ha despertado recientemente el interés de los investigadores debido a la prevalencia en aumento. Históricamente la TSP ha sido la intervención más investigada, si bien, recientes adaptaciones de la TCD han demostrado efectividad en la disminución de la frecuencia de autolesiones con población de

adolescentes. La MACT no ha mostrado resultados concluyentes puesto que al comparar contra grupo control la diferencia es pequeña.

Respecto a la depresión y ansiedad en adolescentes, puede afirmarse que la terapia cognitivo conductual es el tratamiento de elección puesto que ha demostrado efectividad concluyente tras muchas décadas de investigación aplicada. La terapia cognitivo conductual cumple con los parámetros establecidos de tratamientos basados en evidencia, por lo que algunos de los componentes de la misma pueden ser de utilidad al diseñar una intervención para autolesión, puesto que a menudo la depresión y ansiedad son comórbidas a este problema.

Las intervenciones para síntomas disociativos son muy limitadas y con frecuencia inespecíficas, ya que estos síntomas a menudo son considerados comórbidos al trastorno de estrés postraumático, al igual que la AL. Si se diagnostica un cuadro postraumático, éste debe considerarse el trastorno base, con el argumento de que al ser atendido correctamente, se producirá una reducción paralela tanto de la frecuencia de AL como de los síntomas disociativos, puesto que ambas se consideran respuestas defensivas desorganizadas frente a emociones y recuerdos perturbadores.

Debe aclararse que la AL y las experiencias disociativas pueden experimentarse en ausencia de un síndrome postraumático, por lo que en coherencia con este argumento y la teoría de la AL en adolescentes, la dinámica psicológica subyacente es la presencia de

emociones perturbadoras debido a su naturaleza negativa, y/o por la intensidad de las mismas, lo cual las convierte en poco manejables. Ello explica que las personas crónicamente deprimidas y/o ansiosas experimenten también disociación (Robles, Páez & Marin, 2011). Entonces, la asociación hallada en investigación entre AL y síntomas disociativos no sería entonces directa ni de causa-efecto, sino más bien debido al déficit en la regulación de emociones, por lo que un entrenamiento en este sentido sería una de las claves técnicas para formular un tratamiento específico para AL en adolescentes.

En este mismo sentido, la impulsividad ha sido comúnmente asociada a la AL, más aun al considerarse ésta un problema de control de impulsos. En el caso de adolescentes escolares con AL, tal asociación se ha hecho habitualmente a partir de la presencia de conductas disruptivas tales como trastornos conductuales, consumo de drogas, conducta opositorista y/o antisocial, etc., pero dado que la impulsividad se ha medido en forma heterogénea, la naturaleza de su relación con la AL no es clara. Para este trabajo se retoma la formulación de que la conducta impulsiva en el perpetrador de AL tiene fundamento en la disregulación emocional (Linehan, 1993b), por lo que un tratamiento específico para este problema y en congruencia con la teoría, debe basarse en enseñar estrategias de esta índole.

En conclusión, a la fecha aún no se cuenta con un tratamiento universalmente válido para atender la AL en adolescentes, todavía se desconoce el formato idóneo (individual, grupal, familiar, comunidad, etc.), así como los componentes principales que

generan el cambio. A pesar de ello, existen formulaciones terapéuticas prometedoras puesto que se sustentan en la teoría actual sobre la AL y cuentan con apoyo empírico preliminar, su enfoque se centra en entrenar la regulación de emociones, re-estructuración cognitiva, análisis funcional, psicoeducación y entrenamiento en habilidades sociales y de resolución de problemas. Es clara la necesidad urgente de más investigación aplicada sobre el tópico.

JUSTIFICACIÓN Y MÉTODO

La fundación ALÍA AC (Santos, 2006; Santos, 2008) llevó a cabo un estudio preliminar con muestras pertenecientes a escuelas secundarias públicas y privadas (del DF y zona conurbada), Centros de Integración Juvenil (CIJ) del DF y del Centro de Atención al Alumno Vulnerable de Escuelas Secundarias Técnicas del DF; halló que la prevalencia de AL fue del 8 al 14 % en jóvenes de entre 12 y 18 años de edad. Adicionalmente, se concluyó que la conducta de AL presentada por adolescentes mexicanos fue similar de acuerdo con los parámetros establecidos en países anglosajones y en Francia: la edad de inicio fue entre los 12 y los 15 años, el intervalo transcurrido antes de comentarlo a alguien fue de un año y medio, existiendo antecedentes de abuso sexual y/o físico en el 65% de los casos, además de la coexistencia de un trastorno de la alimentación en el 52% de los casos. Los actos de AL más comunes fueron: cortarse (90%), pegarse (35%), quemarse (30%).

Puede afirmarse entonces que la AL es un problema silencioso y creciente, muy difundido en la población general y especialmente en población juvenil. Si bien se cuenta con una amplia variedad de enfoques teórico terapéuticos para entender y atender a la AL comórbida a otros padecimientos, existen pocos estudios experimentales que nos permitan

tener evidencia de un modelo conceptual de AL en población adolescente de comunidad sin diagnóstico psiquiátrico adicional. Si bien se sabe que la prevalencia va en aumento, en nuestro país el tema aún no se ha estudiado sistemáticamente, el perfil psicopatológico del joven mexicano que se autolesiona todavía se desconoce, en consecuencia, aun no existe un tratamiento sustentado empíricamente para lidiar específicamente con este serio problema.

En resumen, a pesar del avance en la investigación acerca de la AL, quedan abiertas muchas cuestiones por aclarar, por ejemplo, acerca de si ésta es un síntoma o un trastorno psiquiátrico por definir, la forma más adecuada de medir la conducta, la dinámica emocional esencial que le da lugar y mantiene al problema y por consiguiente, los componentes más efectivos de un tratamiento específico enfocado en reducir la frecuencia de la AL, especialmente cuando no existe un trastorno psiquiátrico paralelo. En congruencia con ello, para esta investigación se tomó una muestra de adolescentes de comunidad por las siguientes razones: 1) dado que la AL inicia comúnmente a esta edad, se buscó estudiar el problema en sus primeras etapas, de tal manera que fuese factible la identificación de las variables que favorecen la aparición y mantenimiento de la conducta; 2) diseñar una intervención preventiva específica, enfocada a las variables clave identificadas de tal manera que fuese posible detener la progresión y cronicidad.

Con la intención de contribuir al conocimiento actual e intentar dar respuesta a algunas de las cuestiones planteadas, se realizaron dos estudios. El objetivo del primer estudio fue identificar un perfil psicopatológico al evaluar mediante una ecuación de regresión la asociación predictiva que guardan las variables comúnmente asociadas a la

AL, para ello se planteó una clara definición conceptual que fundamenta a su vez una definición operacional con cuantificación en escala continua. En el segundo estudio se diseñó una intervención fundamentada en el perfil teórico de las variables asociadas a la AL, al evaluar su efectividad con un diseño de control aleatorio se apuntó a corroborar tanto las formulaciones internacionales, como el perfil hallado específicamente con la muestra de estudiantes adolescentes de México. A continuación se describen los dos estudios.

OBJETIVOS

ESTUDIO 1: Determinar las principales variables predictoras de la Autolesión en adolescentes escolares mexicanos, con base en las cuales se construyó el perfil psicopatológico y a partir de éste se desarrolló un Manual de Terapia Cognitivo Conductual dirigido a disminuir/eliminar la problemática.

ESTUDIO 2: Evaluar la efectividad de una terapia cognitivo conductual para disminuir/eliminar las autolesiones, al comparar a un grupo con tratamiento (grupo experimental) contra un grupo sin tratamiento (grupo control).

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

ESTUDIO 1: ¿Cuáles de las siguientes variables: disregulación emocional, depresión, ansiedad, síntomas disociativos e impulsividad, predicen la autolesión en adolescentes escolares mexicanos?

ESTUDIO 2: ¿Disminuye la frecuencia de autolesiones en un grupo de adolescentes que asisten a una Terapia Cognitivo Conductual estructurada, al ser comparado contra un grupo equivalente sin tratamiento?

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DEL ESTUDIO 1: Las variables disregulación emocional, ansiedad, depresión, experiencias disociativas e impulsividad son los principales predictores de la autolesión en un grupo de adolescentes.

HIPÓTESIS ALTERNA DEL ESTUDIO 2: Disminuirá significativamente la frecuencia de autolesiones en el grupo de adolescentes que asiste a una terapia cognitivo conductual, al compararlo contra el grupo que no asiste a tratamiento; dicha frecuencia disminuirá aun más en la evaluación de seguimiento tres meses después de concluida la terapia.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Variable dependiente (ambos estudios)

AUTOLESIÓN: Acción lesiva intencional que una persona lleva a cabo en sí misma sin intención consciente de morir, produciéndose con ello un daño corporal objetivo, de baja letalidad y de una naturaleza socialmente inaceptable; la función principal de esta conducta es la reducción de estados afectivos displacenteros, no es un intento suicida (Walsh, 2006). Fue definida operacionalmente con la Cédula de Autolesión (desarrollada para esta investigación). Se le consideró la Variable Dependiente en las dos fases de la investigación.

Variables predictoras (estudio 1)

DISREGULACIÓN EMOCIONAL: Es el manejo inadecuado de las propias emociones, caracterizado por dificultades para: 1) identificar, comprender y aceptar las propias emociones, 2) inhibir la conducta guiada por las emociones, 3) disminuir la respuesta visceral intensa, y 4) mantener la atención enfocada en la actividad previa; por lo cual la conducta en general tiende a ser desorganizada (Gratz & Roemer, 2004; Linehan, 1993). Operacionalmente se definió con la Escala de Disregulación Emocional (DERS) de Gratz y Roemer (2004), con adaptación para adolescentes mexicanos por Marín, Robles, González-Forteza y Andrade-Palos (2012).

DEPRESIÓN: Es un trastorno caracterizado por tristeza persistente y estado de ánimo abatido, lo cual se asocia a pensamientos desfavorables acerca de uno mismo y los demás; concomitantemente ocurre la pérdida de interés en actividades usuales y malestares físicos comunes a la ansiedad, tales como dolores diversos, dificultad para concentrarse, etc. (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Operacionalmente se definió con el Inventario de Depresión de Beck II en su versión mexicana (Jurado, Campos & Cruz, inédito).

ANSIEDAD: Es una emoción displacentera y desorganizante, la cual es elicitada por una disposición cognitiva que incluye rumiaciones acerca del pasado y de uno mismo, así como la anticipación de malestares futuros. Se acompaña de cambios fisiológicos típicos de la activación simpática, tales como secreción gástrica, tensión muscular, sudoración, etc. (Beck y colaboradores 1998). Se definió operacionalmente con el Inventario de Ansiedad de Beck en su versión mexicana (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001).

SINTOMAS DISOCIATIVOS: Es un conjunto de experiencias caracterizadas por la alteración de las funciones integradoras de la consciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina, gradual, transitoria o crónica (APA, 2002). Se definió operacionalmente con la Escala de Experiencias Disociativas para Adolescentes de Armstrong, Putnam, Carlson, Libero y Smith (1997), la cual fue traducida y adaptada para esta investigación.

IMPULSIVIDAD: Es la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o los demás. En estos casos la persona percibe con frecuencia una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo. Tras el acto puede haber o no arrepentimiento, autorreproches o culpa (APA, 2002). Se definió operacionalmente con la Escala de Impulsividad de Plutchick y Pragg (1989) en su versión mexicana de Páez, Jiménez, López, Ariza, Ortega y Nicolini (1996).

Variable independiente (estudio 2)

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: Conjunto de técnicas y procedimientos explícitos, derivados de experiencia empírica, que buscan favorecer el cambio sintomático. El argumento teórico plantea que la realidad es una construcción fenomenológica y por tanto, el malestar psicológico en forma de emociones displacenteras y disfuncionales puede ser aliviado mediante modificaciones en el estilo de pensamiento y de comportamiento (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Se definió operacionalmente en un manual desarrollado para esta investigación, el cual contiene procedimientos específicos para ser cubiertos en 12-14 sesiones (2 sesiones semanales) por un psicólogo entrenado en la implementación de la terapia. En el apéndice se realiza una descripción detallada de los principales componentes; en esta sección se describen brevemente:

Lineamientos generales:

- A. Construcción de la relación terapéutica con el adolescente
- B. Evaluación, entrevista motivacional, administración de escalas y análisis funcional
- C. Sesiones con los padres: Lineamientos cognitivo conductuales

Bloques de contenido para el adolescente

BLOQUE 1: Primera sesión, introducción y psicoeducación

BLOQUE 2: ESTRATEGIAS PARA LA REGULACIÓN DE EMOCIONES I:

incremento de la tolerancia al malestar emocional, alternativas contra la autolesión

BLOQUE 3: ESTRATEGIAS PARA LA REGULACIÓN DE EMOCIONES II:

identificación y modificación de la ansiedad con estrategias de relajación

BLOQUE 4: ESTRATEGIAS PARA LA REGULACIÓN DE EMOCIONES III:

introducción a la terapia cognitiva

BLOQUE 5: Desarrollo de habilidades para la solución de problemas

BLOQUE 6: Consolidación de habilidades y cierre formal

ESTUDIO 1

PRINCIPALES PREDICTORES DE LA AUTOLESIÓN EN ADOLESCENTES

DISEÑO

Se trató de un estudio correlacional (sin manipulación directa de variables) para determinar en un solo momento, la relación predictiva que la disregulación emocional, depresión, ansiedad, impulsividad y experiencias disociativas mantienen respecto a la autolesión.

OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio fueron:

1. Determinar los principales predictores de la Autolesión
2. Desarrollar un Manual de Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de las autolesiones, fundamentado en los resultados obtenidos de este estudio.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Se obtuvo el consentimiento firmado de 455 estudiantes y sus padres, de los tres grados académicos de una escuela secundaria pública de la Ciudad de México, de los cuales 226 eran hombres (49.7%) y 229 mujeres (50.3%); con una edad promedio de 13.1 años (desviación estándar de .95). La mayoría cursaba el primer grado (n= 200, 44%); la escolaridad del 74% de los padres de los participantes era de preparatoria o menos.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

1. **Cédula de Autolesión (CAL).** Es un cuestionario desarrollado para esta investigación, el cual se compone de 13 reactivos diseñados para detectar y

medir temporalmente autolesión no suicida. Los reactivos 1 al 12 presentan ejemplos de autolesiones específicas (basados en la literatura sobre el tema) y se contestan en una escala dicotómica (presencia-ausencia); en caso de respuestas afirmativas, se proporcionan 5 opciones de respuesta para registrar: 1) frecuencia y 2) cuándo fue la última ocasión en que la autolesión ocurrió. El reactivo 13 pregunta la edad al hacerlo la primera vez. Los datos se transformaron con un algoritmo a fin de obtener puntuaciones en una escala continua, en donde un mayor puntaje indica mayor severidad y frecuencia de cada tipo de autolesión. Cinco reactivos se consideraron significativos de autolesión, en tanto que siete de ellos se consideraron como autolesión menos severa, por lo que se requiere de información adicional para confirmar un diagnóstico positivo (ver algoritmo en el apéndice).

2. **Escala de Disregulación Emocional (Gratz & Roemer, 2004).** Es una escala de 36 reactivos diseñada para medir dificultades en la regulación de las emociones; está compuesta por 6 factores en su versión original norteamericana: no aceptación, metas, impulsos, consciencia, estrategias y claridad emocional. Los estudios preliminares indican una consistencia interna de 0.93 y una confiabilidad con el alfa de Cronbach mayor de 0.8 para cada subescala. En esta investigación se empleó la adaptación al castellano realizada por Marín, Robles, González-Forteza y Andrade-Palos (2012), cuyas propiedades psicométricas indicaron una estructura de sólo 4 factores (alphas de

Cronbach con un rango entre .85 y .68) y estimaciones significativas de validez por medio de grupos contrastados y correlación con medidas concurrentes.

- 3. Inventario de Depresión de Beck BDI (Beck, Steer & Garbin, 1988).** Su propósito es evaluar la severidad de los síntomas de depresión durante la última semana. Se compone de 21 reactivos auto-aplicables en una escala tipo Likert (de 0 a 3 puntos). Las propiedades psicométricas del BDI I con población mexicana mostraron que el coeficiente de confiabilidad test- retest fue de 0.65 a 0.72. La consistencia interna osciló entre $\alpha = 0.81$ y $\alpha = 0.86$. En tanto, la estructura factorial replicó a la escala original con 3 factores y la correlación con la escala de Depresión de Zung fue de .65 a .70 (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loparena & Varela, 1998)

- 4. Inventario de Ansiedad de Beck BAI (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988).** Fue diseñado para evaluar la severidad de la ansiedad, considerando los aspectos cognitivos y fisiológicos. Contiene 21 ítems autoaplicables (escala tipo Likert), los cuales se puntúan de 0 a 3 de acuerdo a la intensidad de cada síntoma durante la última semana. La calificación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Fue validado en población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach fue de 0.75

- 5. Escala de Experiencias Disociativas para Adolescentes A-DES (Armstrong, Putnam, Carlson, Libero & Smith, 1997).** Es un instrumento de autoreporte que consta de 30 reactivos que valoran el nivel y tipo de experiencias disociativas presentes en un individuo en una escala de 0 a 100pts. La DES-A se contesta en 10-20 minutos, ha sido traducida a más de 20 idiomas y se cuenta con amplia evidencia de su confiabilidad y validez en muestras de varios países. En México sólo se ha traducido y adaptado la versión para adultos por Robles, Garibay y Páez (2006), quienes reportaron un coeficiente alpha de Cronbach de 0.96 con una muestra de adultos mexicanos y recomiendan su uso para el tamizaje de trastornos disociativos en población mexicana.

- 6. Escala de Impulsividad de Plutchik (Plutchik & Pragg, 1989).** Consta de 15 reactivos diseñados para medir impulsividad relacionada con agresividad y conducta suicida; los reactivos preguntan sobre la tendencia a la pérdida de control, éstos se califican en una escala tipo Likert de 4 puntos. La consistencia interna de la versión original fue de 0.73; en tanto la versión mexicana mostró un alpha de Cronbach de 0.66 al eliminar el reactivo número seis. De este análisis se desprende que la escala consta de 4 factores: autocontrol, planeación, conducta fisiológica y actuación espontánea (Páez, Jiménez, López, Ariza, Ortega & Nicolini, 1996).

PROCEDIMIENTO

1. A través de un muestreo no probabilístico se seleccionó una escuela secundaria pública de la Ciudad de México.
2. Se explicaron los objetivos a las autoridades escolares y se solicitó el consentimiento informado de los jóvenes y sus padres antes de recoger cualquier dato.
3. Se incluyó a todos los alumnos que decidieron participar, a quienes se administró en grupos de 40 alumnos, un paquete de escalas de medición (ver sección de instrumentos para una referencia completa).
4. Sustentado en el análisis de las variables estudiadas, se elaboró una versión preliminar del Manual de Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de la Autolesión en Adolescentes Mexicanos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis de regresión múltiple con el paquete estadístico SPSS 17; se implementó el método *step wise* ($p < 0.05$) con el siguiente orden de ingreso de las variables en la ecuación de regresión: disregulación emocional, ansiedad, depresión, experiencias disociativas e impulsividad.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

1. Todos los participantes y sus tutores responsables firmaron consentimientos informados escritos antes del inicio de cualquier recolección de datos de investigación.
2. Se respetó la confidencialidad y/o el anonimato del participante en todo momento del estudio.
3. Se proporcionó a las autoridades escolares una lista de los alumnos que reportaron episodios de autolesión, a fin de que se tomaran las medidas pertinentes.

RESULTADOS

DATOS GENERALES

A continuación se presentan las características de la muestra de estudio en relación a sus características demográficas y escolares.

Tabla 1

Turno escolar al que asistían los participantes

Turno	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	329	72.3
Vespertino	126	27.7
Total	455	100

La tabla 1 especifica las proporciones de participantes adscritos a los turnos escolares, en donde se hace notorio que tres cuartas partes asistían al turno matutino.

Tabla 2

Sexo de los participantes

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	226	49.7
Mujer	229	50.3
Total	455	100

La tabla 2 indica que la muestra estuvo balanceada en relación a la pertenencia al sexo, pues había similar proporción de hombres y mujeres.

Tabla 3**Edad de los participantes**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
12	120	26.4
13	171	37.6
14	121	26.6
15	40	8.8
16	3	.7
Total	455	100

La tabla 3 indica que poco más del 90% de la muestra estuvo constituida por adolescentes de entre 12 y 14 años, el promedio de edad fue de 13.9 años con una desviación estándar de .95.

Tabla 4**Grado académico de los participantes**

Grado	Frecuencia	Porcentaje
1°	200	44.0
2°	166	36.5
3°	89	19.5
Total	455	100

La tabla 4 indica que cerca del 50% de la muestra pertenecía al primer grado académico y que la proporción decrece respecto a los otros dos grados.

Tabla 5**Personas con quienes viven los participantes**

Con quienes vives en tu casa	Frecuencia	Porcentaje
Con el padre y la madre	306	67
Solo con la madre	121	26
Solo con el padre	14	3
Sin los padres, con otro adulto	14	3
Hermanos	368	80.9
Padraastro	20	4.4
Madrastra	1	.2
Tíos	136	29.9
Hermanastros	6	1.3
Abuelos	169	37.1
Otro	38	8.4

La tabla 5 indica las personas con las que viven los adolescentes de la muestra. Es claro que más del 50% vive con ambos padres y en una proporción mucho menor, con uno solo de ellos. Además de los padres, la mayor parte de los adolescentes viven con sus hermanos, tíos y abuelos.

