



**TRABAJO FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA**

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA  
NARRATIVA SOBRE LA  
AUTOLESIÓN NO SUICIDA**

Alumna: Selene Arrieta Castellanos

Tutora: María Elena Casado Aparicio

## ÍNDICE

<b>1. ABREVIATURAS</b> .....	3
<b>2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE</b> .....	4
<b>3. INTRODUCCIÓN</b> .....	5
3.1. Evolución de la autolesión no suicida .....	5
3.2. Epidemiología.....	8
3.3. Justificación .....	9
3.4. Objetivos.....	10
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	11
<b>5. DESARROLLO</b> .....	14
5.1. Resultados.....	14
5.1.1. Autolesión no suicida y suicidio.....	14
5.1.2. Autolesión no suicida y salud mental .....	15
5.1.3. Funciones de la autolesión no suicida.....	16
5.1.4. Autolesión no suicida como práctica comunicativa .....	19
5.1.5. Autolesión no suicida y el contexto social .....	20
5.1.6. Autolesión no suicida y estigma .....	20
5.1.7. Actitudes de los profesionales sanitarios .....	22
5.1.8. Formación de los profesionales sanitarios .....	23
5.1.9. Tratamientos actuales .....	24
5.1.10. De la prevención a la reducción del daño .....	26
5.2. Discusión .....	29
5.2.1. Limitaciones del estudio .....	29
5.2.2. Directrices para futuros estudios .....	29
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	30
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	34

## 1. ABREVIATURAS

**ANS:** Autolesión no suicida

**NSSI:** Nonsuicidal self-injury

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**TLP:** Trastorno límite de la personalidad

**MeSH:** Medical Subject Headings

**DeCS:** Descriptores en Ciencias de la Salud

## 2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La autolesión no suicida (ANS) se ha incorporado como una condición con diagnóstico propio recientemente. Se ha convertido en un problema de salud pública con una prevalencia creciente que comporta múltiples consecuencias, haciendo esencial su estudio. Para ello, es fundamental atender a las múltiples funciones que desempeña la ANS según la literatura. Se considera un mecanismo de afrontamiento cuyo objetivo principal es el alivio del dolor emocional, siendo la lesión física su expresión. Además, es imprescindible interpretarla de forma contextualizada porque está estrechamente ligada a las experiencias sociales.

Por otro lado, el estigma que envuelve a la ANS tiene como resultado la ocultación del comportamiento y, consecuentemente, la ausencia o retraso de búsqueda de ayuda. Del mismo modo, las actitudes de los profesionales sanitarios son comúnmente negativas, constituyendo una barrera para una atención sanitaria de calidad. La formación específica en ANS parece reducir dichas actitudes al combatir el estigma e incrementar la comprensión del comportamiento autolesivo.

Las alternativas terapéuticas se dirigen a la prevención de la ANS, pero diversos motivos advierten que este enfoque terapéutico presenta inconvenientes. La recuperación debe encaminarse a abordar las causas subyacentes generadoras del sufrimiento.

El propósito de la presente revisión bibliográfica, por tanto, es explorar el sentido de esta respuesta a la angustia para favorecer su comprensión y, por ende, mejorar así su cuidado.

**Palabras clave:** autolesión no suicida, mecanismo de afrontamiento, sufrimiento.

## ABSTRACT

Nonsuicidal self-injury (NSSI) has recently been incorporated as a condition with its own diagnose. It has become a public health issue with an increasing prevalence and multiple consequences, all this making essential its study.

It's fundamental to attend to the multiple functions that NSSI performs, according to the literature. It's considered a coping mechanism with the main goal of achieving relief of emotional pain, being the physical injury its expression. It's also essential to assess NSSI in its context due to its narrow connection with social experiences.

On the other hand, the stigma in which NSSI is involved in, results in a behaviour concealment and consequently, in the lack or delay of seeking assistance. At the same time, the attitude of healthcare professionals towards this issue tends to be negative, thus constituting a barrier to the quality of healthcare assistance. Specific training in NSSI seems to reduce this attitude by overcoming the stigma and increasing the understanding of this self-harming behaviour.