Tabla 6**Escolaridad del padre**

Escolaridad del padre	Frecuencia	Porcentaje
Sin educación	6	1.3
Primaria	32	7.0
Secundaria	150	33.0
Preparatoria	150	33.0
Universidad	70	15.4
Maestría	21	4.6
Otra	7	1.5
No sabe	19	4.1
Total	455	100

Tal como indica la tabla 6, la escolaridad predominante del padre fueron los estudios de secundaria y/o preparatoria, cuyas proporciones suman el 66% de la muestra. Los demás grados académicos se distribuyen en menor proporción.

Tabla 7**Escolaridad de la madre**

Escolaridad de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Sin educación	4	.9
Primaria	33	7.3
Secundaria	155	34.1
Preparatoria	144	31.6
Universidad	77	16.9
Maestría	29	6.4
Otra	7	1.5
No sabe	6	1.3
Total	455	100

Al igual que en la tabla 7, se observa que la escolaridad predominante de la madre fueron los estudios de secundaria y/o preparatoria, cuyas proporciones suman el 65.7% de la muestra. Los demás grados académicos se distribuyen en menor proporción y en forma muy similar a los reportados para el padre.

CARACTERÍSTICAS DE LAS AUTOLESIONES

Tabla 8

Frecuencia de autolesiones alguna vez en la vida (n=455)

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Nunca me he autolesionado	245	53.8
Autolesión alguna vez en la vida	210	46.2
Total	455	100

La tabla 8 muestra la frecuencia de autolesiones en la muestra total. Se observa que poco más del 50% de los participantes nunca se ha lastimado intencionalmente.

Tabla 9

Frecuencia de autolesiones significativas (n=455)

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Al menos dos episodios de autolesiones significativas	93	20.4
Autolesiones severas y recientes que requieren tratamiento	30	6.5
Un episodio de autolesión y/o autolesiones no significativas	87	19.1
Sin autolesión	245	53.8

La tabla 9 indica la proporción de adolescentes que ha presentado autolesiones significativas (cortarse, quemarse, frotarse con objetos punzantes/abrasivos, tratamiento médico requerido) al menos en dos ocasiones a lo largo de su vida. No obstante, se observa que la proporción disminuye significativamente al considerar un patrón frecuente y reciente y que por tanto, requiere de valoración clínica.

Tabla 10

Edad de inicio de las autolesiones (n=210)

Edad de inicio	Frecuencia	Porcentaje
8	12	5.7
9	4	1.9
10	16	7.6
11	34	16.2
12	73	34.8
13	53	25.2
14	17	8
15	1	0.47

La tabla 10 muestra que el 72.12% de quienes se han autolesionado lo hizo por primera vez entre los 11 y los 13 años de edad. Es de resaltar que ningún participante mencionó una edad de inicio superior a los 15 años. El promedio de edad de inicio fue de 11.8 años, con una desviación estándar de 1.46.

Tabla 11**Edad de inicio de las autolesiones en hombres (n=87)**

Edad de inicio	Frecuencia	Porcentaje
8	6	6.9
9	2	2.3
10	10	11.5
11	16	18.4
12	22	25.3
13	25	28.7
14	5	5.7
15	1	1.1

La tabla 11 muestra que el 83.9% de los hombres que se han autolesionado lo hizo por primera vez entre los 10 y los 13 años de edad; en tanto que el promedio de edad de inicio fue de 11.6 años (desviación estándar de 1.58), estos datos son muy similares a los encontrados en las mujeres de la muestra, tal como se observa en la tabla siguiente.

Tabla 12**Edad de inicio de las autolesiones en mujeres (n=123)**

Edad de inicio	Frecuencia	Porcentaje
8	6	4.9
9	2	1.6
10	6	4.9
11	18	14.6
12	51	41.5
13	28	22.8
14	12	9.8

La tabla 12 muestra que el 88.7% de las mujeres que se han autolesionado lo hizo por primera vez entre los 11 y los 14 años de edad; en tanto que el promedio de edad de inicio fue de 11.9 años, con desviación estándar de 1.37. Es de resaltar que ninguna participante mujer mencionó una edad de inicio superior a los 14 años.

Tabla 13

Frecuencia de conductas autolesivas (n=210)

Autolesiones significativas	Frecuencia	Porcentaje
Cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel	107	50.95
Quemarte (con cigarros u otro objeto)	23	10.95
Frotaste tu piel con objetos punzantes (vidrios, fichas)	45	21.42
Usaste ácido u otra sustancia agresiva para frotar tu piel	3	1.4
Necesitaste tratamiento por alguna de estas conductas	13	6.1
Autolesiones menos severas	Frecuencia	Porcentaje
Rayar, marcar, pinchar tu piel	148	70.47
Impediste que sanaran tus heridas	50	23.8
Sacarte sangre	48	22.8
Estrellaste tu cabeza o miembros contra un objeto/pared	55	26.1
Te golpeaste hasta dejarte un moretón o cicatriz	37	17.6
Te mordiste al grado de hacer que sangrara tu piel	15	7.14
Hiciste cualquier otra cosa para lastimarte a propósito	16	7.6

La tabla 13 muestra que poco más del 50% de adolescentes se ha cortado hasta hacer sangrar la piel. Las otras formas severas de autolesión más comunes son: quemarse y frotar su piel con objetos punzantes. Las autolesiones que requieren información adicional se refieren a formas de autolesión de gravedad menor y que requieren de seguimiento para

confirmar un diagnóstico positivo; se observa que la forma más común de ésta es rayar sin hacer sangrar la piel.

Tabla 14

Frecuencia de conductas autolesivas en hombres (n=87)

Autolesiones significativas	Frecuencia	Porcentaje
Cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel	34	39
Quemarte (con cigarros u otro objeto)	11	12.6
Frotaste tu piel con objetos punzantes (vidrios, fichas)	10	11.4
Usaste ácido u otra sustancia agresiva para frotar tu piel	2	2.2
Necesitaste tratamiento por alguna de estas conductas	2	2.2
Autolesiones menos severas	Frecuencia	Porcentaje
Rayar, marcar, pinchar tu piel	53	60.9
Impediste que sanaran tus heridas	19	21.8
Sacarte sangre	14	16
Estrellaste tu cabeza o miembros contra un objeto/pared	26	29.8
Te golpeaste hasta dejarte un moretón o cicatriz	15	17.2
Te mordiste al grado de hacer que sangrara tu piel	5	5.7
Hiciste cualquier otra cosa para lastimarte a propósito	5	5.7

La tabla 14 muestra la frecuencia de cada tipo de autolesión perpetrada por hombres. Se observa que la forma más frecuente fue rayar, marcar y/o pinchar la piel, en segundo lugar aparece la acción de cortarse hasta hacer sangrar la piel. Se observa que en los hombres prevalecen las formas menos severas de autolesión, en este caso, estrellar alguna parte del cuerpo contra un objeto o pared, así como impedir la sanación de heridas.

Tabla 15**Frecuencia de conductas autolesivas en mujeres (n=123)**

Autolesiones significativas	Frecuencia	Porcentaje
Cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel	73	59.3
Quemarte (con cigarros u otro objeto)	12	9.7
Frotaste tu piel con objetos punzantes (vidrios, fichas)	35	28.45
Usaste ácido u otra sustancia agresiva para frotar tu piel	1	.8
Necesitaste tratamiento por alguna de estas conductas	11	8.9
Autolesiones menos severas	Frecuencia	Porcentaje
Rayar, marcar, pinchar tu piel	95	77.2
Impediste que sanaran tus heridas	31	25.2
Sacarte sangre	34	27.6
Estrellaste tu cabeza o miembros contra un objeto/pared	29	23.5
Te golpeaste hasta dejarte un moretón o cicatriz	22	17.8
Te mordiste al grado de hacer que sangrara tu piel	10	8.1
Hiciste cualquier otra cosa para lastimarte a propósito	11	8.9

La tabla 15 muestra la frecuencia de cada tipo de autolesión perpetrada por mujeres. Se observa que al igual que en los hombres, las acciones de rayar, marcar y/o pinchar la piel, así como el cortarse hasta hacer sangrar la piel fueron las más prevalentes; también como autolesión severa, en segundo lugar de frecuencia aparece el frotarse la piel con objetos punzantes, más del doble que en el caso de los hombres. No obstante, es notorio que las formas menos severas de autolesión son muy similares a las reportadas por los hombres.

Tabla 16**Pauta repetitiva de autolesiones en hombres (n=87)**

<u>Tipo de autolesión</u>	<u>Frecuencia (porcentaje)</u>				
	1 vez	2-5 veces	5-10 veces	Más de 10 veces	Más de 20 veces
*Autolesiones significativas					
Cortarse	13 (14.9)	14 (16)	3 (3.4)	2 (2.2)	3 (3.4)
Quemarse	5 (5.7)	4 (4.5)	2 (2.2)	-	-
Frotarse con objetos punzantes	4 (4.5)	3 (3.4)	3 (3.4)	-	-
Frotarse con ácido	2 (2.2)	-	-	-	-
Tratamiento requerido por la severidad	1 (1.1)	-	-	-	1 (1.1)
*Autolesiones menos severas					
Rayar, marcar, pinchar la piel	24 (27.5)	16(18.3)	3 (3.4)	4 (4.5)	6 (6.8)
Impedir que sanen heridas	8 (9.1)	4 (4.5)	3 (3.4)	2 (2.2)	2 (2.2)
Sacarse sangre	6 (6.8)	3 (3.4)	2 (2.2)	2 (2.2)	1 (1.1)
Estrellar parte del cuerpo	9 (10.3)	9 (10.3)	3 (3.4)	4 (4.5)	1 (1.1)
Golpearse a sí mismo	9 (10.3)	5 (5.7)	1 (1.1)	-	-
Morderse	2 (2.2)	2 (2.2)	-	1 (1.1)	-
Otra	3 (3.4)	1 (1.1)	1 (1.1)	-	-

*NOTA: de acuerdo al algoritmo (ver apéndice)

La tabla 16 muestra las características de la pauta repetitiva de los hombres con autolesiones. Se observa que cortarse y rayar/marcar la piel sin cortarla fueron las formas más comunes y que una proporción moderada lo ha hecho solo en una ocasión. La alta repetición del acto (propia del perfil del perpetrador) es menos común en todas las formas, por ejemplo, dicha proporción decreciente es notoria en el acto de cortarse hasta hacer sangrar la piel, puesto que sólo el 25% de los hombres con autolesión lo ha hecho más de una vez.

Tabla 17: Pauta repetitiva de autolesiones en mujeres (n= 123)

<u>Tipo de autolesión</u>	Frecuencia (porcentaje)				
	1 vez	2-5 veces	5-10 veces	Más de 10 veces	Más de 20 veces
Autolesiones significativas					
Cortarse	24 (19.5)	26 (21.3)	8 (6.5)	10(8.1)	6 (4.8)
Quemarse	8 (6.5)	2 (1.6)	1 (.81)	1 (.81)	-
Frotarse con objetos punzantes	14 (11.3)	12 (9.7)	3 (2.4)	3 (2.4)	3 (2.4)
Frotarse con ácido	1 (.81)	-	-	-	-
Tratamiento requerido por la severidad	7 (5.6)	2 (1.6)	-	1 (.81)	1 (.81)
Autolesiones menores					
Rayar, marcar, pinchar la piel	30 (24.3)	27 (21.9)	15 (12)	12 (9.7)	11 (8.9)
Impedir que sanen heridas	9 (7.3)	13 (10.5)	3 (2.4)	4 (3.2)	2 (1.6)
Sacarse sangre	12 (9.7)	8 (6.5)	9 (7.3)	3 (2.4)	2 (1.6)
Estrellar parte del cuerpo	14 (11.3)	10 8.1)	4 (3.2)	1 (.81)	-
Golpearse a sí mismo	6 (4.8)	13 (10.5)	2 (1.6)	1(.81)	-
Morderse	4 (3.2)	5 (4)	-	1 (.81)	-
Otra	8 (6.5)	3 (2.4)	-	-	-

La tabla 17 muestra la pauta repetitiva de las mujeres con autolesiones. Al igual que en el caso de los hombres, las formas más comunes fueron: 1) cortarse, y 2) rayar/marcar la piel sin cortarla; las mujeres que sólo lo hicieron en una sola ocasión conforman un 20% aproximadamente en cada caso. La prevalencia de mujeres con autolesiones numerosas disminuye gradualmente en todas las formas; en tanto, 40.7 % de las mujeres con el problema reportaron cortarse en más de una ocasión.

CARACTERÍSTICAS DE LAS VARIABLES PREDICTORAS

Tabla 18

Análisis descriptivo de las variables predictoras (n=455)

Variable	Disregulación emocional	Ansiedad	Depresión	Experiencias disociativas	Impulsividad
Media	28.41	15.16	12.75	44.21	14.85
Desviación estándar	16.58	11.65	10.93	50.91	6.76
Moda	26	4	0	0	13
Mínimo	0	0	0	0	1
Máximo	86	54	59	252	38
Percentiles					
5	7.80	1	0	0	5
10	10	3	1	1	7
25	16	6	5	8	10
40	22	9	8	16	13
50	26	13	10	25	14
60	29	15	13	36	16
70	34	20	15	55	18
90	51	32	29	113	24

La tabla 18 muestra los estimados de la media, moda, desviación estándar y percentiles respecto a los instrumentos de medición administrados. En todos los casos se observaron puntuaciones promedio sin significancia clínica, es decir correspondientes a escalafones inferiores de la distribución.

Tabla 19**Distribución de puntajes de la DERS-E**

Desviaciones estándar	Intervalo de puntuación	Porcentaje de prevalencia	Porcentaje acumulado
-3	-	-	-
-2	0-11	13.8	13.8
± 1	12 - 45	70.8	84.6
+2	46-62	11.2	95.8
+3	63-86	4.2	100

La tabla 19 muestra las distribuciones de puntajes de acuerdo a la media y desviación estándar de la escala de disregulación mocional. Se observa que al menos el 70% de la muestra se encuentra dentro de los parámetros de normalidad (\pm una desviación estándar).

Tabla 20**Distribución de puntajes de la Escala de Ansiedad**

Desviaciones estándar	Intervalo de puntuación	Porcentaje de prevalencia	Porcentaje acumulado
-3	-	-	-
-2	0-2	.7	.7
± 1	3- 27	56	57.7
+2	28- 38	18.8	76.5
+3	39-54	23.5	100

La tabla 20 muestra las distribuciones de puntajes de acuerdo a la media y desviación estándar de la escala de Ansiedad de Beck. Se observa que más del 50% de la

muestra se encuentra dentro de los parámetros de normalidad (\pm una desviación estándar) y el resto de distribuye en los extremos.

Tabla 21

Distribución de puntajes de la Escala de Depresión

Desviaciones estándar	Intervalo de puntuación	Porcentaje de prevalencia	Porcentaje acumulado
-3	-	-	-
-2	0-1	10.3	10.3
± 1	2-24	76.3	86.6
+2	25-35	7.7	94.3
+3	36-59	5.7	100

La tabla 21 muestra las distribuciones de puntajes de acuerdo a la media y desviación estándar de la escala de Depresión de Beck. Se observa que más del 70% de la muestra se encuentra dentro de los parámetros de normalidad (\pm una desviación estándar).

Tabla 22

Distribución de puntajes de la Escala de Experiencias Disociativas

Desviaciones estándar	Intervalo de puntuación	Porcentaje de prevalencia	Porcentaje acumulado
-3	-	-	-
-2	-	-	-
± 1	0-96	85.9	85.9
+2	97- 146	9.5	95.4
+3	147-252	5.6	100

La tabla 22 muestra las distribuciones de puntajes de acuerdo a la media y desviación estándar de la Escala de Experiencias Disociativas. Se observa que más del 80% de la muestra se encuentra dentro de los parámetros de normalidad (\pm una desviación estándar).

Tabla 23

Distribución de puntajes de la Escala de Impulsividad

Desviaciones estándar	Intervalo de puntuación	Porcentaje de prevalencia	Porcentaje acumulado
-3	-	-	-
-2	0-7	12.1	12.1
± 1	8-22	74.5	86.6
+2	23-28	9.9	96.5
+3	29-38	3.5	100

La tabla 23 muestra las distribuciones de puntajes de acuerdo a la media y desviación estándar de la Escala de Experiencias Disociativas. Se observa que más del 70% de la muestra se encuentra dentro de los parámetros de normalidad (\pm una desviación estándar).

Tabla 24**Diferencias por sexo (ANOVA) en todas las variables**

VARIABLE	Puntaje promedio		No. de reactivos y rango teórico	Sig.
	Hombres	Mujeres		
Disregulación emocional	25.66	31.13	24 (0-96)	.000
Ansiedad de Beck	12.53	17.75	21 (0-63)	.000
Depresión de Beck	10.21	15.26	21 (0-63)	.000
Autolesiones	.527	1.2	5 (0-25)	.000
Experiencias disociativas	34.9	53.35	30 (0-300)	.000
Escala de impulsividad	14	15.7	14 (0-42)	.008

La tabla 24 muestra los puntajes promedio de todas las variables medidas, así como las comparaciones por sexo. Se observa que las mujeres tuvieron puntuaciones más altas en todas las mediciones y que las diferencias fueron significativas; no obstante, debe notarse que en relación al rango teórico, las puntuaciones fueron esencialmente bajas en ambos sexos.

ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE

Con la finalidad de determinar las principales variables predictoras de la autolesión, se realizó un análisis de regresión múltiple con el método step wise ($p < 0.05$). El orden de ingreso de las variables en la ecuación de regresión fue el siguiente: disregulación emocional, ansiedad, depresión, experiencias disociativas e impulsividad; este orden se basó en las formulaciones teóricas y empíricas prevalentes, de tal manera que se privilegió a las variables más fuertemente asociadas a la autolesión según la literatura científica sobre el tema.

En primer lugar, se realizó un análisis de correlación con todas las variables estudiadas con la finalidad de establecer la fuerza de la relación entre las mismas, el cual se presenta en la tabla 25.

Tabla 25

Coefficientes de correlación entre las medidas de estudio

VARIABLE	1	2	3	4	5	6
1 Autolesiones		.438	.378	.466	.453	.341
2 Disregulación emocional			.704	.763	.600	.687
3 Ansiedad				.677	.602	.624
4 Depresión					.667	.619
5 Experiencias disociativas						.658
6 Impulsividad						

La tabla 25 muestra los coeficientes producto-momento de Pearson obtenidos del análisis de correlación entre todas las medidas administradas ($p < 0.05$). Se observa que la variable autolesiones es la única medida cuyos coeficientes son esencialmente de fuerza de asociación media-baja (de .34 a .46); en tanto, el resto de medidas presenta coeficientes de correlación de fuerza de asociación media-alta (de .6 a .76), cabe destacar que la variable depresión es la que mantiene los índices de correlación más altos con todas las demás medidas. Este primer análisis resulta esencial, debido a que permite anticipar a los posibles predictores de las autolesiones.

Tabla 26**Análisis de regresión múltiple: predictores de las autolesiones**

VARIABLE	Autolesiones				
	Modelo 1	Modelo 2		Modelo 3	
	B	B	IC 95%	B	IC 95%
Constante	-.178	-.22	[-0.456, 0.017]	-.445	[-0.750, -0.139]
Depresión	.082	.052	[0.033, - 0.071]	.035	[0.011, 0.059]
Experiencias Disociativas		.010	[0.006, 0.014]	.009	[0.005, 0.013]
Disregulación Emocional				.017	[0.002, 0.031]
R ²	.215		.250		.257
F	124.48		76.02		52.89
ΔR^2			*.036		*.009
ΔF			*21.8		*5.21

* Todos los cambios fueron significativos ($p < 0.05$).