Therapeutic alternatives are aimed at the prevention of NSSI. However, for multiple reasons it's warned that this approach raises different issues. The recovery must be aimed at addressing the underlying causes that promote this suffering, thus of NSSI.

The purpose of this bibliographic review is therefore, to explore the sense of this response to distress for its further understanding, hence, improving the patient care.

**Keywords:** nonsuicidal self-injury, coping mechanism, suffering.

### 3. INTRODUCCIÓN

#### 3.1. Evolución de la autolesión no suicida

El interés por los comportamientos autolesivos comenzó a principios del siglo XX, destacando la figura del psicoanalista Karl Menninger. En 1938, Menninger intentó describir por primera vez este comportamiento en su libro *El hombre contra sí mismo* utilizando la expresión “automutilación” para referirse a una forma de “suicidio atenuado”. Posteriormente, todas las formas de conductas autolesivas se entendieron como intentos de suicidio, independientemente de la existencia o ausencia de dicha intención. Sin embargo, algunos autores manifestaron su disconformidad con este enfoque, declarando que la mayoría de los individuos con conductas autolesivas no tienen intención de suicidarse. El debate se ha reflejado en la evolución de la terminología utilizada en la literatura, dando lugar a variedad de conceptos como “automutilación”, “parasuicidio”, “autolesión deliberada” o “autolesión deliberada no fatal”, entre otros.<sup>1,2</sup>

A lo largo del tiempo, muchos autores han defendido la necesidad de incorporar la autolesión como una entidad con diagnóstico propio. Los primeros intentos para definir este comportamiento fracasaron porque incluían el intento de suicidio en la definición. A partir de este momento, se comenzó a diferenciar el suicidio de las autolesiones. A principios de 1980, Pattison y Kahan propusieron el “síndrome de autolesión deliberado”, caracterizado por la incapacidad de resistir el impulso de autolesionarse, la presencia de un estado negativo previo y un estado de alivio tras el acto. Seguidamente, Favazza y Rosenthal sugirieron la inclusión en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) del “síndrome de automutilación repetitiva” agregando a la definición anterior la preocupación de hacerse daño. En 2005, Muehlenkamp resaltó la ausencia de intención suicida consciente y la preocupación por la repetitividad del comportamiento. Shaffer y Jacobson sugirieron varias razones para clasificar la autolesión de forma independiente, entre ellas, la asociación de la conducta con deterioro clínico y funcional, la evidencia de que no debe entenderse exclusivamente como un síntoma del trastorno límite de la personalidad (TLP) y la necesidad de distinguir entre autolesión y suicidio, señalando además que, su identificación como una categoría diagnóstica propia, favorecería la investigación del comportamiento para su mejor comprensión.<sup>2,3</sup>

Finalmente, en 2013, debido a la prevalencia y la gravedad de la conducta, se introduce la autolesión como una categoría diagnóstica específica en el DSM-5 como una condición que requiere más estudio, bajo la denominación de trastorno de la autolesión no suicida, lo que ha permitido esclarecer la actual definición.

Se entiende la ANS como cualquier comportamiento que causa una destrucción leve-moderada inmediata de la superficie corporal, ocasionando sangrado, hematoma o dolor, y realizada de manera deliberada, autodirigida, directa y en ausencia de intencionalidad suicida.

El término deliberada hace alusión a la voluntariedad del acto, no considerándose ANS si ocurre accidentalmente. Autodirigida obliga a que la conducta la presente uno mismo sobre sí mismo, excluyéndose cualquier acción realizada sobre otra persona. Directa expresa la necesidad de que la lesión acontezca inmediatamente después de la acción (por ejemplo, sangre inmediatamente después del corte). Y la ausencia de intencionalidad suicida indica que su finalidad no es la muerte.<sup>1</sup>

Entre los métodos referidos se encuentran cortar, quemar, morder, rasgar o golpear. El método más documentado es el corte (más del 70%), aunque la mayoría declaran el empleo de varios métodos. Las zonas del cuerpo sobre las que se inflige el daño habitualmente son los brazos, las piernas, las muñecas y el estómago.<sup>2,4</sup>

Con esta definición quedan excluidos del diagnóstico de ANS comportamientos que podrían entenderse como tal. Por ejemplo, es el caso del autoenvenenamiento porque incumple con el requisito de ser directo (la ingesta de la sustancia no conlleva un daño inmediato); morderse los labios o las uñas, raspase las costras o arrancarse el cabello se descartan porque no producen destrucción del tejido corporal, y cuando lo producen se justifican con otros diagnósticos por su gravedad (por ejemplo, tricotilomanía para la extracción del cabello); los comportamientos estereotípicos (por ejemplo, golpes repetitivos en la cabeza) quedan excluidos porque se realizan con alta frecuencia, se les atribuyen funciones distintas a las de la ANS o tienen lugar frente a otras personas. Por último, existen conductas como el alcoholismo, la drogadicción, las prácticas de riesgo o los trastornos de la conducta alimentaria que, a pesar de causar daño físico, no entran dentro del concepto de ANS porque se asume que producir daño no es el motivo primario del comportamiento y, además, son indirectos.<sup>1</sup>

<b>CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA ANS SEGÚN DMS-5</b>	
A	Actos autoinfligidos (como cortar, quemar o golpear) con la intención de causar daño físico moderado (hematoma, sangrado o dolor) que ocurren mínimo cinco días durante el último año.
B	La ANS se realiza con la expectativa de que al menos una de las siguientes consecuencias ocurra después: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alivio de sentimientos o pensamientos negativos.</li> <li>- Resolución de un problema interpersonal.</li> <li>- Inducir un estado positivo.</li> </ul>
C	Al menos uno de los siguientes ocurre inmediatamente antes de la ANS: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimientos o pensamientos negativos (angustia, enfado, ansiedad, tensión, autocrítica).</li> <li>- Preocupación por el comportamiento autolesivo planificado difícil de controlar.</li> <li>- Pensamientos frecuentes de ANS, incluso si no se actúa en consecuencia.</li> </ul>
D	Se excluye el comportamiento socialmente sancionado (tatuaje o la perforación del cuerpo), así como el daño autoinfligido realizado en un contexto cultural o religioso. Se descartan los comportamientos comunes y leves, como morderse las uñas y arrancarse las costras.
E	La ANS resulta en angustia clínicamente significativa o interfiere en el funcionamiento de áreas importantes de la vida (social, laboral, académica).
F	La ANS no puede explicarse mejor por otro trastorno mental o diagnóstico médico. Se requiere que la conducta autolesiva no ocurra exclusivamente durante episodios psicóticos, intoxicación, síndrome confusional o abstinencia de sustancias. No es estereotipado ni repetitivo. <sup>1,4</sup>

### 3.2. Epidemiología

La prevalencia de la ANS ha experimentado un incremento significativo, convirtiéndose en un problema de salud pública. Algunos datos aluden a que el 4% de la población general refiere antecedentes de ANS.<sup>2,4</sup>

Según un análisis por edad, la ANS es infrecuente en la infancia, aumentando considerablemente en la adolescencia. La edad de inicio se sitúa entre los 12 y 16 años. La prevalencia es del 13-45% en adolescentes, el 5-35% en jóvenes y el 4-23% en adultos. Cabe señalar que la amplitud de los intervalos se debe a que los datos proceden de diferentes estudios de múltiples países con muestras heterogéneas.<sup>2,4</sup> En España, aunque existen pocos estudios epidemiológicos, se revela que el 32,7% de una muestra de entre 18 y 30 años se autolesionan, y el 68% había experimentado un episodio en el último año.<sup>5</sup>