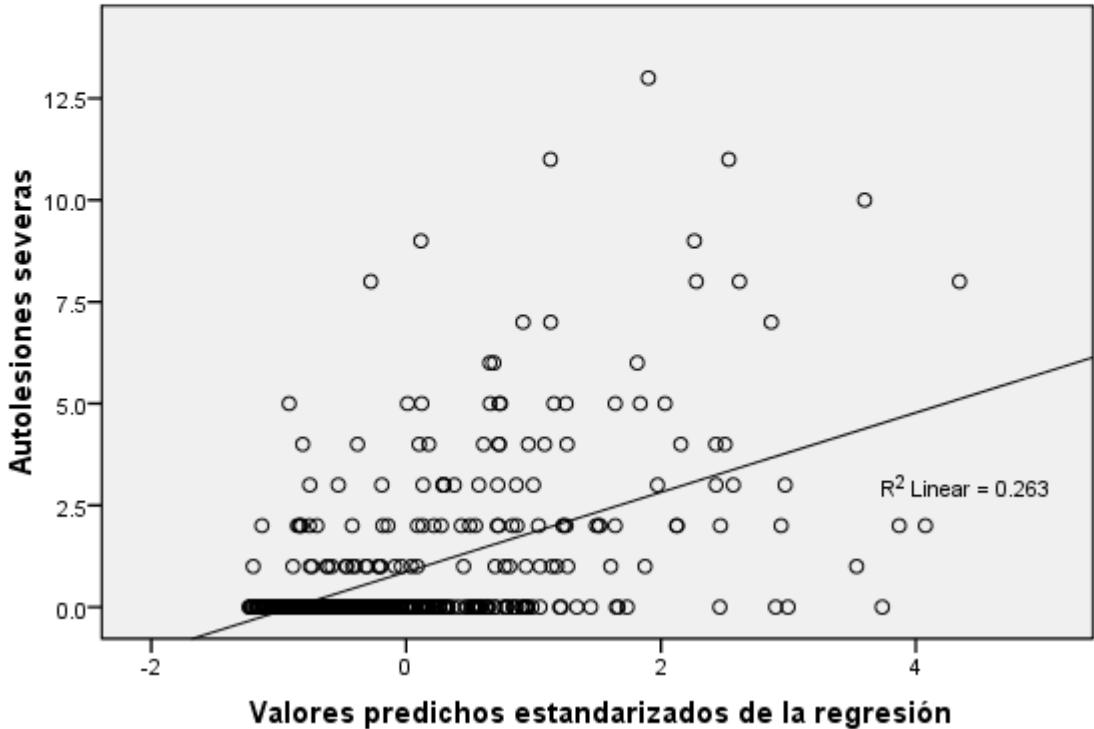
La tabla 26 muestra el resumen del análisis de regresión múltiple con el método *step wise* (todas las estimaciones fueron significativas al nivel de $p < 0.05$). Los resultados indican que el mejor predictor fue la depresión, puesto que al considerarla como variable independiente única en el modelo uno, permitió explicar el 21% de la varianza de las autolesiones. Los modelos 2 y 3, que incluyen a las experiencias disociativas y a la disregulación emocional en forma aditiva, contribuyen a mejorar el modelo uno al incrementar el porcentaje de varianza explicada, con la consideración de que ambas añadidas son significativas.

Con lo anterior, puede considerarse que el mejor predictor de las autolesiones es la depresión, lo cual se observa más claramente al observar su contribución en las correlaciones parciales; esto se había anticipado a partir de la matriz de correlaciones y de

la literatura científica sobre el tema. A continuación se presenta la gráfica del análisis de regresión, con los valores observados y los predichos por la ecuación de regresión.

Gráfica 1: análisis de regresión múltiple

Variable dependiente: Autolesiones severas



La gráfica 1 muestra los valores observados o reales de la muestra, los valores predichos por la ecuación de regresión, así como la línea de predicción en base a la ecuación, en donde el porcentaje de varianza explicada en base a la misma es de 26%.

ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE POR SEXO

Se realizaron análisis de regresión múltiple específicos para cada sexo con la finalidad de determinar si existían diferencias significativas respecto a predictores de autolesión; estos análisis particulares fueron realizados debido a las diferencias significativas halladas respecto a todas las variables medidas (ver tabla 22). Al igual que con los datos de la muestra completa (n=455), para ambos sexos se empleó el método step wise ($p < 0.05$) con el mismo orden de ingreso de las variables en la ecuación de regresión: disregulación emocional, ansiedad, depresión, experiencias disociativas e impulsividad.

En primer lugar, la matriz de correlación respecto a las medidas de los hombres (n=226) se muestra en la tabla 27.

Tabla 27

Coefficientes de correlación entre las medidas de estudio (hombres)

VARIABLE	1	2	3	4	5	6
1 Autolesiones		.264	.259	.281	.398	.176
2 Disregulación emocional			.657	.673	.504	.655
3 Ansiedad				.588	.546	.632
4 Depresión					.455	.482
5 Experiencias disociativas						.548
6 Impulsividad						

La tabla 27 muestra los coeficientes de correlación producto-momento de Pearson entre todas las medidas administradas a los hombres ($p < 0.05$). Las variables que correlacionan más alto con las autolesiones son las experiencias disociativas y en segundo lugar la depresión. Puede observarse que todas las variables presentan

correlaciones de grado medio-alto entre sí, excepto con las autolesiones. Después de este análisis preliminar, se realizó el análisis de regresión múltiple, del cual se presenta un resumen en la tabla 28.

Tabla 28

Análisis de regresión múltiple: principales predictores de la autolesión en hombres

VARIABLE	Autolesiones en hombres	
	B	IC 95%
Constante	-.010	[-0.248, 0.227]
Experiencias Disociativas	.015	[0.011, 0.020]
R ²	.154	
F	41.67	

La tabla 28 muestra el resumen del análisis de regresión múltiple con datos de la muestra de hombres (todas las estimaciones fueron significativas al nivel de $p < 0.05$). De acuerdo a lo previsto por los coeficientes correlación, el análisis presenta un solo modelo con un predictor, en este caso las experiencias disociativas, las cuales explican el 15% de la varianza de las autolesiones en hombres; es notorio que a diferencia del análisis de regresión con la muestra completa, la depresión no figura como predictor de las autolesiones.

A continuación, en la tabla 29 se muestran los resultados del análisis preliminar de correlación entre las medidas de estudio en las mujeres ($n=229$).

Tabla 29**Coefficientes de correlación entre las medidas de estudio (mujeres)**

VARIABLE	1	2	3	4	5	6
1 Autolesiones		.503	.404	.518	.448	.403
2 Disregulación emocional			.717	.804	.635	.698
3 Ansiedad				.703	.615	.607
4 Depresión					.743	.685
5 Experiencias disociativas						.708
6 Impulsividad						

La tabla 29 muestra los coeficientes de correlación producto-momento de Pearson entre todas las medidas administradas a las mujeres ($p < 0.05$). Es notorio que en comparación con los hombres, todas las variables presentan correlaciones más altas entre sí, incluyendo a las autolesiones, además de que la variable que presenta la correlación más alta con esta última es la depresión, seguida de la disregulación emocional. Las altas correlaciones entre las variables pudieron generar un problema de multicolinealidad, ahora bien, con el objetivo de determinar a los mejores predictores de la autolesión en la submuestra de mujeres, se realizó a continuación el análisis de regresión múltiple, del cual se presenta un resumen en la tabla 30.

Tabla 30**Análisis de regresión múltiple: principales predictores de la autolesión en mujeres**

VARIABLE	Autolesiones en mujeres	
	Modelo 1	Modelo 2
	B	B IC 95%
Constante	-.263	-.649 [-1.149, -0.150]
Depresión	.097	.060 [0.025, 0.095]
Disregulación Emocional		.030 [0.007, - 0.053]
R ²	.265	.283
F	82.66	45.64
Δ R ²		*.021
Δ F		*6.57

* Todos los cambios fueron significativos ($p < 0.05$).

La tabla 30 muestra el resumen del análisis de regresión múltiple realizado con la submuestra de mujeres, el cual presenta dos modelos y dos variables predictoras. Los resultados indican que en este caso el mejor predictor fue la depresión, puesto que como variable independiente única (modelo uno) permitió explicar el 26% de la varianza de las autolesiones. El modelo dos adiciona a la disregulación emocional y contribuye a mejorar al primer modelo al añadir 2.6% de varianza explicada.

En síntesis, los resultados del análisis de regresión por sexo indican que los predictores de las autolesiones son distintos, puesto que para los hombres las experiencias disociativas son los mejores predictores, en tanto, para las mujeres la depresión es el mejor predictor, junto con la disregulación emocional.

ESTUDIO 2

Evaluación de un tratamiento cognitivo conductual para la autolesión en adolescentes

DISEÑO

Se trató de un diseño experimental de control aleatorio, con dos grupos de estudio: 1) grupo control y 2) grupo experimental; con medidas repetidas de Línea Base, Post-tratamiento y de seguimiento a los 3 meses de concluida la intervención.

OBJETIVO

Determinar la efectividad de la terapia cognitivo conductual, guiada con el manual desarrollado respecto a la disminución/ eliminación de la autolesión en adolescentes escolares al ser comparado contra el grupo sin tratamiento.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Se incluyó a 20 participantes (7 hombres y 13 mujeres), quienes pertenecían a la misma Escuela Secundaria Pública de la Fase 1 de la investigación, 10 de ellos estaban adscritos al turno matutino y otros 10 al vespertino; 10 pertenecían al primer grado, 8 al segundo y 2 al tercero. Tuvieron un promedio de edad de 12.95 años (desviación estándar de .99), y presentaban episodios de autolesión en el último mes. La selección se realizó a través de una entrevista individual semiestructurada, conducida por un psicólogo entrenado para esta investigación. Las características particulares de cada grupo de estudio se muestran en la sección de resultados.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se realizó un muestreo no probabilístico, por cuota con los siguientes CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1) Edad cronológica comprendida entre 12 y 16 años.
- 2) Presencia de al menos dos episodios de autolesión en el último mes, identificados con la Cédula de Autolesión y corroborados por una entrevista clínica semiestructurada conducida por un psicólogo clínico, quien verificó además que los episodios correspondían al criterio de la definición conceptual.

- 3) Ausencia de psicopatología severa como retraso mental, psicosis o depresión severa y/o depresión suicida que pudiera requerir atención diferente.
- 4) Habilidad y voluntad del participante para completar las medidas de evaluación requeridas por el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1) El participante y/o sus padres/tutores se rehúsan a firmar el consentimiento informado, con lo cual no aceptan ser incluidos en la muestra de estudio.

INSTRUMENTOS

En esta fase se usaron los mismos instrumentos descritos en la fase 1.

PROCEDIMIENTO

1. Un psicólogo clínico acudió a la misma Escuela Secundaria Pública para informar a las autoridades de los objetivos de esta fase de la investigación, les instruyó acerca de los criterios de inclusión y solicitó la canalización de los adolescentes que cumplían con dichos criterios.
2. Antes de recoger algún dato, se condujo una entrevista individual en espacio y tiempo escolares con los padres de los adolescentes referidos, a quienes se les explicó el objetivo de la investigación y solicitó su consentimiento firmado para

entrevistar y en su caso, incluir a los menores que cubrían los criterios de inclusión especificados.

3. Después de la firma del consentimiento por parte de los padres, un psicólogo clínico realizó individualmente en espacio y tiempo escolares, una entrevista clínica semiestructurada y administró la Cédula de Autolesión a fin de identificar a los menores que presentaban los criterios de inclusión.
4. Los adolescentes identificados fueron invitados a participar y se les solicitó su consentimiento por escrito (ver formato en el apéndice). Después de la firma, el psicólogo clínico realizó en sesión individual una evaluación pre-tratamiento con el paquete de instrumentos de medición.
5. Los adolescentes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos de estudio: 1) control, sin tratamiento y 2) experimental, con tratamiento.
6. Un psicólogo entrenado implementó en consultorio particular la terapia cognitivo conductual individual con los adolescentes del grupo experimental. Al finalizar la misma, se realizó la evaluación post-tratamiento con el paquete de instrumentos de medición a los participantes de ambos grupos y se ofreció e implementó la terapia a los participantes del grupo control.
7. Transcurridos 3 meses de concluida la terapia con el grupo experimental, se realizó una re- evaluación a los adolescentes de este grupo con el paquete de instrumentos de medición.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

1. Todos los participantes y sus tutores responsables firmaron consentimientos informados escritos antes del inicio de cualquier recolección de datos de investigación.
2. Se respetó la confidencialidad y/o el anonimato del participante en todo momento del estudio.
3. Se ofreció e implementó la terapia cognitivo conductual a los participantes del grupo control.
4. El límite a la confidencialidad fueron los casos en que el participante se encontró en peligro o existió un peligro para otros; en tales circunstancias, se dio parte a los padres y/o a las autoridades escolares.
5. En todo momento se respetó la decisión de los participantes para abandonar el estudio, aclarándoles que tal decisión no acarrearía consecuencias de ningún tipo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizaron dos análisis con la prueba t de *Student*, a fin de comparar a los grupos de estudio: 1) en todas las medidas pre-tratamiento para confirmar la equivalencia de las muestras; y 2) en todas las medidas post-tratamiento para determinar los efectos diferenciales de la terapia. Para analizar el efecto de la terapia cognitivo conductual a través del tiempo, se usó la prueba de rangos de Wilcoxon (muestras relacionadas) a fin de

determinar las diferencias en los puntajes de cada grupo, en los dos y tres momentos de evaluación respectivamente. Se consideró significativo todo resultado al nivel de $p < 0.05$.

RESULTADOS

El resumen de las características de los dos grupos de estudio se presenta en la tabla 31.

Tabla 31

Características demográficas de cada grupo de estudio

GRUPO	Turno		Grado			Sexo		Edad	
	Matutino	Vespertino	1º	2º	3º	Hombre	Mujer	Media	DS
CONTROL	6	4	6	4	0	5	5	12.9	.73
EXPERIMENTAL	4	6	4	4	2	2	8	13	1.24

La tabla 31 presenta las características particulares de cada grupo de estudio en cuanto a su adscripción a turno y grado escolar, sexo y edad. Puede observarse que ambos grupos son equivalentes, incluyendo el promedio de edad.

Se realizó un análisis con la prueba t de *Student* para comparar los grupos de estudio respecto a las medidas iniciales y determinar de esta manera la homogeneidad de los mismos. Los resultados de este análisis se presentan en la tabla 32.

Tabla 32**Prueba t entre grupos de medidas iniciales (n=20)**

VARIABLE	Grupo control		Grupo experimental		Sig.*
	Media	DE	Media	DE	
Autolesiones	4.4	2.45	7.4	7.4	.24
Dis-regulación Emocional	43.6	16.8	52.1	20.24	.32
Ansiedad	26.2	12.8	19.7	14.5	.3
Depresión	21.3	14.4	27.4	16.2	.38
Experiencias Disociativas	124.7	69.37	111.9	80.8	.7
Impulsividad	18.8	5.1	18.9	6	.96

La tabla 32 presenta los promedios y desviaciones estándar de ambos grupos de estudio respecto a las medidas pre-test, así como la prueba t de *Student* de comparación de medias. Los resultados demuestran que antes de iniciar la intervención, no existían diferencias significativas en ninguna de las medidas de pre-test, de tal manera que pueden considerarse grupos homogéneos, lo cual demuestra adicionalmente un procedimiento de aleatorización adecuado.

Después de concluida la intervención terapéutica con el grupo experimental, se realizó un nuevo análisis de comparación de medias con la prueba t de *Student*, a fin de determinar los cambios en todas las medidas post-test entre los dos grupos de estudio. El resultado de este análisis se presenta en la tabla 33.

Tabla 33**Prueba t entre grupos, promedios finales (n=20)**

VARIABLE	Grupo control	Grupo experimental	Sig.
Autolesiones	2.9	.5	.041
Dis-regulación emocional	30.3	28	.808
Ansiedad	14.1	9	.313
Depresión	15.4	11.3	.515
Experiencias disociativas	77.8	47.2	.17
Impulsividad	16.1	15.9	.952

La tabla 33 muestra los promedios de ambos grupos de todas las medidas post-test, administradas al término del proceso terapéutico. El resultado de comparación de medias indica que los grupos difirieron significativamente sólo en el promedio de autolesiones, pero no así en el resto de medidas. Por tanto, con el objetivo de evaluar los cambios observados en las medidas de estudio a través del tiempo, se realizaron análisis intra-grupo con la prueba de rangos de Wilcoxon, tanto para el grupo control como para el experimental.

Tabla 34**Prueba de rangos de Wilcoxon con promedios del grupo control (n=10)**

VARIABLE	Línea base	Post- test	Sig.
Autolesiones	4.4	2.9	.078
Dis-regulación emocional	43.6	30.3	.007
Ansiedad	26.2	14.1	.007
Depresión	21.3	15.4	.085
Experiencias disociativas	124.7	77.8	.059
Impulsividad	18.8	16.1	.2

La tabla 34 muestra los resultados de la prueba de rangos de Wilcoxon, con la cual se compararon los promedios de las medidas línea base contra las post-test del grupo control. Las comparaciones intra-grupo indican que no hubo cambios significativos entre las medidas iniciales y las finales en el grupo sin tratamiento, excepto en las variables disregulación emocional y ansiedad.

Este mismo análisis se realizó respecto a las medidas del grupo experimental en tres momentos de medición: pre-test, post-test y tres meses después de concluido el tratamiento; estos resultados se muestran en la tabla 35.

Tabla 35

Prueba de rangos de Wilcoxon con promedios del grupo experimental (n=10)

VARIABLE	LB	PT	3MD	Sig. LB-PT	Sig. PT-3MD	Sig. LB-3MD
Autolesiones	7.4	.5	.1	.005	.046	.005
Dis-regulación emocional	52.1	28	22.9	.037	.16	.005
Ansiedad	19.7	9	4.6	.05	.032	.009
Depresión	27.4	11.3	7.7	.025	.21	.008
Experiencias disociativas	111.9	47.2	33.7	.038	.01	.022
Impulsividad	18.9	15.9	17.2	.63	.51	.87

LB: Promedio de puntuaciones en la línea base

PT: Promedio de puntuaciones en el post-test

3MD: Promedio de puntuaciones 3 meses después de concluida la terapia

La tabla 35 muestra los cambios en el grupo experimental a través del tiempo en los tres momentos de evaluación: antes de iniciar la terapia, al concluir la misma y tres meses después de esta última medición. Los resultados indican que existen cambios significativos entre el pre-test y el post-test en todas las medidas, excepto ansiedad e impulsividad; en tanto, al comparar las medidas post-test con las de 3 meses después, se

observaron cambios significativos en las variables autolesiones, ansiedad y experiencias disociativas. Finalmente, exceptuando la variable impulsividad, todas las variables mostraron una reducción significativa al comparar las medidas antes de iniciar la terapia y tres meses después de concluida la misma. Estos resultados demuestran que la terapia tuvo efectos positivos tanto a corto plazo, es decir, al término de la misma, como a mediano plazo, puesto que se observó una tendencia descendente en la severidad de los síntomas (evaluados con los instrumentos).

Tabla 36

Evolución del grupo control

*FOLIO	Línea base autolesiones	Post-test autolesiones	Tratamiento	Número de sesiones
332	3	3	No	-
232	9	7	No	-
488	8	10	Si	2
419	3	0	No	-
474	6	0	No	-
369	4	4	Si	6
220	4	0	No	-
366	2	0	No	-
595	3	2	Si	1
287	2	3	No	-

* Número asignado a cada adolescente para facilitar su identificación

La tabla 36 presenta un resumen de la evolución respecto a tratamiento ofrecido al grupo control, cuando todos los procesos del grupo experimental fueron concluidos. Se observa que cuatro casos no requirieron seguimiento debido a que ya no presentaban autolesiones, en tanto, de los seis casos restantes, solo tres aceptaron la terapia pero la interrumpieron prematuramente sin previo aviso. En el caso de los tres adolescentes que no recibieron el tratamiento, los padres no se presentaron para firmar los consentimientos informados, razón por la cual no se pudo dar seguimiento.

DISCUSIÓN

El objetivo general de esta investigación fue contribuir a la teoría actual de la autolesión en adolescentes, con la finalidad de proceder en forma sistemática se condujeron dos estudios cuyos objetivos particulares se fundamentaron mutuamente, al tiempo que ayudaron a dar respuesta a las hipótesis planteadas para cada uno. En primer lugar se hipotetizó que las variables depresión, disregulación emocional, experiencias disociativas, ansiedad e impulsividad predecían la autolesión en una muestra de adolescentes escolares mexicanos; se observó que los mejores predictores fueron solamente las tres primeras variables. En segundo lugar se comprobó la hipótesis de que con la administración de un tratamiento cognitivo conductual diseñado a partir de los predictores del primer estudio y de la teoría en general, se podía producir una disminución en la frecuencia de conductas autolesivas.

Contribuir en forma significativa a la teoría dando respuesta a estas dos hipótesis no fue una labor sencilla, puesto que en lo conceptual y operacional aun quedan muchas cuestiones por definir, por ejemplo la revisión bibliográfica dejó claro que la autolesión se ha estudiado desde distintas perspectivas, por ejemplo, con orientación conductual esencialmente en personas con discapacidades del desarrollo y más recientemente existen formulaciones basadas en la teoría de Linehan (véase por ejemplo Singh, Lancioni, Winton, Fisher, Whaler, Mcaleavey, Singh & Sabaawi, 2006; Olson & Houlihan, 2000). Anteriormente autores como Doctors (1981) y Bennum (1984) discutieron el término con un enfoque psicoanalítico hace 30 años, y Miller y Bashkin (1974) hace 40. No obstante, el estudio científico de la autolesión como es considerada en el presente estudio tiene una

historia relativamente breve, al respecto, las investigaciones de Favazza (Favazza, 1998; Favazza, DeRosear & Conterio, 1989; Favazza & Conterio, 1988) constituyen una buena muestra de estudios pioneros que consideran a la autolesión como un síntoma común a ciertas patologías, pero más aun como un posible síndrome independiente con sus propias características.

Debido a ello se inició por circunscribir el problema tanto en términos conceptuales como operacionales, para lo cual se partió de la definición de Walsh (2006), quien propuso que la autolesión es la acción lesiva y voluntaria que una persona lleva a cabo en sí misma sin intención consciente de morir, produciéndose con ello un daño corporal objetivo de baja letalidad, siendo que la principal función de la misma es reducir estados emocionales desagradables y no la adscripción o pertenencia a grupos sociales/religiosos. Cabe destacar que tras décadas de investigación aun restan dudas respecto a la forma correcta de nombrar al problema (*self-injury*, *self-mutilation*, *self-cutting*, *self-harming*, *parasuicide behavior*, *self-carving*, etc.). Para este trabajo se consideró que el término apropiado es autolesión (*self-injury*) y al resto de términos como sinónimos.