Existen escasos estudios sobre la ANS en la población adulta lo que provoca un descenso de la prevalencia en este rango de edad, sesgado por diversos motivos.<sup>4</sup> Algunos de ellos son la falta de difusión de la existencia de este comportamiento en la población adulta porque la ANS tiene mayor aceptación social en los jóvenes al justificarse como “un comportamiento normal de adolescentes”; una menor predisposición a revelar la conducta debido al sentimiento de vergüenza porque los adultos deben ser los “modelos a seguir”; o su infrarrepresentación a causa de la ausencia de búsqueda de ayuda como consecuencia del estigma. No obstante, parece ser que la letalidad de la ANS es mayor en la población adulta.<sup>6</sup>

Los métodos mayormente empleados por las mujeres son cortarse o rascarse, mientras que los hombres utilizan principalmente golpearse o quemarse.<sup>2,4,7</sup> Con respecto a diferencias en la prevalencia según género, la literatura es inconsistente. Algunos estudios afirman que no hay diferencias, pero otros declaran que la prevalencia es mayor en mujeres (1,5 veces mayor). Algunas de las explicaciones son que los hombres son menos propensos a buscar atención sanitaria, quedando subestimados en las muestras clínicas, o que en la población masculina estas conductas están socialmente más aceptadas, viéndose como comportamientos masculinos “normales”, mientras que en la población femenina la ANS se asocia a emociones negativas, contemplándose como un comportamiento que requiere intervención.<sup>7</sup> A ello se suma que la ANS se ha asociado habitualmente al corte, método empleado principalmente por mujeres, o que la ANS se ha considerado un comportamiento femenino, centrándose los estudios en muestras de mujeres.<sup>2</sup> Todo ello, ha podido contribuir a una sobrerrepresentación de la población femenina.

Entre las consecuencias de la ANS se encuentran las lesiones físicas, la interferencia en el ámbito social, laboral o académico (calidad de vida), el suicidio o el coste económico (visitas a emergencias, hospitalización, seguimiento, tratamiento).<sup>3,7</sup>

A pesar de estos datos, las estimaciones epidemiológicas sobre la ANS pueden ser no reales porque existen casos que no precisan de atención sanitaria y, sobre todo, porque es



mayoritariamente un comportamiento oculto como se expondrá posteriormente. Por lo tanto, los datos disponibles derivan de la minoría de autolesiones registradas.

### **3.3. Justificación**

Hasta muy recientemente, la conducta autolesiva no se ha examinado como una condición independiente. Habitualmente, la ANS y el suicidio han sido comportamientos indiferenciados, o se ha identificado como un síntoma de distintas enfermedades mentales. La discrepancia sobre la naturaleza del comportamiento autolesivo ha entorpecido su investigación como un problema de salud específico y, consecuentemente, su comprensión y la posibilidad de proporcionar cuidados de calidad. Debido a lo expuesto, la heterogeneidad de las publicaciones ha proporcionado datos de cuestionable consistencia. Por lo tanto, poner en marcha estudios específicos sobre la ANS aumentaría su importancia clínica demostrada y permitiría obtener resultados válidos para profundizar en su comprensión.

La ANS constituye un problema de salud pública que obliga a su estudio por múltiples razones. Algunas de ellas son un aumento progresivo de su prevalencia, la involucración a edades muy tempranas en comportamientos autolesivos, su ocultación mayoritaria o las numerosas consecuencias que implica.

El desconocimiento de las funciones que desempeña la ANS genera incompreensión. Esto ha provocado su interpretación como un comportamiento irracional, impulsivo y moralmente incorrecto. Frente a estos prejuicios, es preciso aceptar la ANS como un comportamiento funcional, específicamente, como un mecanismo de afrontamiento contra un estado de angustia.

Asimismo, existe una progresiva inclinación a medicalizar procesos vitales, es decir, una tendencia a etiquetar como enfermedad cualquier malestar, lo que conlleva el silenciamiento de los posibles desencadenantes sociales. Aplicado a la ANS, plantea la posible patologización de una reacción humana al dolor emocional. Por ello, la ANS se ha estudiado desde una perspectiva patológica e individualista que ha limitado alcanzar su origen y su sentido más profundos. Integrar una visión que no catalogue todo sufrimiento como patológico posibilitaría centrarse en el contexto social generador del sufrimiento y, por tanto, brindar una atención de calidad.

El estigma circundante a la ANS es el producto de la concurrencia de diversos factores. Sus consecuencias son el ocultamiento del comportamiento y la ausencia de búsqueda de ayuda. Es destacable que de dicho estigma emanan las actitudes negativas de los profesionales sanitarios hacia quienes se autolesionan, contribuyendo a la intensificación y persistencia del estigma. Las personas que se autolesionan confiesan malas experiencias sanitarias que provocan sentimientos como la vergüenza, la culpa, la incompreensión, la insatisfacción o sentirse juzgadas. Por consiguiente, la lucha contra el estigma debe entenderse como una prioridad porque supone

el principal obstáculo para ayudar a las personas que se autolesionan. Por otro lado, los estudios señalan que los profesionales sanitarios no reciben capacitación en materia de ANS, siendo relevante los posibles beneficios de programas de formación específicos.

Los exiguos estudios concluyen que no hay evidencia científica que pruebe la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos actuales empleados en la ANS. Su estudio favorecería la búsqueda de tratamientos pertinentes.

Las intervenciones basadas en la prevención de la ANS presentan múltiples inconvenientes. Asumir la ANS como un mecanismo de afrontamiento significa aceptarla como una necesidad, así percibida y experimentada por quienes la practican. Por tanto, desproveer a alguien de su única forma de manejar su dolor puede considerarse no terapéutico. De ahí recalcar que para abordar la ANS es imprescindible trabajar en las causas subyacentes del sufrimiento. Proporcionar esta perspectiva comprensiva conduciría a cuidar más allá del comportamiento y facilitar herramientas a los profesionales para implantar planes de cuidados eficaces.

En definitiva, todas las líneas de justificación expuestas nacen de la incomprensión de la ANS, convirtiendo en esencial fomentar su investigación e incentivar la formación de los profesionales sociosanitarios en relación con ella.

### **3.4. Objetivos**

#### **Objetivo general:**

- Examinar la literatura en relación a la ANS en el ámbito de las ciencias de la salud para comprender sus sentidos y detectar posibles vías de mejora en sus cuidados.

#### **Objetivos específicos:**

- Explorar la evolución de la conceptualización de la ANS y su epidemiología con intención de conocer su impacto.
- Plantear críticamente la posible patologización de una respuesta humana al sufrimiento.
- Analizar las funciones que desempeña la ANS para acercarse a su comprensión como mecanismo de afrontamiento, además de explicar su dimensión comunicativa.
- Resaltar la inseparabilidad de la ANS de su contexto social para identificar el origen de la conducta.
- Indagar en los agentes causales del estigma que abraza a la ANS y sus consecuencias.
- Revelar las actitudes de los profesionales sanitarios hacia quienes se autolesionan y su repercusión en la atención brindada, así como los posibles beneficios de una formación específica en materia de ANS.
- Conocer los tratamientos disponibles utilizados en pacientes que se autolesionan.

- Cuestionar un plan terapéutico fundamentado en la prevención para reflexionar sobre una recuperación orientada a afrontar la raíz del dolor que desemboca en la ANS.

#### 4. METODOLOGÍA

Para la presente revisión bibliográfica narrativa se han utilizado las bases de datos de PubMed y CINAHL disponibles en el servicio online de la biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid, además del buscador Google Scholar.

A fin de facilitar la recopilación de información, se seleccionaron términos de búsqueda tanto del lenguaje natural como del lenguaje controlado a través de los descriptores MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud).