La definición operacional también representa un problema pues si bien la pauta más común de autolesión son los cortes autoinfringidos, a la fecha se han propuesto otras conductas tales como quemarse y/o golpearse, no obstante persisten muchas inconsistencias al respecto; ejemplo de ello es el estudio de Hawton, Rodham, Evans y Weatherall (2002) quienes consideraron en su definición operacional al auto-envenenamiento, el saltar de alturas, la sobredosis de drogas e ingestión de objetos no digeribles como formas de autolesión. Por el contrario, Rodham y colaboradores (2004)

sólo contemplaron en su definición a los cortes autoinfringidos. Queda claro que es necesario un consenso que se sustente en una teoría y resultados de investigación sólidos.

Por esta razón, una de las aportaciones más importantes de este trabajo fue el diseño de una cédula de autolesión en escala continua, desarrollada específicamente para adolescentes mexicanos. Para la formulación de esta definición operacional se consideraron como formas de autolesión significativas: cortarse, quemarse, frotarse la piel con objetos punzantes y/o sustancias abrasivas; mientras que las otras formas (rayarse la piel sin cortarla, golpearse, morderse, impedir que sane una herida) requerían de información adicional para confirmar una pauta autolesiva de acuerdo a la definición conceptual estipulada. La importancia de distinguir entre una pauta significativa radica en que se demuestra que el perfil de variables psicopatológicas se define más claramente a medida que la pauta y frecuencia de autolesiones son más severas, tal como ya habían apuntado Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker y Kelley (2007).

Si bien existen diversos instrumentos para medir la autolesión, no resultaron útiles para este trabajo puesto que se consideraron inespecíficos al contemplar este problema en un continuo con la conducta suicida, confundiéndola con ésta; o bien, porque al concentrarse en determinar las funciones que cumple la autolesión dejan de lado datos útiles respecto a edad de inicio, frecuencia y temporalidad del último episodio; además de que algunas conductas específicas no fueron relevantes para la muestra con quien se piloteó la cédula desarrollada para esta investigación (por ejemplo no se incluyó la ingestión de sustancias químicas). De esta manera, puede decirse que aun no existe un consenso universal respecto a definición operacional no solo por los vacíos teóricos, sino

también debido a posibles cuestiones geográficas y culturales, con mayor prevalencia de ciertas conductas en algunas zonas, pero con baja o nula prevalencia en otras; por esta razón no es poco común que cada investigador desarrolle su propio instrumento. En este caso, la cédula desarrollada comparte características muy similares al instrumento de Klonsky y Olin (2008). A lo largo de esta sección se discuten las aportaciones adicionales a la teoría a la luz de los resultados obtenidos.

Características demográficas y prevalencia

El perfil demográfico de la muestra tuvo las siguientes características: se trató de hombres y mujeres adolescentes, pertenecientes al nivel socioeconómico medio-bajo (en relación al nivel académico medio-bajo de los padres), la mayor parte pertenecía a familias nucleares y convivía con ambos padres, las familias monoparentales (predominando las encabezadas por la madre) conformaron un poco más de la cuarta parte. En relación a las características académicas, la mayoría pertenecía al turno matutino y cursaba el primero o segundo grado de educación secundaria. En conclusión, puede decirse que si bien la muestra no es representativa de la población total de adolescentes de la Ciudad de México, las características descritas sí fueron similares a las reportadas para una proporción importante de la misma (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010).

Respecto a autolesiones, la mayor parte de los adolescentes iniciaron el hábito entre los 11 y los 13 años, con ello parecen corroborarse los datos de investigación nacional e internacional en el sentido de que la autolesión inicia comúnmente en la

adolescencia y/o en edades tempranas (Michelmores & Hindley, 2012; González-Forteza y colaboradores, 2005; Ross y Heath, 2002); en apoyo de lo anterior debe notarse que es baja la proporción de quienes iniciaron con el problema a los 14 años y nula en edades superiores a 15 años.

La presencia de menores que iniciaron sus autolesiones a los 10 años o menos es de llamar la atención, al respecto, Hawton, Fagg y Simkin (1996) reportaron hallazgos similares, siendo que la proporción de perpetradores con edades inferiores a 12 años fue menor a la hallada en este estudio. En tanto, Yates, Carlson y Egeland (2008) reportaron edades de inicio muy tempranas, tal como 4 años en su muestra de comunidad, en este caso la autolesión en ese grupo de edad se asoció claramente a experiencias infantiles francamente negativas, algunas de naturaleza traumática. Debe aclararse que la autolesión no ha sido estudiada con muestras de edad infantil, por lo que como en el presente caso, a menudo se basa en autoreportes de adolescentes y adultos.

Los reportes de autolesión en niños conducen a una seria reflexión acerca de la naturaleza del problema, puesto que se ha señalado con insistencia que la AL se origina en la adolescencia y que se mantiene por distintos factores, entre ellos el modelamiento y el reforzamiento social, los intentos de manipulación, así como el escape de experiencias emocionales displacenteras; cabe preguntarse entonces si las personas que iniciaron tempranamente con el problema representan un perfil distinto respecto a quienes inician en el periodo de edad más común: entre 11 y 13 años, o si la presencia de ciertas variables a edades tempranas favorece la aparición de la autolesión, por ejemplo las de naturaleza

traumática, pero a este respecto aun no pueden extraerse conclusiones definitivas puesto que es un área todavía sin explorar y a la espera de ser investigada.

Existen muy pocos o nulos estudios con población de edades inferiores a 11 años, puesto que los autores que reportan estos casos suelen englobarlos en la misma descripción hecha para adolescentes mayores a 12 años; por ejemplo, Hawton y Harris (2008) concluyen que la proporción de infantes es poco significativa, además de que suelen asociarse las mismas causas: problemas de relación con amigos y familiares, así como dificultades escolares, con pautas de autolesión comúnmente no letales pero con riesgo a largo plazo de intento suicida. En síntesis, se ha minimizado la presencia de autolesiones en infantes menores de 11 años, a pesar de que éste es un dato conocido y de que la prevalencia podría ser mayor, tal como demuestran los datos reportados por la muestra; de esta manera queda abierta la cuestión de descripción del perfil del perpetrador infantil, además de la importancia de desarrollar una intervención preventiva que incluya a población de edad escolar.

En cuanto a prevalencia, ésta fue muy alta para cualquier forma de autolesión alguna vez en la vida, pero respecto a pauta repetitiva, se nota que más de la mitad de quien se autolesionó significativamente no vuelve a hacerlo más, por lo que puede afirmarse que la autolesión podría iniciar por modelamiento e imitación, incluso como forma de cultura actual del adolescente; esto resulta más evidente al observar la prevalencia de autolesiones significativas (cortarse, quemarse, frotarse con abrasivos), frecuentes (al menos dos veces) y recientes (en el último mes), cuya proporción es mucho más baja. Respecto a prevalencia, estos datos reiteran la importancia de definir

apropiadamente el problema en relación a sus características, puesto que al hablar de prevalencia los datos no especificados claramente pueden llevar a conclusiones confusas; por ejemplo, Lloyd, Richardson, Perrine, Dierker y Kelly (2007) reportaron datos similares a los de este estudio, con una prevalencia de hasta 46.5% en población de adolescentes escolares, en tanto, Laye-Grindu y Schonert-Reichel (2005) reportaron en una muestra similar que 15% de los participantes presentaba autolesión.

Por otra parte, se observó que la forma de autolesión significativa más común fue cortarse, seguida de frotarse con objetos cortantes. En tanto que rayar y marcar la piel (sin cortarla) fue la conducta autolesiva no significativa más prevalente. Estrellar alguna parte del cuerpo sobre una superficie dura y golpearse a sí mismo también aparecen en orden decreciente de importancia. Estos datos son similares a los presentados por autores como Klonsky, Muehlenkamp, Lewis y Walsh (2011), donde los métodos cortar y rayar/marcar la piel explican hasta el 91.2% de sus casos. Adicionalmente, los datos demuestran una característica esencial de la autolesión, ya descrita por autores como Nock y Prinstein (2004) y Walsh (2006) en relación a que los perpetradores recurren a diferentes métodos para causarse lesiones, y esto es más cierto a medida que el problema se hace crónico y la pauta es más severa y frecuente.

En concreto, las características de la autolesión en la muestra de adolescentes mexicanos son similares a las reportadas en otros países en relación a edad de inicio, frecuencia y tipo de lesiones. Resultó claro que la prevalencia es mucho menor en quien practica esta conducta en más ocasiones, mantiene el hábito por más tiempo y recurre a

más de un método -perfil característico del perpetrador-. Una aportación importante de este estudio es que confirma la idea ya propuesta por Klonsky y Olini (2008), respecto a que no existe un perfil único del perpetrador, sino más bien subtipos que varían en función del método para autolesionarse, las funciones que cumple el acto, la psicopatología comórbida e incluso el sexo del perpetrador. Por ejemplo, Lewis y Santor (2008) encontraron que la depresión covariaba en forma significativa respecto a subgrupos conformados a partir de las razones que atribuyeron a la AL.

En este sentido los resultados confirman que existen subtipos de perpetradores y que la dificultad de definir un perfil psicopatológico se debe a que las variables emocionales que generan y mantienen el problema pueden no solo ser distintas sino tener diferente grado de influencia. Además, los datos portan sustento al modelo de evitación de la experiencia, que propone que la autolesión cumple distintas funciones en una misma persona. De esta manera, se hace evidente que tanto en investigación como en contextos clínicos es necesaria la identificación y medición sistemática tanto de la severidad de la autolesión (en función de la pauta y frecuencia), como de las funciones que cumple la conducta, a partir de lo cual debe clasificarse al perpetrador en subgrupos particulares, tanto para identificar el perfil como para definir la intervención idónea.

Características de las autolesiones por sexo

La característica de la pauta de autolesiones fue similar para ambos sexos en lo relativo al promedio de edad de inicio, al tipo de autolesiones (cortarse y rayarse la piel

como las más comunes) y a la prevalencia, en donde la proporción de mujeres fue ligeramente mayor.

Respecto a pauta repetitiva, la proporción de adolescentes que reportó más de un episodio fue mayor en el caso de las mujeres; por ejemplo en relación a la acción de cortarse –la forma de autolesión más común-, el porcentaje de mujeres que reportó dos o más episodios fue el doble en comparación con los hombres. Igualmente, el número de episodios, más significativos por su frecuencia (más de 10) ocurrió en más del doble de proporción en las mujeres. En tanto, poco más de la mitad de las mujeres de la muestra reportó haber rayado su piel sin cortarla en dos o más ocasiones, en comparación con los hombres cuya proporción es menor. Considerados en conjunto, estos datos parecen indicar que si bien la proporción entre sexos puede ser equivalente respecto a autolesión experimental -un solo episodio-, las mujeres suelen repetir más frecuentemente las autolesiones, evidente en el mayor promedio de episodios.

En síntesis, si bien hombres y mujeres inician la pauta de autolesiones aproximadamente a la misma edad, y presentan las mismas formas de autolesión (cortarse como la más común), la proporción de mujeres que se ha autolesionado es ligeramente más alta, además de que en ellas la frecuencia o número de episodios es mayor. Son pocos o nulos los estudios que comparan en profundidad la pauta de autolesión por sexo vinculándolo a un perfil diferencial. Por ejemplo Van Camp, Desmet y Verhaeghe (2011) no encontraron diferencias significativas en relación a prevalencia, edad de inicio ni método, por lo que puede considerarse que se trata de resultados equivalentes; no obstante,

los autores no analizan las diferencias por severidad, basada en la repetición del acto, donde prevalecen las mujeres.

En el caso de la presente investigación, las diferencias por sexo obtenidas pueden explicarse con base al perfil diferencial, en donde las mujeres obtuvieron puntuaciones promedio más altas y significativas en todas las mediciones realizadas (tabla 24). Este hecho resulta relevante puesto que puede confirmar que la pauta de autolesiones más severa es dependiente a su vez de la severidad de las variables psicopatológicas, conclusión corroborada por el perfil distinto de predictores encontrado para uno y otro sexo en el estudio uno. Este argumento es similar al presentado por Gratz, Conrad y Roemer (2002), estos autores hallaron un perfil diferencial por sexo, en el cual las variables emocionales subyacentes eran determinantes para explicar las diferencias. Estos resultados se discuten con detalle en el apartado siguiente.

Estudio 1: Principales predictores de la autolesión

Los resultados del estudio uno muestran que el mejor predictor de las autolesiones fue la depresión, puesto que como variable única explicó el 21% de varianza. Los hallazgos confirman lo que la literatura científica ha reportado reiteradamente respecto a la asociación estrecha entre depresión y autolesiones, de ahí que se les considere una conducta parasuicida. Por ejemplo, Firestone y Seiden (1990) argumentaron que la autolesión es un sustituto del suicidio, mediado por una dinámica depresiva pero que paradójicamente evita la acción letal. En tanto, Muehlenkamp y Gutiérrez (2007)

encontraron en su muestra de adolescentes escolares que la severidad de la pauta de autolesiones se relacionaba con la severidad de la depresión, y más específicamente con el historial de intento suicida.

Por su parte, Andover y colaboradores (2005) encontraron en su muestra de población escolar que la severidad de los síntomas de depresión y ansiedad permitía diferenciar entre los adolescentes con las pautas más severas de autolesión; y Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005) hallaron en adolescentes que las principales razones atribuidas a la autolesión fueron la depresión y sentimientos negativos en general y hacia uno mismo. En tanto, Muehlenkamp y Gutiérrez (2004) encontraron que las variables: ideación suicida, depresión y repulsión hacia la vida permitían explicar el 18% de varianza de las autolesiones.

Al observar los hallazgos de investigación, es notorio que los resultados no solo constatan la importancia de la depresión como predictor de autolesiones, sino que además esta variable permite explicar más varianza de lo que se había reportado anteriormente. Es claro entonces que la severidad de los síntomas depresivos es clave al dar cuenta de las pautas más graves de autolesión (frecuencia y tipo de lesiones). Una relación predictiva de este tipo ya se había anticipado (Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002), si bien es importante notar que la relevancia hallada puede relacionarse con el perfil poblacional, en este caso de adolescentes de comunidad y sin psicopatología comórbida identificada, por lo que queda abierta la cuestión acerca del mismo valor predictivo de la depresión con otras muestras de edad y extracción.

Por otra parte, los resultados confirman la importancia de las experiencias disociativas como grupo sintomático asociado a las autolesiones, al respecto los datos de investigación ya habían hecho notar una relación predictiva y clínicamente significativa, en donde los síntomas disociativos podían distinguir a los adolescentes con y sin autolesión, además de subgrupos a partir de la gravedad de la pauta (Tolmunen y colaboradores, 2008). Se ha explicado que las experiencias disociativas son respuestas disfuncionales de afrontamiento muy comunes en personas que han sobrevivido a experiencias traumáticas, pero que también se asocian a estados severos de ansiedad y depresión (Robles, Páez & Marín, 2011), por lo que los resultados sugieren una asociación indirecta, en donde la severidad de la disociación marca a su vez la mayor gravedad del perfil por su mayor asociación con las variables clave de la dinámica, en este caso la depresión.

Ahora bien, se ha reseñado que la teoría y resultados de investigación indican que la principal función de las autolesiones es la regulación de emociones, es decir, se asume que las lesiones auto-infringidas ayudan a tener mayor consciencia, aceptación y control de las propias emociones displacenteras. Ejemplo de ello es el estudio de Heath, Toste, Nedecheva y Charlebois (2008), en el cual los autores exploraron la relación de un grupo de variables respecto a la pauta de autolesiones en jóvenes universitario, y observaron que la variable disregulación emocional permitía diferenciar a aquellos que presentaban autolesión, además de que la relación era positiva y predictiva en cuanto a nivel de severidad. En este mismo sentido, Gratz (2006) encontró en una muestra de jóvenes mujeres universitarias que las variables ambientales -especialmente el maltrato infantil-, solo tenían influencia sobre la pauta de autolesiones en función de las variables emocionales internas, siendo que en el perfil del perpetrador de autolesiones frecuentes se

encontraba una mayor dificultad para expresar emociones, así como hiperreactividad y emocionalidad negativa.

No obstante, en el caso del presente estudio la disregulación emocional parece tener un papel menos relevante puesto que los resultados muestran que la combinación de las variables depresión, más experiencias disociativas, más disregulación emocional permiten explicar el 25.7% de varianza de las autolesiones, es decir, las dos últimas variables incrementan .04% a la varianza explicada por la depresión. Al respecto, Tolmunen y colaboradores (2008) en su estudio con adolescentes escolares de entre 13 y 18 años de edad, también encontraron que tanto la depresión como las experiencias disociativas tenían una relación predictiva respecto a la autolesión. Estos datos resultan relevantes puesto que la similitud de los resultados y del grupo de edad estudiado permite vislumbrar que en adolescentes menores de edad, tanto la depresión como las experiencias disociativas son las variables más fuertemente asociadas a las autolesiones. En tanto, la disregulación emocional podría no ser tan relevante en preadolescentes y adolescentes como lo es en grupos de mayor edad (adultos y adultos jóvenes), precisamente porque a esta edad puede aun no haberse establecido como rasgo.

Respecto a la variable impulsividad, los resultados del presente estudio indican claramente que no juega un papel preponderante como predictor de autolesiones. En contraste, Izutsu et al. (2006) hallaron en su muestra de adolescentes escolares japoneses (promedio de edad de 14 años) una asociación entre la hiperactividad como rasgo y la presencia de autolesiones, con lo cual indican que la impulsividad está fuertemente asociada a la autolesión y a otras formas de conducta problema. Tal discordancia puede

deberse a que el grupo de edad del presente estudio es ligeramente menor, aunado al hecho de que puede tratarse de un rasgo no necesariamente equivalente ni presente en la muestra, además de que la hiperactividad podría definirse como un trastorno de importancia clínica, lo cual permite establecer una diferencia básica con la extracción de la muestra de este estudio.

Cabe aclarar que a diferencia de la presente investigación, la medición de impulsividad no suele realizarse con escalas preestructuradas, por lo que comúnmente no se ha explorado la relación predictiva entre impulsividad y autolesiones como variables continuas. Debe aclararse también que en investigación la medición de impulsividad se ha realizado en forma heterogénea e indirecta, la mayor parte de las veces se ha inferido como rasgo a partir del historial de conductas problema, mientras que en otros a partir de la identificación de otras variables de psicopatología (por ejemplo, trastorno oposicionista, enojo, latencia de respuesta, historia traumática, etc.). De esta manera, el diseño de investigación puede dar cuenta también del poco valor predictivo que mostró la impulsividad.

Los autores de un estudio (Closkey, Look, Chen, Pajoumand & Berman, 2012) midieron objetivamente la impulsividad a través de escalas (escala de impulsividad de Barratt) y de la latencia de respuesta en el laboratorio, encontraron una congruencia entre las medidas de autoreporte y las mediciones conductuales de impulsividad, asimismo, hallaron una asociación con los autoreportes de autolesión; de esta manera señalan una asociación muy clara entre estas variables, por lo que sugieren la necesidad de establecer pautas de medición multimodal. A la luz de estos hallazgos, el hecho de que la

impulsividad no haya resultado significativa puede deberse en esencia al procedimiento de medición, en donde la escala de Plutchik empleada no sería el instrumento más útil. Por tanto, no puede descartarse en forma concluyente a la impulsividad como posible predictor, pero es esta una cuestión abierta para futuras investigaciones.

Otra posible explicación se relaciona con la correlación alta entre la depresión y el resto de variables medidas, por lo que la multi-colinearidad puede dar cuenta de que las variables ansiedad e impulsividad no figuren como predictores importantes. Al respecto, a pesar de que la ansiedad se ha asociado reiteradamente a la dinámica emocional de la autolesión, ya que se ha observado que a partir de la misma es posible diferenciar a las personas con historial de autolesiones e identificar a aquellos con la pauta más severa, se corrobora que los resultados con población de adolescentes no son concluyentes, sobre todo cuando se mide paralelamente la depresión. Este hecho no descarta la presencia de ansiedad como clave en la dinámica emocional, pero parece indicar una asociación indirecta mediada a su vez por su asociación al perfil depresivo, el cual sería la característica más saliente.

Ahora bien, no debe perderse de vista que el perfil de predictores explicó solo el 25% de la varianza de autolesiones, si bien superior a lo reportado por otros investigadores, es claro que aún queda mucho por explicar. Este hallazgo más que desalentador parece confirmar la característica polifacética del perpetrador de autolesión y la dificultad para capturar el fenómeno con una medición en escala continua; Arney y Crowther (2008) explican que un modelo lineal enmascara el valor predictivo del perfil de variables debido a que la autolesión no puede considerarse equivalente a una escala continua. Confirma

también que esta conducta cumple diversas funciones a la vez en una misma persona y que se mantiene por distintas fuentes de reforzamiento. De esta manera, una persona que experimenta con la autolesión solo en pocas ocasiones como una forma de buscar aceptación, puede tener un perfil psicopatológico menos definido, a diferencia de quien presenta las pautas más severas. De esta forma también se destaca la importancia de realizar una evaluación de las funciones que cumple la autolesión en cada caso.

En resumen, los predictores hallados confirman que el perfil emocional y psicopatológico del adolescente escolar que se autolesiona es distinto al considerado por Linehan (1993b) para el trastorno límite de la personalidad, puesto que de acuerdo con los resultados el malestar emocional es esencialmente de tipo depresivo y puede ser más bien agudo, por lo que la severidad y duración del mismo daría cuenta de la severidad de las autolesiones (pauta y frecuencia); pero a diferencia de una persona con trastorno límite, las lesiones en esta población no se deben preponderantemente a características relativamente permanentes, como es el caso de la impulsividad y/o la mala regulación de emociones como rasgos de personalidad. Por tanto, los resultados indican que una intervención preventiva breve para tratar la autolesión en este grupo de edad es posible y válida, puesto que ésta se asocia a un malestar transitorio, en donde cada perpetrador requiere de una intensidad de tratamiento distinta, proporcional a la severidad y cronicidad del perfil psicopatológico subyacente.

Principales predictores de la autolesión por sexo

Respecto a los análisis de regresión adicionales por sexo, en el caso de los hombres se encontró: 1) que todas las variables estudiadas tenían asociaciones menos fuertes respecto a la autolesión; 2) el mejor predictor de autolesiones para los hombres fueron las experiencias disociativas, si bien, éstas explicaron sólo el 15% de varianza. En el caso de las mujeres, todas las variables presentaron coeficientes de correlación más altos entre sí, incluyendo a las autolesiones; en este caso, el mejor predictor fue la depresión, la cual explicó el 26% de varianza, proporción que incrementa hasta un 28% cuando se suma al perfil la variable disregulación emocional.

Resultados similares fueron presentados por Gratz (2006), quien empleó también un análisis de regresión para definir un perfil de predictores en mujeres con autolesión, y halló que, aunado a la historia de maltrato infantil, las características de disregulación emocional explicaban el 43% de varianza. No obstante, dado que los perfiles exclusivos de mujeres son más comunes (o bien, aquellos que engloban tanto a hombres como a mujeres), se puede evidenciar un rezago en la investigación resultado de considerar que la autolesión es un problema típico de las mujeres, o bien, que el perfil es el mismo para ambos sexos. Estos resultados abren la puerta a más investigación encaminada a explorar la existencia de un perfil diferencial de acuerdo al sexo.

Los resultados de la presente investigación muestran la existencia de una pauta distinta respecto a frecuencia de autolesiones y puntajes en las variables predictoras (ambas mayores en mujeres), pero precisamente estas diferencias impiden concluir que los

predictores son esencialmente distintos, a pesar del perfil diferencial obtenido, puesto que las submuestras por sexo pudieron no ser necesariamente equivalentes. Más bien puede hipotetizarse que el perfil se define mejor a medida que el problema de las autolesiones es más severo, en cuyo caso, las variables psicológicas adquieren mayor relevancia y el perfil se hace uniforme para ambos sexos; evidencia de ello es que las mismas variables predictoras figuran para la muestra completa. La existencia de un perfil diferencial por sexo es una cuestión que aún queda abierta para futuras investigaciones.

Estudio 2: Evaluación de efectividad de la terapia cognitivo conductual

Los resultados del segundo estudio respecto a efectividad de la intervención indican que ambos grupos eran equivalentes en relación a las variables de interés al momento de iniciar la terapia cognitivo conductual. En tanto, las comparaciones entre grupos al término de la terapia mostraron que los grupos difirieron significativamente solo en el promedio de autolesiones, pero no así en el resto de variables. Estos resultados son relevantes puesto que pueden indicar que el efecto de la terapia implementada fue específico para disminuir la frecuencia y severidad de la conducta blanco, no obstante, parecen contradecir a la premisa general de esta investigación respecto a que la autolesión se inicia y mantiene por las variables emocionales subyacentes, por lo que en principio parece mostrarse que es posible disminuir la frecuencia y severidad de las autolesiones, sin modificar en forma significativa el perfil psicopatológico.

Ahora bien, el análisis de los cambios a través del tiempo con ambos grupos de estudio mostró respecto al grupo sin tratamiento, que no hubo cambios significativos entre las medidas iniciales y las finales, excepto en las variables disregulación emocional y ansiedad, las cuales disminuyeron aun en ausencia de tratamiento. Estos resultados aportan evidencia adicional respecto al perfil hallado en el estudio uno, puesto que estas variables pueden resultar poco significativas como predictores de autolesiones y del cambio en la pauta de las mismas.

Respecto al grupo con tratamiento, el análisis mostró que hubo cambios significativos entre el pre-test y el post-test en todas las mediciones, excepto en ansiedad e impulsividad, resultados que corroboran la débil asociación predictiva que mantienen estas variables respecto a la autolesión. En tanto, las comparaciones entre las medidas post-test contra las de 3 meses después de concluida la intervención, demuestran que existen cambios significativos en las variables autolesión, ansiedad y experiencias disociativas, lo cual demuestra un efecto positivo creciente a través del tiempo. Finalmente, con excepción de la variable impulsividad, el resto de variables tuvo una reducción significativa al comparar las mediciones realizadas antes de iniciar la terapia contra las realizadas tres meses después de concluida la misma.

Estos resultados muestran que una terapia cognitivo conductual breve puede producir una disminución en la severidad de la pauta de autolesiones, así como en la sintomatología comórbida, tanto a corto como a mediano plazo. Resultados similares fueron obtenidos por Oldershaw, Simic, Grima, Jollant, Richards, Taylor y Schmidt (2012) quienes formularon un modelo de terapia breve cognitivo conductual cuyos principales

componentes fueron equivalentes a los formulados por el presente estudio: psicoeducación, entrevista motivacional, introducción a la terapia cognitivo conductual, técnicas de enfrentamiento al malestar emocional y estrategias de consolidación. Encontraron que la intervención produjo una mejora significativa en las mediciones longitudinales de autolesión y de toma de decisiones, pero la asociación entre estas dos variables no fue clara (correlación no significativa con la severidad), por lo que proponen que si bien la terapia cognitivo conductual es una intervención efectiva para la autolesión no suicida, el efecto que ésta tiene sobre las variables asociadas es aún inconcluso.

En la presente investigación, en el grupo con tratamiento el efecto de la terapia sobre todas las variables -excepto impulsividad- fue más claro a medida que transcurrió el tiempo, es decir al comparar las medidas iniciales contra las de tres meses después de concluida la intervención; no obstante al comparar los grupos y las medidas intragrupo más cercanas en tiempo, el efecto sobre el resto de variables adolece de poca claridad. Se proponen las siguientes explicaciones: 1) el efecto de la terapia sobre la dinámica emocional subyacente se consolida con el tiempo y no de forma inmediata al concluir la intervención; 2) variables tales como ansiedad e impulsividad no cambiaron en forma clara debido a su débil asociación con las autolesiones, 3) la relación entre la autolesión y todas las variables estudiadas no es necesariamente lineal (modelo no lineal de cúspide catastrófica de Arney & Crowther, 2008), por lo que un cambio en una no necesariamente se asoció en forma inmediata a un cambio en las demás.

A pesar de ello, fue claro que el grupo sin tratamiento se mantuvo esencialmente sin cambio y que el grupo con tratamiento cambió paulatinamente hasta observar una

franca mejora en la autolesión y el resto de variables, excepto en impulsividad. Por tanto, aun sin ser concluyentes, los resultados del segundo estudio corroboran que las variables importantes para el perfil son la depresión, las experiencias disociativas y la disregulación emocional. Tal como se ha discutido, la importancia de la ansiedad como variable clave sin mediar la depresión puede requerir de mayor investigación.

En conclusión, los resultados del presente estudio apuntan a señalar que la depresión es la principal variable predictora de autolesiones en una muestra de adolescentes escolares mexicanos. Otras variables previamente halladas en la investigación sobre el tema, tales como las experiencias disociativas y la disregulación emocional permitieron incrementos significativos de varianza explicada en una ecuación de regresión múltiple, éstas se proponen como características emocionales que ayudan a explicar la mayor severidad de la pauta autolesiva asociada a depresión. La ansiedad e impulsividad no fueron variables predictoras ni consistentes en ninguna de las fases de estudio, especialmente la impulsividad fue una variable que se mantuvo prácticamente inalterada en todos los momentos de medición de la fase dos de investigación; no obstante no puede descartarse en forma concluyente a la impulsividad como posible predictor, pero esta cuestión queda abierta para futuras investigaciones donde deben implementarse mediciones multimodales, tanto conductuales como de autoreporte.

Se propone que estos resultados se relacionan con la extracción y edad promedio de la muestra, la cual fue significativamente menor al promedio de edad comúnmente reportado en investigación, de esta forma, para los adolescentes de menor edad la perturbación emocional clave para las autolesiones puede ser transitoria, con la depresión

como una de las principales variables puesto que no predominan otros cuadros psicopatológicos tales como trastornos de personalidad, por esta razón la impulsividad medida con la escala de Plutchik pudo haberse medido como rasgo y como tal, no fue precisamente modificable a partir de una terapia breve.

Alcances

El presente estudio apunta a contribuir a la teoría actual sobre el tema de las autolesiones con las siguientes aportaciones:

- 1) En primer lugar se propuso circunscribir el problema en términos conceptuales y operacionales, para lo cual se diseñó una cédula adaptada en términos de lenguaje y cultura para población mexicana, la cual permite medir en forma sistemática y en escala continua la frecuencia y severidad de las autolesiones con el uso de un algoritmo (ver apéndice). Este instrumento demostró utilidad tanto en términos clínicos como de investigación.
- 2) Se comprobó que la autolesión es un problema común en la adolescencia y habitualmente inicia en este periodo del desarrollo (entre los 11 y los 13 años), no obstante, una proporción menor inicia en edades más tempranas (menores a 10 años), con lo que se hace evidente que si bien este problema comparte características similares a las reportadas en otros países, el tema de la autolesión infantil ha sido poco estudiado y se requiere de mayor investigación al respecto.

- 3) Se comprobó que la forma de autolesión más común es cortarse, seguida de rayar/marcar la piel sin cortarla. No obstante, los resultados señalan la importancia además de considerar tanto el factor tiempo como la frecuencia, puesto que las pautas más severas (por el número de episodios) y recientes suelen ser menos prevalentes. Con base en esta diferenciación, fue claro que existen distintos perfiles del perpetrador de autolesión, puesto que las pautas más severas suelen asociarse a un perfil distinto tanto en función de las variables emocionales subyacentes, como de las funciones que cumple la conducta.

- 4) Se encontró una pauta diferencial por sexo, en donde las mujeres presentaron una mayor frecuencia, con más episodios y por tanto mayor severidad, hecho que corresponde a los mayores puntajes promedio que obtuvieron en todas las escalas clínicas administradas; no obstante, la edad de inicio y formas de autolesión fueron equivalentes. Estos datos apuntan a la posibilidad de un perfil diferencial por sexo, si bien no en forma concluyente.

- 5) Acorde con los hallazgos internacionales, se encontró que los principales predictores para la muestra completa fueron: depresión, experiencias disociativas y disregulación emocional, siendo que la variable principal fue la primera. Estos resultados sugieren la posibilidad de que existe un malestar emocional transitorio, de tipo depresivo y modificable, el cual puede contribuir esencialmente a la generación y mantenimiento del problema de las autolesiones.

- 6) Se propone que para esta muestra en particular, las variables experiencias disociativas, disregulación emocional y ansiedad tienen relevancia en la dinámica emocional a partir de su asociación con la depresión. La impulsividad no figuró como predictor posiblemente debido al procedimiento de medición inadecuado.
- 7) Respecto a los predictores, se encontró un perfil diferencial por sexo, puesto que para las mujeres la depresión fue el predictor principal, en tanto, para los hombres el único predictor fueron las experiencias disociativas. Se propone que estos resultados requieren confirmación con investigación adicional.
- 8) Se elaboró un Manual de Terapia Cognitivo Conductual diseñado para el tratamiento de las autolesiones en adolescentes mexicanos, el cual se basó tanto en la revisión bibliográfica, como en los resultados del estudio uno. Los componentes principales fueron: enfoque en la relación terapéutica y trabajo con los padres, psicoeducación, estrategias para la regulación de emociones, alternativas conductuales para la autolesión, introducción a la terapia cognitiva, entrenamiento en solución de problemas y consolidación de habilidades.
- 9) Los hallazgos muestran que la terapia breve diseñada con componentes cognitivo conductuales produjo una disminución en la frecuencia de las autolesiones en adolescentes escolares mexicanos.
- 10) Se observó que el impacto de la intervención sobre las variables asociadas no ocurrió en forma concurrente a la disminución en la frecuencia de autolesiones al

término de la terapia, con lo que parece confirmarse la propuesta de Arme y Crowther (2008) en relación a que la autolesión no guarda una relación lineal con sus predictores, siendo que la disminución en la severidad de la dinámica emocional es posible observarla con mediciones longitudinales.

- 11) En conjunto, los resultados señalan que una intervención preventiva, breve, enfocada al desarrollo de habilidades y diseñada a partir de predictores, puede ser efectiva para disminuir la frecuencia y severidad de la pauta de autolesiones en adolescentes escolares.

Limitaciones

Si bien las aportaciones resultan relevantes y abren nuevos cuestionamientos, resulta claro que es necesaria investigación adicional, especialmente para corroborar el perfil de variables predictoras. Una de las limitaciones importantes de esta investigación fue que el muestreo para el estudio uno fue no probabilístico, además de que se tomó a una muestra de población escolar, por lo que los resultados no pueden generalizarse a todos los adolescentes, sobre todo a aquellos de extracción clínica. Una comparación con este último tipo de muestra permitiría hacer conclusiones más sólidas.

De la misma forma en que se mostró que existe un posible perfil diferencial por sexo, puede resultar de gran utilidad implementar estudios con categorización por submuestras con base en pautas y motivaciones, similares al realizado por Klonsky y Olin

(2008), puesto que los resultados confirman que no existe un perfil único y, por tanto puede presuponerse que los predictores también pueden ser distintos. Los datos y conclusiones confusas pueden tener cabida precisamente en la tendencia a identificar un único perfil.

De la misma forma, se requiere investigación adicional para confirmar no solo la efectividad del modelo de terapia propuesto, sino también de cada una de las partes de la misma, de tal manera que puedan determinarse los componentes esenciales, los secundarios y los prescindibles.

Una limitación importante fue el tamaño de la muestra ($n=20$) empleada para el estudio, por lo que puede considerarse un piloteo que requiere de confirmaciones con muestras mayores, incluyendo a población clínica y a grupos de comparación. Se recomienda también la administración del modelo terapéutico desarrollado a muestras de diferentes estratos socioeconómicos y comparaciones por grupos de edad.

Una de las observaciones más notables y de implicaciones éticas es lo ocurrido con el seguimiento al grupo control. En este caso, cuatro adolescentes no requirieron tratamiento ante una remisión espontánea; pero los seis adolescentes restantes continuaban presentando autolesiones al concluir la terapia con el grupo experimental. Se evidenció que el seguimiento era más difícil o imposible de implementar al dejar pasar el tiempo de espera, muestra de lo cual es que los padres no se presentaron al seguimiento, además de la interrupción prematura de procesos. La implicación más importante en este caso es que los

diseños con grupos de espera para adolescentes con autolesión están totalmente contraindicados.

APÉNDICE

TABLA A
Principales variables asociadas a la autolesión

Autor/año	Muestra	Análisis estadístico	Evidencia
Muehlenkamp y Gutierrez (2004)	Adolescente escolares (n=633)	Regresión	Ideación suicida+ Depresión+ Repulsión hacia la vida R ² = 0.184***
Gratz y Roemer (2002)	Estudiantes (n=133)	Regresión	Síntomas Disociativos+ Apego paterno inseguro+ Negligencia paterna R ² =0.21*
Gratz (2006)	Estudiantes mujeres (n=249)	Regresión	Maltrato infantil+ inexpressión emocional+ intensidad/reactividad emocional R ² = 0.43***
Klonsky y Moyer (2008)	43 estudios	Meta- análisis	Abuso sexual infantil R ² = menor a 5%***
Rodham et al (2004)	6020 estudiantes adolescentes	Regresión logística AL versus SD	Impulsividad X ² = 5.25*
Ross y Heath (2002)	440 estudiantes adolescentes	MANOVA AL versus SAL	Ansiedad + Depresión F(2,115)= 10.73***
Andover et al (2005)	88 universitarios	ANOVA AL versus SAL	Depresión: F (1,88)= 10.38*** Ansiedad: F (1,88)= 6.10**
Guertin et al (2001)	95 adolescentes	Regresión logística AL versus SAL	Soledad= 5.8 Odd Ratio** Conducta de riesgo= 4.91 Odd Ratio**
Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005)	424 adolescentes	ANOVA	Ajuste (estrés, conducta antisocial, enojo, autoestima negativa) F=0.12***
Withlock et al. (2006)	2875 universitarios	Regresión logística	Abuso emocional= 3.7 Odd Ratio*** Ideación suicida= 7.4 Odd Ratio*** Estrés= 1.8 Odd Ratio***
Klonsky et al. (2003)	1986 reclutas	Prueba t	Personalidad borderline: Cohen d= 0.43** Personalidad esquizotípica: Cohen d=0.4** Personalidad dependiente: Cohen d= 0.43** Personalidad evitativa: Cohen d= 0.39**
Matsumoto et al. (2005)	201 adolescentes delincuentes	X ² CA versus QA	Depresión F= 4.6***
Tolmunnen et al. (2008)	4019 estudiantes adolescentes	Regresión logística	Disociación F= 23.49*** Disociación: 8.56 Odd Ratio*** Sexo femenino: 3.49 Odd Ratio*** Depresión: 12.06 Odd Ratio***
Zoroglu et al. (2002)	862 adolescentes turcos	Regresión logística AL versus SAL	Disociación: X ² = 23.5* Negligencia temprana: X ² = 10.9* Abuso físico: X ² = 9.4*
Hawton et al. (2002)	6020 adolescentes ingleses	Regresión logística	Sexo femenino: 3.95 Odd Ratio*** AL reciente en amistades: 3.13 Odd Ratio*** Uso de drogas: 2.57 Odd Ratio***

*< p=0.05 / **<p=0.01 / ***<p=0.001/ AL: autolesión/ SAL: sin autolesión/ CA: cortes autoinfringidos/ QA: quemaduras autoinfringidas/ SD: sobredosis

TABLA B**Técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de la depresión del adolescente**

Meta-análisis (Año)	Tamaño del efecto (post-tratamiento)	Tamaño del efecto (Seguimiento)	TÉCNICAS
Reinecke et al. (1998)	1.02	0.61	Re-estructuración cognitiva Entrenamiento en solución de problemas Autocontrol
Lewinsohn y Clarke (1999)	1.27	-----	Re-estructuración cognitiva Técnicas conductuales Entrenamiento en solución de problemas Incremento de actividades placenteras Entrenamiento en relajación
Michael y Crowley (2002)	0.72	0.64	Técnicas de modificación cognitiva Técnicas de modificación conductual
Weisz, McCarty y Valery (2006)	0.34	No significativo	Incremento de actividades placenteras Biblioterapia cognitiva Autocontrol Entrenamiento en habilidades sociales Entrenamiento en relajación
Klein, Jacobs y Reinecke (2007)	0.53	0.59	Técnicas de modificación cognitiva Técnicas de modificación conductual Entrenamiento en relajación
Stice et al. (2009)	0.14	0.10	INTERVENCIONES PREVENTIVAS Activación conductual Psicoeducación (vida saludable) Entrenamiento en solución de problemas

TABLA C**Técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de la ansiedad del adolescente**

Meta-análisis (Año)	Tamaño del efecto (Post-tratamiento)	Tamaño del efecto (Seguimiento)	TÉCNICAS
Weisz et al (1987)	0.74 fobias y ansiedad 1.07 ansiedad social		Reforzamiento Desensibilización sistemática Entrenamiento en relajación Modelado
Weisz et al (1995)	0.6 Fobias y ansiedad 0.66 ansiedad social		Entrenamiento en habilidades sociales Reforzamiento Desensibilización sistemática Entrenamiento en relajación Modelado
James et al (2005)	0.58		Entrenamiento conductual a padres Auto-instrucciones (auto-reforzamiento) Modelado
In-Aibon y Schneider (2007)	0.86 intra-grupo 0.66 entre grupos	1.36	Desensibilización sistemática Exposición reforzada Auto-instrucciones Técnicas de exposición Re-estructuración cognitiva Entrenamiento en relajación Auto-instrucciones

BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS COMPONENTES TERAPÉUTICOS

CONTENIDO DEL MANUAL

- A. Introducción: Fundamentos para la elaboración del manual de intervención
- B. Importancia de la relación terapéutica con el adolescente
- C. Evaluación: Entrevista, administración de escalas y análisis funcional
- D. Sesiones con los padres: Lineamientos cognitivo conductuales

BLOQUES DE INTERVENCIÓN CON LOS ADOLESCENTES

BLOQUE 1: Primera sesión, introducción y psicoeducación

BLOQUE 2: ESTATEGIAS PARA LA REGULACIÓN DE EMOCIONES I: Incremento de la tolerancia al malestar emocional, alternativas contra la autolesión

BLOQUE 3: ESTATEGIAS PARA LA REGULACIÓN DE EMOCIONES II: Identificación y modificación de la ansiedad con estrategias de relajación

BLOQUE 4: ESTATEGIAS PARA LA REGULACIÓN DE EMOCIONES III: Introducción a la terapia cognitiva

BLOQUE 5: Desarrollo de habilidades para la solución de problemas

BLOQUE 6: Cierre formal del proceso

A. Fundamentos para la elaboración del manual de intervención

El plan de diseño de la terapia a evaluar contempló los siguientes elementos, formulados tanto de la teoría de intervención psicológica, como de los resultados de investigación documental y del estudio uno: a) dado que el éxito terapéutico depende en buena medida de la calidad de la relación terapéutica, se incluyeron procedimientos para construir una buena relación de trabajo; b) puesto que buena parte de las causas señaladas para el origen del problema son las dificultades de relación con la familia (Hawton & Harris 2008), se incluyeron módulos de trabajo con los padres no solo para producir modificaciones al respecto, sino además para reforzar la eficacia de las intervenciones con el adolescente (Walsh, 2006); c) la inclusión de módulos individuales de introducción a la terapia cognitiva y estrategias de regulación de emociones se fundamenta en el perfil hallado, donde la depresión es el principal predictor, seguido de la disregulación emocional.