Lenguaje natural	
Español	Inglés
Autolesión	Self-harm, Self-mutilation
Diagnóstico	Diagnostic
Estigma	Stigma
Significado	Meaning
Experiencia	Experience
Perspectiva	Perspective
Prevención	Prevention
Intervenciones	Interventions

Descriptores	
Español	Inglés
Autolesión no suicida	Self-injury
Comprensión	Understanding
Actitudes	Attitudes

A pesar del intento de manejar descriptores principalmente se ha requerido la utilización del lenguaje natural para evitar limitaciones en el hallazgo de bibliografía pertinente. Todos los términos empleados tienen relación con las palabras clave de cada apartado del trabajo. Los estudios escogidos han resultado de la combinación de estos términos.

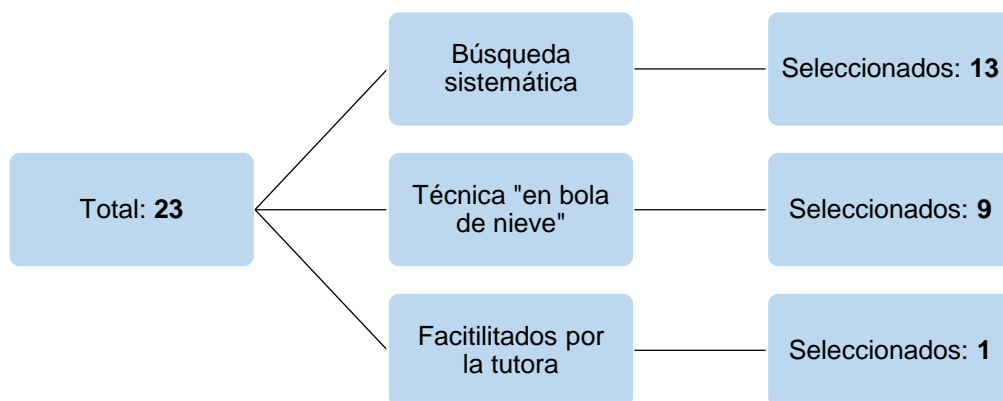
Los operadores de búsqueda aplicados fueron “AND” para recuperar sólo los registros que incluyen los términos introducidos y “OR” para recuperar los registros que contienen cualquiera de los términos.

Posteriormente, debido a la amplitud de los resultados obtenidos, estos se sometieron a criterios de inclusión. Tras la aplicación de dichos criterios, se realizó una preselección de artículos mediante la lectura del resumen. Se rechazaron aquellos que no contenían información significativa para cubrir las necesidades de este trabajo. Algunos criterios de exclusión fueron estudios que hacían referencia a enfermedades mentales o al suicidio, o estudios de poblaciones muy específicas, entre otros.

	<b>Términos de búsqueda</b>	<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Resultados</b>	<b>Selección</b>
<b>PUBMED</b>	<b>Self-harm AND Understanding</b>	Texto completo gratis 5 años Inglés y español	519	1
	<b>Self-injury AND Diagnostic</b>	Texto completo gratis 5 años Inglés y español Tipo de artículo: revisión	161	1
	<b>Self-injury OR Self-harm OR Self-mutilation AND Interventions</b>	Texto completo gratis 10 años Inglés y español Tipo de artículo: revisión	520	1
<b>CINAHL</b>	<b>Self injury OR Self harm OR Self mutilation AND Understanding</b>	Texto completo 10 años Inglés	322	1
	<b>Self injury OR Self harm OR Self mutilation AND Stigma</b>	Texto completo 5 años Inglés	75	1
	<b>Self injury OR Self harm OR Self mutilation AND Meaning</b>	Texto completo 5 años Inglés	51	1
	<b>Self injury OR Self harm OR Self mutilation AND Attitudes</b>	Texto completo 10 años Inglés	511	3
	<b>Self injury OR Self harm OR Self mutilation AND Experience OR Perspective</b>	Texto completo 5 años Inglés y español	559	2
	<b>Self injury OR Self harm OR Self mutilation AND Prevention</b>	Texto completo 5 años Inglés y español	383	1
<b>Google Scholar</b>	<b>Autolesión no suicida</b>	5 años Cualquier idioma Palabras aparezcan en el título del artículo	8	1

Por otro lado, se realizó una búsqueda mediante la técnica de “bola de nieve”, es decir, partiendo de los artículos de interés escogidos se obtuvieron otros de gran utilidad para el planteamiento de la presente revisión.