La versión final del manual de terapia cognitivo conductual desarrollado e implementado, tuvo los siguientes componentes esenciales: enfoque en la relación terapéutica y trabajo con los padres, psicoeducación, estrategias para la regulación de emociones, alternativas conductuales para la autolesión, introducción a la terapia cognitiva, entrenamiento en solución de problemas y consolidación de habilidades. Los componentes anteriores se sustentan en las tres intervenciones psicológicas más investigadas para atender la autolesión: la Terapia Conductual Dialéctica, la Terapia Cognitiva Asistida con Manual (MACT) y la Terapia de Solución de Problemas, las cuales han sido administradas a muestras de adolescentes en estudios de control aleatorio y han demostrado efectividad

frente al grupo control, tanto en el post-tratamiento, como en el seguimiento (ver por ejemplo James, Taylor, Winmill y Alfoadari, 2008; Slee, Garnefski, Van der Leeden, Arensman y Spinhoven, 2008; Weinberg, Gunderson, Hennen y Cutter, 2006; Spirito, Boergers, Donaldson, et al, 2002; Wood, Trainor y Rothwell et al, 2001).

A continuación se describe cada uno de los componentes de intervención. Para una guía completa y detallada se refiere al manual preparado para publicación, puesto que lo que sigue es un extracto.

B. Importancia de la relación terapéutica con el adolescente

Comúnmente el adolescente no desea la terapia, no percibe a la autolesión como un problema, siente que los adultos no lo comprenden y por tanto se opone a ellos. El terapeuta por otro lado tiene la difícil misión de generar una demanda de ayuda, una consciencia de enfermedad, el interés y la curiosidad en la posibilidad de un cambio. Un tratamiento exitoso entonces es resultado de muchos elementos que deben conjuntarse en forma armoniosa y, queda claro, no todos pertenecen al ámbito de quien acude a solicitar ayuda. En este contexto, el psicoterapeuta es quien tiene la posibilidad y la obligación de guiar el proceso para lograr el cambio, ello también le confiere su carácter de experto. Este manual presenta los recursos técnicos para intervenir terapéuticamente con jóvenes del perfil descrito, no obstante, el resto de recursos necesarios se convierten en responsabilidad personal del usuario. En lo que respecta a habilidades personales y técnicas se presentan las siguientes sugerencias:

1. Establecer primero una relación humana.
2. Generar empatía.
3. Generar curiosidad.
4. Escuchar desde la propia subjetividad.
5. Hacer significativas las técnicas.

C. Evaluación: Entrevista, administración de escalas y análisis funcional

La evaluación, diagnóstico y por tanto, el tratamiento de menores con autolesión supone una serie de retos muy importantes que no deben perderse de vista. El primero de ellos es la heterogeneidad de esta población, por lo que en primera instancia el terapeuta se enfrenta con el dilema de ofrecer la misma intensidad de tratamiento a todos los adolescentes, por ejemplo respecto frecuencia y cantidad de sesiones, así como a la necesidad de atención psiquiátrica adicional y en su debido caso, la hospitalización.

La propuesta teórico-técnica de este trabajo parte de la idea de que la autolesión es un síntoma y no un trastorno, ello explica precisamente la heterogeneidad del perfil de los perpetradores. Como síntoma, debe entenderse que acompaña a una serie de cuadros diagnósticos y se asocia a otra serie de signos y síntomas, entre los que destacan la depresión e intento suicida, síntomas disociativos, dificultades en la regulación de emociones, impulsividad, ansiedad.

Aun no existen bases firmes para dictar criterios que permitan distinguir con claridad entre grados de severidad del problema (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis & Walsh, 2011). No obstante, dado el perfil delineado por la literatura internacional e internacional y al significar a la autolesión como un síntoma, la lógica desde la perspectiva clínica es que la severidad de la misma es proporcional: a) a la amplitud del espectro psicopatológico prevaleciente, b) a la severidad de los cuadros diagnósticos que originan y sustentan la conducta. Las recomendaciones esenciales al momento de realizar la evaluación son las siguientes:

1. Cualquier evaluación de un adolescente que presenta autolesión debe incluir una exploración acerca de la severidad de los problemas concurrentes (ver apéndice de instrumentos de medición).
2. La autolesión como síntoma puede ser medida en dos continuos: a) severidad de las lesiones, y 2) frecuencia de la conducta. Klonsky (2009) recomienda como punto de corte clave la presencia de 5 episodios de autolesión para detectar a los casos clínicamente relevantes.
3. La evaluación de adolescentes con autolesiones debe incluir la consideración sobre la severidad del daño en tejido corporal.
4. La evaluación debe incluir la detección de la intensidad y frecuencia de las ideas, necesidades e impulsos relacionados a la autolesión.

5. Es importante determinar el método empleado para producir las autolesiones. Andover, Peper, Ryabchenko, Orrico y Gibb (2005) consideran que los cortes y quemaduras son los métodos asociados a mayor gravedad (ver apéndice sobre la cédula y algoritmo desarrollados).
6. Debe realizarse un análisis funcional de la conducta, puesto que la base teórica y técnica de este manual considera el modelo de Chapman, Gratz y Brown (2006), el cual propone que la autolesión cumple de hecho varias funciones al mismo tiempo.
7. Detección de los factores de estrés actuales. Una de las claves de la evaluación consiste en determinar las causas que el adolescente atribuye a su problema.

Estrategias técnicas para conducir la entrevista de evaluación con el adolescente

Kress y Hoffman (2008) proponen que la entrevista motivacional (EM) como estrategia técnica puede facilitar el proceso de cambio desde los primeros contactos con el adolescente y su familia. Sus creadores, Rollnick y Miller (1995) definen a la EM como: *“un estilo de consejería directivo y centrado en el cliente, para elicitación del cambio conductual al ayudar a los clientes a explorar y resolver la ambivalencia”*. El argumento de los autores se dirige a la premisa de que a medida que un terapeuta argumente en contra del síntoma, mayor resistencia encontrará para promover el cambio. La estrategia implica entonces la exploración de los beneficios y perjuicios del síntoma, al tiempo que crea una

atmósfera interpersonal empática diseñada para mejorar el deseo, urgencia y habilidad para cambiar.

De acuerdo con los autores, las estrategias al momento de conducir la entrevista de evaluación con el adolescente que se autolesiona son las siguientes:

- Expresar empatía.
- Evitar la argumentación.
- Moverse junto con la resistencia.
- Apoyar la autoeficacia.
- Desarrollar la discrepancia.

E. Sesiones con los padres: Lineamientos cognitivo conductuales

La propuesta de este manual de intervención asume la importancia técnica de incluir a los padres no solo como referencia del inicio y curso del problema o problemas referidos, sino también como poderosos aliados o co-terapeutas para el proceso de cambio, dada la influencia que tienen sobre la conducta y estado de ánimo del adolescente.

Objetivos de las sesiones con los padres

1. Contrato terapéutico

- a. Establecimiento de las reglas para el trabajo terapéutico.

- b. Establecimiento de una relación terapéutica positiva.

2. Psicoeducación

- a. Acerca del significado de las autolesiones en general.
- b. Acerca del posible significado de las autolesiones en su hijo(a) en particular.
- c. Identificación de las señales conductuales que representan una crisis y un potencial riesgo de autolesión.
- d. Formas asertivas y eficaces de responder a las autolesiones.
- e. Involucramiento en el tratamiento.

3. Detección y modificación de pautas familiares

- a. Mejorar los estilos de comunicación.
- b. Detección y eliminación de las pautas disfuncionales en el estilo de interacción familiar.

4. Apoyo al proceso de cambio

- a. Ayudar al adolescente a identificar los desencadenantes de las autolesiones y fortalecer el uso de las estrategias adaptativas.
- b. Modelado del uso de las estrategias aprendidas y práctica conjunta.

- c. Proveer reforzamiento positivo (moldeamiento) ante conductas que favorezcan el cambio.

BLOQUES DE INTERVENCIÓN CON LOS ADOLESCENTES

BLOQUE 1: Primera sesión, introducción y psicoeducación

Este bloque tiene diversos objetivos relacionados entre sí, esenciales para el curso posterior y éxito del proceso completo, dichos objetivos incluyen el desarrollo de la alianza de trabajo, psicoeducar acerca de las autolesiones, generar motivación para el cambio, psicoeducar acerca del proceso terapéutico y establecer la logística de trabajo. El desglose de actividades específicas se describe a continuación:

1. Presentación

- Presentación formal.
- Explicación de la confidencialidad.
- Explicación de las razones por las que fue invitado a la terapia.

2. Psicoeducación

- Definición de las autolesiones.
- Información formal sobre autolesiones.

3. Objetivar el problema

- Individualizar el caso, explorar las razones particulares
- Ejercicio: describe con tus propias palabras las razones para autolesionarte

4. Racional del tratamiento y logística

- Presentación de los objetivos/contenidos del proceso
- Explicación formal de la logística del tratamiento (horarios, fechas, número total de sesiones, etc.)

5. Generación del compromiso

- Compromiso para el uso de las estrategias que se aprenderán
- Ejercicio: Escribe tres cosas que en el momento presente te disgustan, te hacen sentir mal y/o te meten en problemas y que por tanto, estás dispuesto a cambiar por otras más sanas.
- Ejercicio: Haz una lista de las consecuencias de autolesionarte y una complementaria de los beneficios de dejar de hacerlo.

6. Introducción al automonitoreo

- Explicación de la importancia del registro diario de autolesiones.
- Guía específica sobre el uso de la cédula de autolesiones.

7. Cierre y dudas

- Resumir el contenido de la sesión.
- Aclarar las dudas.

BLOQUE 2: ESTRATEGIAS PARA LA REGULACIÓN DE EMOCIONES I:

Incremento de la tolerancia al malestar emocional y alternativas contra la autolesión

La investigación actual señala como causa central de las autolesiones a la presencia de emociones intensas y desagradables, así como a la dificultad para modularlas y tolerarlas; se piensa que mediante las autolesiones se pone fin a dichos estados y se gana en control personal inmediato. Siguiendo esta lógica, los tratamientos actuales formulados para atender las autolesiones incluyen diversos componentes que implican el entrenamiento del paciente, dotándolo de estrategias más adaptativas de control emocional. Los objetivos de este bloque de trabajo incluyen la psicoeducación acerca de la importancia del desarrollo de estas estrategias, así como la generación de planes específicos y personalizados que involucran el uso de estrategias adaptativas de tolerancia al malestar emocional. Los contenidos a cubrir son los siguientes:

1. Recepción e introducción

- Introducción al bloque y continuación a partir de la primera sesión.

2. Psicoeducación

- Educar acerca de los conceptos emociones y control emocional.

3. Habilidades básicas de tolerancia al malestar emocional

- Educar acerca de lo que es el malestar emocional y las estrategias desadaptativas más comunes.
- Generar consciencia sobre la necesidad de cambio.
- Ejercicio: escribe una lista de las respuestas comunes que normalmente usas cuando experimentas emociones agobiantes, así como las consecuencias que has tenido que pagar como resultado de las mismas.

4. Introducción a las estrategias adaptativas

- Explicar el concepto de estrategias adaptativas.
- Desglose y explicación de las estrategias adaptativas: aceptación radical, distracción, relajación, enfrentar. Explicar que en este bloque solo se trabajará con las dos primeras.

5. Aceptación radical

- Explicar el racional de la aceptación radical como estrategia.
- Enseñar la estrategia de aceptación radical.
- Ejercicio: Aplicar la estrategia recién adquirida a un problema real presente o pasado.

6. Distracción

- Explicar el racional de la estrategia de distracción para regular emociones.
- Explicar el racional de la distracción como estrategia útil para las autolesiones.
- Lista de actividades alternativas frente a la autolesión.
- Lista de actividades placenteras frente a la autolesión.
- Lista de actividades de distracción del pensamiento frente a la autolesión.
- Otras actividades de distracción: abandono de la situación.
- Ejercicio: elabora tu plan personalizado de actividades de distracción e incluye las situaciones de alarma que indican la necesidad de su uso.

7. Recapitulación y cierre de la sesión

BLOQUE 3: ESTRATEGIAS PARA LA REGULACIÓN DE EMOCIONES II:

Identificación y modificación de la ansiedad con estrategias de relajación

La evidencia empírica coincide en señalar a la regulación de emociones como la principal función que cumple la autolesión. De acuerdo con los conocimientos actuales, es claro que un tratamiento para este problema debe incluir un apartado de herramientas que mejore estas habilidades en los adolescentes, la lógica es que al dotar de habilidades para el

mejor manejo de sus experiencias emocionales intensas y aversivas, se reduce la necesidad del uso de la autolesión. Los contenidos de este bloque son los siguientes:

1. Psicoeducación sobre el concepto de ansiedad

- Síntomas comunes de la ansiedad.
- Relación de la ansiedad con las autolesiones.

2. Psicoeducación sobre el concepto de relajación

- El concepto de relajación y su importancia.
- Ejemplos comunes de estados de relajación.

3. Enseñar estrategias de relajación

- Detección de mis niveles de ansiedad:
 - focalizar la atención.
 - identificar las señales.
 - medir la ansiedad.
- Estrategias de relajación
 - respiración tranquilizadora.
 - respiración diafragmática.
 - imaginería guiada.

4. Recapitulación y cierre

BLOQUE 4: ESTRATEGIAS PARA LA REGULACIÓN DE EMOCIONES III:

Introducción a la terapia cognitiva

Las autolesiones son actos motivados por emociones, pero éstas a su vez se fundamentan en una configuración cognitiva idiosincrática, es decir que las experiencias emocionales son dependientes en buena forma de la manera en que el adolescente interpreta y da sentido a su experiencia vital, de esta manera se asume que la realidad es una construcción fenomenológica. A partir de este razonamiento, resulta de particular interés el entrenamiento de habilidades que favorezcan en el adolescente la observación de sus propios pensamientos, de tal manera que le sea posible valorarlos con mayor objetividad y en su momento modificarlos cuando éstos generen malestar; estas estrategias son llamadas cognitivas por su índice en el contenido cognitivo o de pensamiento, y son entrenadas a partir de las siguientes estrategias:

1. Explicación de los conceptos cognitivo conductuales

- Concepto de pensamiento.
- Concepto de emoción- sentimiento.
- Ejercicio: hacer lista de emociones.

2. Explicación de la asociación entre emoción y pensamiento

- Racional de de las emociones sustentadas en configuraciones de pensamiento.
- Trabajar con ejemplos, listas de emociones y pensamientos hipotéticos.
- Explorar la configuración de emociones y pensamientos asociados a la autolesión en general.
- Explorar la configuración de emociones y pensamientos asociados a la autolesión en el caso particular del adolescente.

3. Explicar cómo un cambio en el pensamiento produce un cambio en la emoción y la conducta

- Explicación del racional en el cambio de pensamiento.
- A partir de los ejercicios anteriores, generar pensamientos alternativos y explorar la emoción resultante.
- Estrategias de cambio de pensamiento comunes:
 - Observar y cuestionar la lógica del propio argumento.
 - Encontrar otras explicaciones plausibles.
 - Hacer plan de acción para verificar mis pensamientos.
- Explorar y generar estrategias adicionales y específicas para el cambio de pensamiento asociado a autolesión (adaptados a la situación real).

4. Recapitulación y cierre

BLOQUE 5: Desarrollo de habilidades para la solución de problemas

La terapia de solución de problemas es una de las primeras intervenciones cognitivo conductuales que se ha investigado en forma sistemática para la atención de las autolesiones, tanto en población general, como en población hospitalaria; por ejemplo, Hawton y colaboradores (1998) hallaron que la terapia de solución de problemas produjo una disminución significativa en la frecuencia de las autolesiones al compararse contra el grupo control, incluso esta modalidad de intervención fue superior a otras modalidades, incluyendo las farmacológicas. Más importante aún, como estrategia terapéutica particular ha demostrado eficacia al producir un efecto sobre la dinámica emocional que da pie a la autolesión, por lo que puede considerarse una técnica de elección. En este bloque se presentan los componentes esenciales para conducir el entrenamiento.

1. Introducción al concepto de problema

- Explicar el concepto de problema.
- Discusión y listado de problemas reales (presentes y pasados).
- Detección de las respuestas emocionales asociadas a los problemas.
- Autolesión como problema individual: antecedentes y consecuentes.

2. Introducción al concepto de resolución de problemas

- Solución de problemas como búsqueda y hallazgo de respuesta.
- Definición del concepto usando ejemplos reales.

3. Entrenamiento de habilidades específicas

- Orientación general
 - Aceptación radical.
 - Identificación de los problemas cuando ocurren.
 - Posponer la respuesta inmediata.
- Definición del problema y formulación del mismo
 - Definir la situación en términos claros y concretos.
 - Separar la información relevante de la irrelevante.
 - Especificar metas primarias y problemas mayores.
 - Considerar toda la información disponible y buscar adicional.
- Generación de alternativas (lineamientos de la lluvia de ideas)
 - Posponer la crítica de ideas.
 - Fantasear para generar originalidad.
 - Importa más la cantidad que la calidad.
 - La combinación y la mejora debe prevalecer.
 - Ejercicio: practicar con ejemplos reales.
- Toma de decisiones (evaluación y selección)

- Ponderar cada una de las opciones generadas.
 - Ejercicio: practicar con ejemplos reales.

 - Verificación
 - Verificar a partir de las consecuencias y/o estándar de éxito.
 - Ejercicio: practicar con ejemplos reales.
4. Práctica de habilidades
- Importancia de la práctica.
 - Asignar tarea para casa.

BLOQUE 6: Cierre formal del proceso

La terapia cognitivo conductual es una intervención educativa y de tiempo limitado, de tal manera que para el cierre del proceso se asume que el terapeuta ha hecho todo lo necesario para que su paciente adquiriera exitosamente las habilidades con que ha intentado dotarlo; en este sentido la sesión de cierre debe entenderse como el último encuentro oficial de trabajo entre el terapeuta y el paciente, pero también como una serie de intervenciones con objetivos claramente definidos, los cuales se presentan en esta sección.

Objetivos de la sesión de cierre

1. Hacer un recuento del proceso

- Retomar síntomas iniciales.
- Repaso de las técnicas empleadas.
- Revisión de la evolución de la pauta de autolesiones.
- Revisión de los síntomas con clara mejoría y las razones de ello.

2. Brindar retroalimentación mutua

- Preguntar acerca de las partes más útiles y atractivas del proceso.
- Preguntar acerca de las partes menos útiles y atractivas del proceso.
- Preguntar acerca de la actitud y disposición del terapeuta.
- Retroalimentación del terapeuta.

3. Consolidar habilidades

- Asegurar que las fortalezas del adolescente sean clarificadas y reforzadas.
- Retroalimentar respecto a las áreas que aun requieren esfuerzo hacia el cambio.
- Especificar las intervenciones clave para el éxito posterior a la conclusión del proceso.

4. Planificación del futuro

- Prevenir recaídas anticipando los problemas que puede enfrentar el paciente.

- Prevenir recaídas clarificando los “*puntos débiles del paciente.*”
- Anticipar y normalizar posibles recaídas futuras.
- Fortalecer la relación con los padres a manera de referencia para futuros problemas.

5. Despedida formal

- Agradecimiento a los padres por su compromiso al proceso de cambio.
- Brindar un resumen del proceso a los padres.
- Despedida formal y disposición para futuros encuentros.

CEDULA DE DATOS DEMOGRÁFICOS

HOLA: Este cuestionario trata de investigar algunos aspectos sobre ti. Tus respuestas son confidenciales, la información que proporcionas se usará con fines de análisis estadístico y para diseñar programas de ayuda a jóvenes como tú. **ESTO NO ES UN EXAMEN**, no hay respuestas buenas ni malas, por favor contesta a las preguntas con franqueza, trata de contestar a todas las preguntas, a menos que consideres que no se aplican para ti. Marca con una **X** en el espacio de respuesta correspondiente.