En total, se ha realizado una lectura completa de 100 artículos obtenidos a través de la búsqueda sistemática. De todos ellos, se han seleccionados 13 artículos que se suman a los 8 artículos recopilados mediante la técnica de “bola de nieve” y 1 artículo facilitado por la tutora, haciendo un total de 23 artículos.



Aunque la pretensión era incorporar artículos españoles, la investigación sobre la ANS aquí no es cuantiosa. Por ello, los artículos empleados derivan fundamentalmente de países europeos, especialmente de Reino Unido, o de Estados Unidos. No obstante, se cree que la generalidad de la información podría extrapolarse a la población española.

Los artículos recopilados proceden de revistas con factores de impacto que oscilan entre 1.299 y 9.904, siendo el menor y el mayor factor de impacto respectivamente. Igualmente, la pluralidad de ellas se encuentra dentro del primer cuartil (Q1), es decir, entre las primeras posiciones dentro de todas las revistas de la misma área.

La mayoría de los estudios incluidos han sido publicados en los últimos cinco años (2015-2020) con la intención de fundamentar el trabajo en información actualizada. Sin embargo, durante la búsqueda, el intervalo se ha ampliado hasta los últimos diez años (2010-2020) a fin de disponer de artículos relevantes para realizar una revisión completa del tema seleccionado. Del mismo modo, dos de los artículos utilizados son previos al periodo de diez años por tratarse de referencias directas de estudios originales imprescindibles. Todos los artículos han sido citados al menos una vez y hasta 869 veces.

La búsqueda bibliográfica abarca un periodo de cuatro meses, entre febrero y mayo de 2020.

## 5. DESARROLLO

### 5.1. Resultados

#### 5.1.1. Autolesión no suicida y suicidio

La ANS es el principal factor de riesgo de suicidio, concretamente, los antecedentes de ANS multiplican el riesgo por tres. La relación entre ANS y suicidio es independiente del sexo, la edad y el método utilizado para autolesionarse.<sup>4</sup> Se han propuesto diferentes hipótesis para explicar dicha asociación. Algunas de ellas son la “teoría de la puerta de enlace” que afirma que la conducta suicida deriva de la intensificación de las conductas autolesivas, es decir, de la evolución a formas más letales de ANS; o la “teoría de la capacidad adquirida para el suicidio” que expone que la ANS disminuye el dolor físico y el miedo a la muerte, aunque explica que para culminar en el acto suicida es necesario otro requisito, específicamente, experimentar sentimientos de carga o aislamiento social.<sup>8</sup>

Por otro lado, el concepto de suicidio o intento de suicidio y ANS se han utilizado indistintamente. Sin embargo, el comportamiento suicida y la ANS deben considerarse como entidades diferentes, dado que sujetos con comportamientos suicidas pueden no practicar conductas autolesivas y sujetos con comportamientos autolesivos pueden no reportar pensamientos suicidas antes o durante la ANS.<sup>1</sup>

Exactamente difieren respecto a intención, frecuencia y letalidad. Aunque en ambos existe una motivación para el alivio de estados afectivos negativos, en la ANS no hay intención de morir; la conducta autolesiva ocurre con mayor frecuencia; y los métodos utilizados en la ANS son menos letales que los empleados en el suicidio (por ejemplo, sobredosis o ahorcamiento).<sup>1,3,8</sup>

Esta indiferenciación obstaculiza la detección de casos de ANS, ocasionando una subestimación de su prevalencia.<sup>3</sup> Además, la interpretación de la ANS como un intento de suicidio supone un diagnóstico incorrecto y, por tanto, un plan terapéutico ineficaz.

También cabe destacar, aunque se mencionará más adelante, que una de las funciones que cumple la ANS es disminuir el impulso suicida, reafirmando que son independientes.