NOMBRE:

1. Eres	Hombre			Mujer		
2. Anota tu edad	11	12	13	14	15	16
2. ¿Cuál es el grado de la escuela que estás cursando?	1º		2º		3º	
3. ¿Tienes papá?	Sí tengo papá		No tengo pero lo sustituyen		No tengo papá y nadie lo sustituye	
4. ¿Tienes mamá?	Sí tengo mamá		No tengo pero la sustituyen		No tengo mamá y nadie la sustituye	
5. ¿Quiénes viven en tu casa? Tacha más de uno según corresponda	Papá		Mamá		Herman@s	
	Madrastra		Hermanastr@s		Abuel@s	
6. ¿Cuál es la escolaridad de tu papá o sustituto?	Sin educación		Primaria		Secundaria o similar	
	Universidad		Maestría		Doctorado	
7. ¿Cuál es la escolaridad de tu mamá o sustituta?	Sin educación		Primaria		Secundaria o similar	
	Universidad		Maestría		Doctorado	
8. ¿Cuántas hora al día convives con tu papá o sustituto?	De 1 a 2 horas		De 3 a 4 horas		5 o más horas	
	No convivo con él			No tengo papá o sustituto		
9. ¿Cuántas hora al día convives con tu mamá o sustituta?	De 1 a 2 horas			De 3 a 4 horas		5 o más horas
	No convivo con ella			No tengo mamá o sustituta		
10. ¿Cómo describirías las relación con tus padres/ tutores?	Buena		Mala		Muy buena	
	Muy mala				Regular	
11. ¿Cuánto dinero al mes gana tu familia?	Mucho		Suficiente		Poco	
					Menos de lo indispensable para vivir	

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN. PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE

DERS-Español

INSTRUCCIONES: *Por favor indica qué tan frecuentemente te pasa lo siguiente en el último mes, marcando con una X en la parte derecha de cada frase la respuesta que corresponda, puedes tomar en cuenta que cada respuesta tiene el siguiente significado:*

Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	Casi siempre (91-100%)
------------------------------	----------------------------------	--	--	----------------------------------

¿Qué tan seguido te pasa esto en el último mes?	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
1. Tengo claros mis sentimientos					
2. Pongo atención a cómo me siento					
3. Mis sentimientos me sobrepasan y están fuera de control					
4. No tengo idea de cómo me siento.					
5. Me cuesta trabajo entender por qué me siento como me siento					
6. Le hago caso a mis sentimientos					
7. Sé exactamente cómo me siento					
8. Estoy confundid@ por cómo me siento					
Para contestar todas las frases siguientes, piensa en las ocasiones en que te has sentido mal en el último mes. <u>Cuando me siento mal yo:</u>	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
9. Puedo reconocer cómo me siento					
10. Me enoja conmigo mism@ por sentirme de esa manera.					
11. Me cuesta trabajo hacer mis deberes					
12. Creo que así me sentiré por mucho tiempo.					
13. Me cuesta trabajo ocuparme de otras cosas					
14. Siento que soy débil					
15. Me siento culpable por sentirme de esa manera					
16. Me cuesta trabajo concentrarme					
17. Me cuesta trabajo controlar lo que hago					
18. Creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor					
19. Me molesto conmigo mism@ por sentirme de esa manera					
20. Me empiezo a sentir muy mal conmigo mism@					
21. Creo que no puedo hacer otra cosa que dejarme llevar por cómo me siento					
22. Pierdo el control de cómo me porto					
23. Se me dificulta pensar en algo más					
24. Me toma mucho tiempo sentirme mejor					

BAI

NOMBRE:	GRUPO	FECHA
---------	-------	-------

Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy marcando con una "X" la intensidad de la molestia.

NO.	SINTOMA	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
1	Entumecimiento ,hormigueo				
2	Sentir oleadas de calor				
3	Debilitamiento de las piernas				
4	Dificultad para relajarte				
5	Miedo a que pase lo peor				
6	Sensación de mareo				
7	Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8	Inseguridad				
9	Terror				
10	Nerviosismo				
11	Sensación de ahogo				
12	Manos temblorosas				
13	Cuerpo tembloroso				
14	Miedo a perder el control				
15	Dificultad para respirar				
16	Miedo a morir				
17	Asustad@				
18	Indigestión o malestar estomacal				
19	Debilidad				
20	Ruborizarte o ponerte rojo				
21	Sudoración (no debida a calor)				

BDI-II

NOMBRE:	GRUPO:	FECHA
---------	--------	-------

Describe cómo te has sentido desde la semana pasada, incluso hoy. Lee todas las frases en cada grupo antes de hacer tu elección y marca (subraya o tacha) solo una de las opciones.

1	0 No me siento triste 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Estoy triste todo el tiempo 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo	12	0 No he perdido el interés en otras actividades o personas 1 Estoy menos interesad@ que antes en otras personas o cosas 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas 3 Me es difícil interesarme por algo
2	0 No estoy desalentad@ respecto de mi futuro 1 Me siento más desalentad@ respecto de mi futuro 2 No espero que las cosas funcionen para mí 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.	13	0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión
3	0 No siento que he fracasado más que los demás 1 He fracasado más de lo que hubiera debido 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos 3 Siento que como persona soy un fracaso total	14	0 Siento que yo soy valios@ 1 No me considero a mí misma tan valiosa y útil como solía considerarme 2 Me siento menos valios@ cuando me comparo con otr@ 3 Siento que no valgo nada
4	0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar	15	0 Tengo tanta energía como siempre 1 Tengo menos energía que la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado. 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.
5	0 No me siento particularmente culpable 1 Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo 3 Me siento culpable todo el tiempo	16	0 <u>No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño</u> 1a Duermo un poco más que lo habitual 1b Duermo un poco menos que lo habitual 2a Duermo mucho más que lo habitual 2b Duermo mucho menos que lo habitual 3a Duermo la mayor parte del día 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
6	0 No siento que estoy siendo castigad@ 1 Siento que tal vez pueda ser castigad@ 2 Espero ser castigad@ 3 Siento que estoy siendo castigad@	17	0 No estoy más irritable que lo habitual 1 Estoy más irritable que lo habitual 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual 3 Estoy irritable todo el tiempo
7	0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre 1 He perdido la confianza en mí mism@ 2 Estoy decepcionad@ conmigo mism@ 3 No me gusto a mí mism@	18	0 <u>No he experimentado ningún cambio en mi apetito</u> 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual 2a Mi apetito es mucho menor que antes 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3a No tengo en apetito en absoluto 3b Quiero comer todo el tiempo
8	0 No me critico ni me culpo más de lo habitual 1 Estoy más crític@ conmigo mism@ de lo que solía hacerlo 2 Me critico a mí mism@ por todos mis errores 3 Me culpo a mí mism@ por todo lo malo que sucede	19	0 Puedo concentrarme tan bien como siempre 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo 3 Encuentro que no puedo concentrarme nada
9	0 No tengo ningún pensamiento de matarme 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría 2 Querría matarme 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	20	0 No estoy más cansad@ o fatigad@ que lo habitual 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual 2 Estoy demasiado fatigad@ o cansad@ para hacer muchas de las cosas que solía hacer 3 Estoy demasiado fatigad@ o cansad@ para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer
10	0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar pero no puedo hacerlo.	21	0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo 1 Estoy menos interesad@ en el sexo de lo que solía hacerlo 2 Ahora estoy mucho menos interesad@ en el sexo 3 He perdido completamente el interés en el sexo
11	0 No estoy más inquiet@ o tens@ que lo habitual 1 Me siento más inquiet@ o tens@ que lo habitual 2 Estoy tan inquiet@ o agitado@ que me es difícil quedarme quiet@ 3 Estoy tan inquiet@ o agitado@ que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo	TOTAL	

ALGORITMO DE LA CÉDULA DE AUTOLESIONES
(la cédula desarrollada se encuentra al final del documento)

AUTOLESIONES SEVERAS

Reactivos críticos	Frecuencia	Última vez
1: Cortarse 3: Quemarse 9: Frotarse con objetos punzantes 10: Frotarse con ácido 12: Tratamiento requerido por la severidad	Significativo a partir de más de una ocasión (puntaje de 2 en adelante en cualquiera de los reactivos). La respuesta positiva a más de un reactivo se considera significativa.	Significativo si la última autolesión ocurrió en el último mes. Si ocurrió posteriormente es necesario obtener más información.

AUTOLESIONES MENORES: Se requiere información adicional para confirmar diagnóstico*

Reactivos críticos	Frecuencia	Última vez
2: Rayar, marcar, pinchar la piel 4: Impedir que sanen heridas 5: Sacarse sangre 6: Estrellar parte del cuerpo 7: Golpearse uno mismo 8: Morderse 11: Otras (especificar)	Una frecuencia mayor a 5 (puntaje de 3 en adelante) indica la necesidad de explorar a fondo la intencionalidad, especialmente si concurren autolesiones severas.	Significativo si la última autolesión ocurrió en el último mes. Si ocurrió posteriormente es necesario obtener más información.

***NOTA:**

1. Se requiere confirmar que se trata de autolesiones intencionales que buscan reducir estados emocionales displacenteros.

FORMA DE CALIFICAR LA CÉDULA

1. Con la finalidad de obtener puntuaciones en una escala continua, solo se consideran para la calificación las autolesiones SEVERAS (reactivos 1, 3, 9, 10 y 12).
2. Cada reactivo se contesta en tres secciones.
 - a. Sección 1: ¿Alguna vez? SI/NO
 - b. Sección 2: ¿Cuántas veces lo has hecho?
 - c. Sección 3: ¿Cuándo fue la última vez?
3. La respuesta NO en la sección 1 equivale a un puntaje de cero en cualquier reactivo.
4. La sección que se considera para puntuar es la sección 2: ¿Cuántas veces lo has hecho? Los puntajes se asignan para cada reactivo de la forma siguiente:
 - a. 1 equivale a 1
 - b. 2-5 equivale a 2
 - c. 6-10 equivale a 3
 - d. +10 equivale a 4
 - e. +20 equivale a 5
5. La puntuación máxima es de 25 puntos
6. Respecto a la tercera sección, ¿Cuándo fue la última vez?, para mi investigación consideraré solo las autolesiones significativas en el último mes. Esta sección permite establecer un criterio temporal y determinar las puntuaciones en base a este criterio.
7. Con relación al resto de reactivos, considerados como autolesiones menores, o bien, que requieren información adicional: 2, 4, 5, 6, 7, 8 y 11, se requiere preguntar a la persona acerca de la pauta de autolesiones que mantiene, para ello deben cubrir el criterio conceptual.
8. El reactivo 13 permite establecer el inicio de las autolesiones. Su empleo es de tipo informativo pues no contribuye a la puntuación.

A-DES ESPAÑOL-MÉXICO

INSTRUCCIONES: Para cada de las afirmaciones de abajo marca el número que mejor defina con cuánta frecuencia te ha sucedido alguna de las siguientes experiencias. Tacha en cero si nunca te ha sucedido; en 10 si te pasa siempre. Si te ocurre en ocasiones pero no todo el tiempo, tacha el número entre 1 y 9 que mejor describa qué tan seguido te pasa. Cuando respondas, sólo describe cuánto de esa experiencia te sucede sin haber consumido alcohol o drogas.

¿Qué tan seguido te ocurre sin haber consumido alcohol o drogas?

	NUNCA										SIEMPRE											
1.- Me absorbe tanto ver la TV, leer o jugar videojuegos que no tengo ni idea de lo que pasa a mi alrededor.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.- Me han regresado exámenes o tareas que no recuerdo haber hecho.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.- Tengo sentimientos fuertes que no parece que sean míos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.- Puedo hacer algo muy bien en una ocasión y luego, no lo puedo volver a hacer en otra ocasión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.- La gente me dice que hago o digo cosas que no recuerdo haber hecho o dicho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.- Me siento como si estuviera en la niebla y las cosas a mi alrededor parecen irreales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.- Me siento confundid@ acerca de si hice algo o si sólo pensé en hacerlo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.- Miro el reloj y me doy cuenta de que pasó el tiempo y no puedo recordar qué sucedió	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.- Escucho voces en mi cabeza que no son mías	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.- Cuando estoy en un lugar donde no quiero estar, puedo perderme en mis pensamientos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11.- Soy tan buen@ mintiendo y actuando que hasta yo mism@ me la creo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.- Me sorprende a mí mism@ como “despertando” en medio de algo que estoy haciendo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13.- No me reconozco a mí mism@ en el espejo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14.- Me encuentro yendo a algún lado o haciendo algo sin saber por qué	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

15.- Me encuentro en algún lugar y no me acuerdo cómo es que llegué ahí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16.- Tengo pensamientos que no parece que me pertenezcan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17.- Puedo hacer que el dolor físico desaparezca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18.- No puedo entender si las cosas realmente sucedieron o si solo las soñé o pensé en ellas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19.- Me encuentro haciendo algo que sé que está mal, aun cuando en realidad no lo quiero hacer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20.- La gente me dice que a veces me comporto tan diferente que parezco otra persona	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21.- Siento como si hubiera paredes dentro de mi cabeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22.- Encuentro escritos, dibujos o cartas que debo haber hecho yo, pero que no puedo recordar haber hecho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23.- Algo en mi interior parece obligarme a hacer cosas que no quiero hacer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24.- No puedo decir si algo solo lo estoy recordando o si realmente me está pasando en la actualidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25.- Me veo afuera de mi cuerpo, observándome a mí mismo como si fuera otra persona	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26.- Mis relaciones con mi familia y amigos cambian de repente y no sé por qué	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27.- Siento como si mi pasado fuera un rompecabezas y se hubieran perdido algunas piezas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28.- Me involucro tanto con mis juguetes o peluches que me parece que están vivos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29.- Siento como si hubiera diferentes personas dentro de mí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30.- Siento como si mi cuerpo no me perteneciera	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Escala de Plutchik

INSTRUCCIONES: Por favor, lee con atención las preguntas de abajo y contesta marcando con una **X** de acuerdo a la frecuencia con que te comportas de la manera descrita.

PREGUNTAS	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. ¿Te es difícil esperar en una fila?				
2. ¿Haces cosas sin pensarlas?				
3. ¿Gastas dinero sin control?				
4. ¿Haces planes antes de hacer algo?				
5. ¿Te alteras con facilidad?				
6. ¿Te resulta difícil controlar tus impulsos sexuales?				
7. ¿Dices lo primero que te viene a la mente?				
8. ¿Comes aunque no tengas hambre?				
9. ¿Actúas por impulso, sin pensar?				
10. ¿Terminas las cosas que empiezas?				
11. ¿Te resulta difícil controlar tus emociones?				
12. ¿Te distraes con facilidad?				
13. ¿Encuentras difícil permanecer quiet@ mientras estás sentad@?				
14. ¿Eres cuidados@ con las cosas que haces?				

TOTAL=

DX:

REREFENCIAS

- Albano, A., Kendall, P. (2002). Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Anxiety Disorders: Clinical Research and Advances. *International review of psychiatry*, 14, 129-134.
- Allen, C. (1995). Helping with deliberate self-harm: some practical guidelines. *Journal of Mental Health*, 4, 243-250.
- Armey, M., Crowther, J. (2008). A comparison of linear versus non-linear models of aversive self-awareness, dissociation, and non-suicidal self-injury among young adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 9-14.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Andover, M., Pepper, C., Ryabchenko, K., Orrico, E., Gibb, B. (2005). Self-Mutilation and Symptoms of Depression, Anxiety, and Borderline Personality Disorder. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35, 581-591.
- Armstrong, J., Putnam, F., Carlson, E., Libero, D., Smith, S. (1997). Development and Validation of a Measure of Adolescent Dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 185, 491-497.
- Barrett, P., Dadds, M., Rapee, R., (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 333-342.

- Beck, A. T., Steer, R. A., Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years later. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la depresión*. México: Desclee de Brouwer.
- Beidel, D., Turner, S., Morris, T. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072-1080.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México, *Salud Mental*, 31, 155-163.
- Bennun, I. (1984). Psychological models of self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14, 166-186.
- Boon, S., Steele, K., Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation*. USA: W W Norton & Co.
- Boudewyn, A., Liem, J. (1995). Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood, *Journal of Traumatic Stress*, 8, 445-459.
- Briere, J., Gil, E. (1998). Self-Mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68: 609- 620.

- Brittlebank, A., Cole, A., Hassanyeh, F., Kenny, M., Simpson, D., Scott, J. (1990). Hostility, hopelessness and deliberate self-harm: a prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 280-283.
- Brodsky, B., Cloitre, M., Dulit, R. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1788-1792.
- Brown, M., Comtois, K., Linehan, M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 198-202.
- Caballo, V., Salazar, I., Carrobles, J. (2001). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Chambless, D., Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chapman, A., Gratz, K., Brown, M. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behavior Research and Therapy*, 44, 371- 394.
- Child Sexual Abuse Task Force and Research & Practice Core, National Child Traumatic Stress Network. (2004). *How to Implement Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*. Durham, NC and Los Angeles, CA: National Center for Child Traumatic Stress.
- Clark, L. (1996). *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality. Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Closkey, M., Look, A., Chen, E., Pajoumand, G., Berman, M. (2012). Nonsuicidal Self-Injury: Relationship to Behavioral and Self-Rating Measures of Impulsivity and Self-Aggression. *Suicide and Life Threatening behavior*, 42, 197-209.
- Cohen, J., Mannarino, A., Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29, 135-145.
- Cohen, J., Deblinger, E., Mannarino, A., Steer, R. (2004). A Multi-Site, Randomized Controlled Trial for Children With Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of the American academy of Child and adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.
- Cooney, E., Davis, K., Thompson, P., Wharewera-Mika, J., Stewart, J. (2010). Fesiability of evaluating DBT for self-harming adolescents: a small randomized controlled trial. *The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development*. Recuperado de www.tepou.co.nz.
- Compton, S., March, J., Brent, D., Albano, A., Weersing, R., Curry, J. (2004). Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *Journal of the American academy of Child and adolescent Psychiatry*, 43, 930-959.
- Comtois, K. (2002). A Review of Interventions to Reduce the Prevalence of Parasuicide. *Psychiatric Services*, 53, 1138- 1144.
- Crawford, M., Thomas, O., Khan, N., Kulinskaya, E. (2007). Psychosocial interventions following self-harm. Systematic review of their efficacy in preventing suicide. *British Journal of Psychiatry*, 190, 11-17.
- Crouch, W., Wright, J. (2004). Deliberate Self-Harm at an Adolescent Unit: A Qualitative Investigation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 185-204.

- Crowell, S., Beauchaine, T., McCauley, E., Smith, C., Vasilev, C., Stevens, A. (2008). Parent-Child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 15-21.
- Cuellar, J., Curry, T. (2007). The Prevalence and Comorbidity between Delinquency, Drug Abuse, Suicidal Attempts, Physical and Sexual Abuse and Self-Mutilation Among Delinquent Hispanic Females. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 29*, 68-82.
- Curtois, C., Ford, J. (2009). Treating complex traumatic stress disorders. An evidence based guide. New York: The Guilford Press.
- D'Zurilla, T., Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*, 107-126.
- Diseth, T., Christie, H. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents- an overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry, 59*, 278- 292.
- Doctors, S. (1981). The symptom of delicate self-cutting in adolescent females: A developmental view. In S. C. Feinstein, J. G. Looney, A. Z. Schwartzberg, & A. D. Sorosky (Eds.), *Adolescent psychiatry* (Vol. 9, 443–460). Chicago: University of Chicago Press.
- Ellis, A., Grieger, R. (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva* (7a edición). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Evans, K. Tyrer, P., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., Dent, J., Tata, P., Thornton, S., Barber, J., Thompson, S. (1999). Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): A randomized controlled trial of a brief intervention with

- bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine*, 29, 19-25.
- Favazza, A. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 259-268.
- Favazza, A. (1996). *Bodies under siege*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Favazza, A., DeRosear, L., Conterio, K. (1989). Self-Mutilation and Eating Disorders. *Suicide and Life-Threat Behavior*, 19, 352-361.
- Favazza, A., Conterio, K. (1988). The Plight of Chronic Self-Mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24, 22-30.
- Firestone, R., Seiden, R. (1990). Suicide and the continuum of self-destructive behavior. *Journal of American College Health*, 38, 207-213.
- Friedberg, R., McCloure, J. (2002). *Práctica clínica de la terapia cognitiva con niños y adolescentes, conceptos esenciales*. México: Paidós.
- Gallop, R. (2002). Failure of the Capacity for self-soothing in women who have a History of Abuse and Self-Harm. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 80, 20-26.
- González-Forteza, C. (2006). *Factores protectores y de riesgo de depresión e intento suicida en adolescentes* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, UNAM.
- González-Forteza, C., Chávez-Hernández, A. M., Alvarez, M., Saldaña, A., Carreño, S., Pérez, R. (2005). Prevalence of deliberate self-harm in adolescents students in Guanajuato State, México: Measurement: 2003. *Social Behavior and Personality*, 33, 777-792.

- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M. E., Fleis, C., Bermúdez, P., Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25, 1-12.
- Gratz, K., Chapman, A. (2009). *Freedom from self-harm. Overcoming self-injury with skills from DBT and other treatments*. Oakland, USA: New Harbinger Publications.
- Gratz, K. (2007). Targeting Emotion Dysregulation in the Treatment of Self- Injury. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1091- 1103.
- Gratz, K. (2006). Risk Factors for deliberate Self-Harm among college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 238-250.
- Gratz, K., Gunderson, J. (2006). Preliminary data on Acceptance-Based Emotion Regulation Group intervention for Deliberate Self-Harm among women with Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35
- Gratz, K., Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gratz, K., Conrad, S., Roemer, L. (2002). Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among College Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 128-140.
- Gratz, K. (2001). Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253-263.
- Gross, J. (2010). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: The Guilford Press.

- Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D., Boerges, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1062–1069.
- Gutierrez, P., Osman, A., Barrios, F., Kopper, B. (2001). Development and initial validation of the Self-Harm Behavior Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 77, 475-490.
- Haines, J., Williams, C., Brain, K., Wilson, G. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 471-489.
- Harris, J. (2000). Self-Harm: Cutting the bad of me. *Qualitative Health Research*, 19, 164-173.
- Haugaard, J. (2004). Recognizing and Treating Uncommon Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescents Who Have Been Severely Maltreated: Dissociative Disorders. *Child Maltreatment*, 9, 146- 253.
- Hawton, J., Harris, L. (2008). Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 441-448.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., Weatherall, R. (2002). Deliberate Self Harm in Adolescents: Self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325, 1207- 1211.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., Bond, A. (2000). Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *Journal of Adolescence*, 23, 47-55.
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., Van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofsky, I., Traskman-Bendz, L. (1998) Deliberate self-harm: systematic review of

- efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441–447.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S. (1996). Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford, 1976-1993. *The British Journal of Psychiatry*, 169, 202-208.
- Heath, N., Toste, J., Zinck, L. (2008). An examination of non-suicidal self-injury among college students. *Journal of Mental Health Counselling*, 30, 1-20.
- Heath, N., Schaub, Holly y Nixon (2009). Self injury today. Review of population and clinical studies in adolescents. En Nixon, M. y Heath, N., *Self Injury in Youth (cap. 2)*: New York: Routledge.
- Hernández, C. (2007). *Estrategia de intervención para adolescentes en riesgo suicida* (Tesis Doctoral). Facultad de Psicología, UNAM.
- In-Albon, T., Schneider, S. (2007). Psychotherapy for Childhood Anxiety Disorders: A Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 15-24.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Grado promedio de escolaridad de la población de 15 y más años*. Recuperado del sitio de internet www.inegi.org.mx/
- Izutsu, T., Shimotsu, S., Matsumoto, T., Okada, T., Kikuchi, A., Kojimoto, M., Noguchi, H., Yoshikawa, K. (2006). Deliberate Self-Harm in Junior High School Students. *European Child And Adolscent Psychiatry*, 15, 172-176.
- Jacobsen, C., Muehlenkamp, J., Miller, A. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 363-375.

- James, A., Taylor, A., Winmill, L., Alfoadari, K. (2008) A Preliminary Community Study of Dialectical Behaviour Therapy (DBT) with Adolescent Females Demonstrating Persistent, Deliberate Self-Harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 148–152.
- James, A., Soler, A., Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 4: CD004690. DOI: 10.1002/14651858.CD004690.pub2
- Jeglic, E., Vanderhoff, H., Donovan, P. (2005). The Function of Self Harm Behavior in a Forensic Population. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 131-142.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loparena, V., Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26- 31.
- Jurado C. S., Campos C. P. y Cruz V. A. (inédito) Estandarización del Inventario de Depresión de Beck II en Residentes de la Ciudad de México. Su utilidad para la Psicología Basada en la Evidencia.
- Kaplan, C., Thompson, A., Searson, S. (1995). Cognitive Behavior Therapy in Children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 73: 472-475.
- Katz, L., Cox, B., Gunnasekara, S., Miller, A. (2004). Feasibility of Dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 276-282.

- Keijsers, G., Minnen, A., Hoogduin, C., Klaassen, B., Hendriks, M., Jacobs, J. (2006). Behavioural treatment of trichotillomania: Two-year follow-up results. *Behavior Research and Therapy*, 44, 359-370.
- Kendall, P., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S., Southam-Gerow, M., Henin, A., Warman, M. (1997). Therapy for Youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kendall, P. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P., Kane, M., Howard, B., Siqueland, L. (1990). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Treatment manual*. Philadelphia: Department of Psychology, Temple University.
- Klein, J., Jacobs, R., Reinecke, M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: a meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1403-1413.
- Klonsky, D., Muehlenkamp, J., Lewis, S., Walsh, B. (2011). Nonsuicidal Self-Injury. *Advances in Psychotherapy*. USA: Hogrefe.
- Klonsky, D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect regulation. *Psychiatry Research*, 166, 260-268.

- Klonsky, D., Olino, T. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 22-27.
- Klonsky, D., Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 192*, 166-170.
- Klonsky, D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*, 226-239.
- Klonsky, D., Muehlenkamp, J. (2007). Self-Injury: A research Review for the Practitioner. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 1045-1056
- Klonsky, E., Oltmanns, T., Turkheimer, E. (2003). Deliberate Self Harm in a non-clinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1501- 1508.
- Kluft, R. (2000). The psychoanalytic psychotherapy of dissociative identity disorder in the context of trauma therapy. *Psychoanalytic Inquiry, 20*, 259-286.
- Kluft, R. (1992). The use of hypnosis with dissociative disorders. *Psychiatric Medicine, 10*, 31- 46.
- Kozlowska, K. (2007). The Developmental origins of conversion disorders. *Clinical Child and Adolescent Psychiatry, 12*, 487-510.
- Kress, E., Hoffman, A. (2008). Non-suicidal self-injury and motivational interviewing: enhancing readiness for change. *Journal of Mental Health Counseling, 30*, 311-329.

- Laye-Gindhu, A., Schonert-Reichel, K. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the "whats" and "whys" of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447-457.
- Levenkron, S. (2006). *Cutting. Understanding and Overcoming Self-Mutilation*. New York: W.W. Norton & Company.
- Levitt, J., Sansone, R., Cohn, L. (2004). *Self Harm Behavior and Eating Disorders. Dynamics, Assessment and Treatment*. New York: Brunner-Routledge.
- Lewinsohn, P., Clarke, G. (1999). Psychosocial Treatments for Adolescent Depression. *Clinical Psychology Review*, 19, 329-342.
- Lewis, S., Santor, D. (2008) Development and validation of the self-harm reasons questionnaire. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 38, 104-115.
- Linehan, M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H., Korslund, K., Tutek, D., Reynolds, S., Lindenboim, N. (2006). Two year randomized controlled trial and follow up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Linehan, M. (1993a). *Skills Training Manual for Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

- Lloyd-Richardson, E., Perrine, N., Dierker, L., Kelley, M. (2007). Characteristics and functions of nonsuicidal selfinjury in a Community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37, 1183- 1192.
- Lloyd, E. (1998). Self-mutilation in a community sample of adolescents (Doctoral dissertation). Louisiana State University . *Dissertation Abstracts International*, 58, 5127.
- Lun, L. (2008). A cognitive model of peritraumatic dissociation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 8, 297–307
- Marín, M., Robles, R., González-Forteza, C., Andrade-Palos, P. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35, 521-526.
- Massachusetts Department of Education (2006). 2006 Massachusetts Youth Risk Bahavior Survey Results. Recuperado de <http://www.westford.mec.edu/yrbs/docs/yrbs06.pdf>
- Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Chiba, Y., Asami, T., Iseki, E., Hirayasu, Y. (2004) Patterns of self-cutting: A preliminary study on differences in clinical implications between wrist and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 377–382.
- Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Chiba, Y., Asami, T., Iseki, E., Hirayasu, Y. (2005) Self-burning versus self-cutting: Patterns and implications of self-mutilation; a preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in a Japanese juvenile detention center. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 62-69.

- Mc Kay, M., Wood, J., Brantley, J. (2007). *The dialectical Behavior Therapy Skills Workbook*. California: New Harbinger Publications Inc.
- Mendoza, Y., Pellicer, F. (2002). Percepción del dolor en el Síndrome de Comportamiento Autolesivo. *Salud Mental*, 25, 10-16.
- Messer, J., Fremouw, W. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 162-178.
- Michael, K., Crowley, S. (2002). How effective are treatment for child and adolescent depression?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 22, 247-269.
- Michelmore, L., Hindley, P. (2012). Help-Seeking for Suicidal Thoughts and Self-Harm in Young People: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 507-524.
- Miller, A., Rathus, J., Linehan, M., Wetzler, S., Leigh, E. (1997). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 3, 78-86.
- Miller, F., Bashkin, E. (1974). Depersonalization and self-mutilation. *Psychoanalytic Quarterly*, 43, 638-649.
- Muehlenkamp, J., Walsh, B., McDade, M. (2010). Preventing Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: The Signs of Self-Injury Program. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 306-314.
- Muehlenkamp, J., Gutiérrez, P. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in nonsuicide self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 69-82.
- Muehlenkamp, J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28, 166-185.

- Muehlenkamp, J., Gutiérrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 12-24.
- Nauta, M. (2005). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Assessment, cognitive behavioural therapy, and predictors of treatment outcome*. USA: Febodruk Enschede.
- Nemzer, E. (1998). Psychopharmacological interventions for children and adolescents with dissociative disorders. En Silberg, J.: *The dissociative child: Diagnosis, treatment & management*. 2nd ed. (pp. 231-272). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Nixon, M., Heath, N. (2009). *Self Injury in Youth. The Essential Guide to Assessment and Intervention*. New York: Routledge, Taylor y Francis Group.
- Nixon, M., Cloutier, P., Jansson, S. (2008). Nonsuicidal Self Harm in youth: A population based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178, 306-312.
- Nixon, M., McLagan, L., Landell, S., Carter, A., Deshaw, M. (2004). Developing and piloting community based self-injury treatment groups for adolescents and their parents. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13, 62-67.
- Nixon, M., Cloutier, P., Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 41, 1333-1341.
- Nock, M, Favazza, A., (2009). *Non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Nock, M., Hollander, M. (2007). Psychological Treatment of Self Injury Among Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1081-1089.
- Nock, M., Joiner, T., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E., Prinstein, M. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.
- Nock, M., Prinstein, M. (2005). Contextual features and Behavioral Functions of Self-Mutilation among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*. 114, 140-146.
- Nock, M., Prinstein, M. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885- 890.
- Ogawa, J., Sroufe, L., Weinfield, N., Carlson, E., Egeland B. (1997). Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development Psychopathology*, 9, 855-879.
- Oldershaw, A., Simic, M., Grima, E., Jollant, F., Richards, C., Taylor, L., Schmidt, U. (2012). The Effect of Cognitive Behavior Therapy on Decision Making in Adolescents who Self-Harm: A Pilot Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 255- 265.
- Ollendick, T., King, N. (2004). Empirically supported treatments for children and adolescents: advances toward evidence- based practice. En Barret & Ollendick *Handbook of interventions that work with children and adolescents: prevention and treatment*. USA: John Wiley & Sons.
- Olson, L., Houlihan, D. (2000). A review of Behavioral Treatments used for Lesch-Nyhan Syndrome. *Behavior Modification*, 24, 202-222.
- Oltsmanns, T., Emery, R. (1995). *Abnormal Psychology*. New Jersey: Prentice Hall.

- Páez, F., Jiménez, A., López, A., Raull, J., Ortega, H., Nicolini, H. (1996). Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. *Salud Mental (suplemento octubre)*, 10-12.
- Pais, S. (2009). A Systemic Approach to the Treatment of Dissociative Identity Disorder *Journal of Family Psychotherapy*, 20, 72–88.
- Perseius, K., Ojehagen, A., Ekdahl, S., Asberg, M., Samuelsson, M. (2003). Treatment of suicidal and deliberate self-harming patients with borderline personality disorders using dialectical behavior therapy: The patients' and the therapists' perceptions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 218-227.
- Plutchik, R., van Praag, H. (1989). The Measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 13, 23-34.
- Prinstein, M. (2008). Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal self-injury: A review of unique challenges and important directions for self-injury science. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1-8.
- Rathus, J., Miller, A. (2002). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 32, 146-157.
- Reinecke, M., Ryan, N., DuBois, D. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 26-34.
- Robins, C., Chapman, A. (2004). Dialectical Behavior Therapy: Current status, recent developments and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18, 73-89.

- Robles, R., Páez, F., Marín, M. (2011). Trastornos disociativos y somatomorfos. En Caballo, V., Salazar, I., Carrobbles, J. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.
- Rodham, K., Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. En M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 37-62). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rodham, K., Hawton, K., Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self harm: Comparison of self poisoners and self cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 80-87.
- Rollnick, S., Miller, R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Rosen, P., Walsh, B., Rode, S. (1990). Interpersonal loss and self-mutilation. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 20, 177-184.
- Rosen, P., Walsh, B. (1989). Patterns of contagion in self mutilation epidemics. *American Journal of Psychiatry*, 146, 656-658.
- Ross, S., Heath, N. (2002). A study of frequency of self mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67-77.

- Rothschild, D. (2009). On Becoming One-Self: Reflections on the Concept of Integration as Seen Through a Case of Dissociative Identity Disorder. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 175–187.
- Santa Mina, E., Baan, R., Gallop, R., Links, P., Heslegrave, R., Pringle, D., Wekerle, C., Grewal, P. (2006). The Self-Injury Questionnaire: Evaluation of the psychometric properties in a clinical population. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 221-227.
- Santos, D. (2011). *Autolesión, qué es y cómo ayudar* (primera edición). México, DF: Ficticia.
- Santos, D. (abril 2008). *Trabajo terapéutico con gente que se autolesiona*. Presentado en el Taller para terapeutas, Alía, información y apoyo. México, DF.
- Santos, D. (2006). *Encuesta vía Internet para conocer la conducta de auto-lesión en países hispanohablantes*. Trabajo presentado en el XIV Congreso Mexicano de Psicología. Sociedad Mexicana de Psicología, Jalisco, México.
- Saxe, G., Chawla, N., Van der Kolk, B. (2002). Self destructive behavior in dissociative disorders. *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 32, 313-320.
- Shortt, A., Barret, P., Fox, T. (2001).Evaluating the FRIENDS program: A cognitive behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30. 525-535.
- Silberg, J. (2000). Fifteen years of dissociation in maltreated children: Where do we go from here? *Child Maltreatment*, 5, 119-136.
- Simeon, D., Favazza, A. (2001). Self-Injurious behaviors, phenomenology and assessment. En Simeon y Hollander (Eds). *Self-Injurious behaviors, assessment and treatment*. Washington DC: American Psychiatric Association.

- Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J., Winchel, R., Stanley, M. (1992). Self-mutilation in personality disorders: Psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 149, 221-226.
- Singh, N., Lancioni, G., Winton, A., Fisher, B., Whaler, R., Mcaleavey, K., Singh, J., Sabaawi, M. (2006). Mindful Parenting Decreases Aggression, Noncompliance, and Self-Injury in Children with Autism. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14, 169-177.
- Slee, N., Garnefski, N., Van der Leeden, R., Arensman, E., Spinhoven, P. (2008). Cognitive Behavioral Intervention for self harm: randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 202-211.
- Slee, N., Garnefski, N., Spinhoven, P., Arensman, E. (2008). The Influence of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depression Severity on Deliberate Self-Harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 274-286.
- Speckens, A., Hawton, K. (2005). Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 365-387.
- Spirito, A., Boergers, J., Donaldson, D., Bishop, D., Lewander, W. (2002). An intervention trial to improve adherence to community treatment by adolescents after a suicide attempt. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 435-442.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, N., Rodhe, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 486-503.

- Suyemoto, K. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531-554.
- Thompson, R. (1994). Emotion Regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child and Development*, 52, 25-52.
- Tolmunen ,T., Rissanen, M., Hintikka, J., Maaranen, P., Honkalampi, K., Kylma, J., Laukkanen, E. (2008). Dissociation, Self-Cutting and other Self-Harm Behavior in a General Population of Finnish Adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 768-771.
- Townsend, E., Walker, D., Sargeant, S., Vostanis, P., Hawton, K., Stocker, O., Sithole, J. (2010). Systematic review and meta-analysis of interventions relevant for Young offenders with mood disorders, anxiety disorders, or self-harm. *Journal of Adolescence*, 33, 9-20.
- Tryer, P., Thompson, S., Schmidt, U., Jones, V., et al. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: The POMPACT study. *Psychological Medicine*, 33, 969-976.
- Van Camp, I., Desmet, M., Verhaeghe, P. (2011). *Gender Differences in Non-Suicidal Self- Injury: Are They on the Verge of Leveling Off?* 2nd International Conference on Behavioral, Cognitive and Psychological Sciences. IPCSIT 23.
- Van der Kolk, B. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self- Regulation, stimulus discrimination, and characterological development. En: Van der Kolk, Mc Farlane A, Weisaeth L (eds.). *Traumatic Stress: The Effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Guilford Press.

- Van der Kolk, B., Perry, C., Herman, J. (1991). Childhood Origins of Self-Destructive Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. (2006). *The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton & Company Inc.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W. (1997). *Trauma, Dissociation and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders*. Pennsylvania: Brunner/Mazel Publishers.
- Verheul, R., Van des Bosch, L., Koeter, M., Ridder, M., Stijnen, T., Van den Brink, W. (2003). Dialectical Behavior Therapy for women with borderline personality disorder. 12 months randomized clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Walsh, B. (2007). Clinical Assessment of Self-Injury: A practical Guide. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 63, 1057-1068.
- Walsh, B. (2006). *Treating self-Injury. A Practical Guide*. New York: The Guilford Press.
- Walsh, B., Rosen, P. (1988). *Self-Mutilation: Theory, Research and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Weaver, T., Chard, K., Mechanic, M., Etzel, J. (2004). Self Injurious behaviors, PTSD arousal, and General Health Complaints within a Treatment Seeking Sample of Sexually Abused Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 558-575.
- Weersing, R., Iyengar, S., Kolko, D., Birmaher, B., Brent, D. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for Adolescent Depression: A benchmarking Investigation. *Behavior Therapy*, 37, 36-48.

- Weierich, M., Nock, M. (2008). Posttraumatic Stress Symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 39-44.
- Weinberg I, Gunderson J, Hennen J, Cutter C (2006). Manual Assisted Cognitive Treatment for Deliberate Self-harm in Borderline Personality Patients. *Journal of Personality Disorders*, 20, 482-492.
- Weisz, J., Mccarty, C., Valery, S. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 132-149.
- Weisz, J. (2004). *Psychotherapy for Children and Adolescents. Evidence based Treatments and Case Examples*. UK: Cambridge University Press.
- Weisz, J., Weiss, B., Han, S., Granger, D., Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.
- Weisz, J., Weiss, B., Alicke, M., Klotz, M. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 27, 542-549.
- Whitlock, J. L., Knox, K. (2007). The relationship between suicide and self-injury in a young adult population. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161, 634-640.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., Silverman, D. (2006). The epidemiology of self-injurious behavior in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939-1948.

- Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A., Harrington, R. (2001). Randomized Trial of Group Therapy for Repeated Deliberate Self-Harm in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1246–1253.
- Woods, J. (1988). Layers of meaning in self-cutting. *Journal of Child Psychotherapy*, 14, 51-60.
- Yates, T., Carlson, T., Egeland, B.(2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, 20, 651-671.
- Zlotnick, C., Shea, T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse and self mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 12-16.
- Zoroglu, S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savas, H., Ozturk, M., Alyanak, B., Kora, M. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high schoolstudents in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 119 –126.

CEDULA DE AUTOLESION

INSTRUCCIONES: Por favor, contesta cada pregunta en las secciones SI/NO indicadas (primeras 12 preguntas), marcando con una **X** donde corresponda. Contesta "SI" a aquello que hayas hecho intencionalmente, con un **claro propósito de lastimarte/herirte pero sin intención de quitarte la vida**. Si contestaste que SI a alguna pregunta, aclara tu respuesta con las dos secciones siguientes (¿cuántas veces lo has hecho? y ¿cuándo fue la última vez?), marca solo una opción por sección. Si contestaste que NO, pasa a la siguiente pregunta. Contesta la pregunta 13 marcando sólo una opción de respuesta según aplique.

Nombre	Edad	Sexo (H/M)	Fecha	Escuela	Grupo
--------	------	------------	-------	---------	-------

No.	¿Has hecho alguna de estas acciones a propósito pero sin querer quitarte la vida?	¿Alguna vez?		¿Cuántas veces lo has hecho?					¿Cuándo fue la última vez?				
									Hoy	Esta semana	Este mes	Este año	+ de 1 año
1	Cortarte hasta lastimarte/sangrar la piel	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
2	Rayar, marcar, pinchar tu piel (SIN sangrar)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
3	Quemarte (con cigarros u otro objeto)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
4	Impediste que sanaran tus heridas	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
5	Sacarte sangre	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
6	Estrellaste tu cabeza o alguno de tus miembros contra un objeto/pared para lastimarte	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
7	Te golpeaste con las manos o con un objeto hasta dejarte un moretón o cicatriz	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
8	Te mordiste al grado de hacer que sangrara tu piel	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
9	Frotaste tu piel con objetos punzantes (vidrios, fichas)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
10	Usaste ácido u otra sustancia agresiva para frotar tu piel	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
11	Hiciste cualquier otra cosa para lastimarte a propósito (anótala aquí)	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
12	Necesitaste tratamiento por alguna de estas conductas	NO	SI	1	2-5	6-10	+10	+20					
13	Si alguna vez has hecho alguna de las conductas descritas ¿qué edad tenías al hacerlo la primera vez? Marca una	Nunca lo he hecho		9 o menos		10	11	12	13	14	15	16+	