Esta falta de distinción ha dificultado el estudio de la ANS como un problema de salud propio.<sup>1</sup>

### 5.1.2. Autolesión no suicida y salud mental

Hasta el ingreso de la ANS en el DSM-5, esta se ha identificado como una manifestación clínica de múltiples trastornos mentales, entre ellos, de los trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de estrés postraumático, trastorno depresivo, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad y, mayoritariamente, del TLP. Sin embargo, aunque la ANS coexiste con varios trastornos mentales, se ha comprobado que los comportamientos autolesivos ocurren en ausencia de una enfermedad mental, debiéndose considerar como una condición independiente.<sup>1-4</sup>

Esta asociación dificulta la identificación de episodios de ANS, conduciendo a un diagnóstico erróneo de enfermedad mental y, consecuentemente, a un plan terapéutico ineficaz. Su clasificación como manifestación clínica de otro trastorno mental le resta importancia clínica fuera de ese contexto.<sup>3</sup>

Por otro lado, entre los factores que representan una vulnerabilidad para presentar la conducta autolesiva se halla la exposición a eventos traumáticos como el abuso sexual, la negligencia parental, el acoso escolar o el maltrato infantil, pudiendo relacionarse estos con el desarrollo de una enfermedad mental. Supone la patologización de dichas experiencias traumáticas y, como algunas personas que se autolesionan tienen antecedentes de estos sucesos, ha podido contribuir a asociar la ANS con una enfermedad mental.<sup>2,4</sup>

La introducción de la ANS en el DSM-5 como un trastorno mental supone la patologización de un mecanismo de afrontamiento, es decir, un intento de medicalizar una respuesta particular a la angustia emocional. Esto atribuye la responsabilidad del problema al individuo, desatendiendo las circunstancias que pueden propiciar el comportamiento autolesivo. Existe una despreocupación por las causas subyacentes.<sup>9,10</sup>

Referirse a las personas con etiquetas diagnósticas implica un proceso de deshumanización, convirtiendo a las acciones, en este caso a las autolesiones, en el centro de la cuestión. Esto impide entender que las personas son más complejas que el comportamiento que exponen. En definitiva, reducen las experiencias de sufrimiento en una etiqueta.<sup>11</sup>

Esta tendencia se traduce en medicalizar aquellos comportamientos que no pueden ser interpretados racionalmente desde el modelo biomédico, catalogándolos como patológicos.

Por otro lado, algunos de los criterios diagnósticos no están exentos de controversias. El criterio B excluye otras motivaciones para la ANS declaradas por los sujetos. El criterio E expresa que la ANS conlleva angustia significativa o consecuencias en el funcionamiento diario. Sin embargo, la mayoría de las personas informan que la ANS genera alivio de la angustia y mejora el funcionamiento.<sup>1</sup>

Un estudio que aplicó los criterios diagnósticos del DMS-5 muestra que, aunque el 35,6% de los participantes se habían autolesionado al menos una vez en el último año, solo el 6,7% cumplía los criterios para el diagnóstico de ANS.<sup>4</sup> Estos datos revelan que los criterios diagnósticos formulados pueden estar contribuyendo a excluir personas que se autolesionan y que necesitan atención sanitaria.

### 5.1.3. Funciones de la autolesión no suicida

Una de las barreras para una atención sanitaria eficaz es la incompreensión de las funciones de la ANS.<sup>12,13</sup>

La introducción de la ANS como un trastorno mental en el DMS-5 permite una explicación desde una perspectiva patológica. Sin embargo, para entender mejor la fenomenología de la ANS se prefiere un enfoque funcional. Este enfoque, a través del análisis de sus funciones, permite comprender los procesos que originan y mantienen los comportamientos autolesivos, concretamente, examinar las circunstancias antecedentes a la ANS y los efectos posteriores.<sup>12</sup>

En la literatura, existen algunas clasificaciones de las funciones autoinformadas por las personas que se autolesionan, siendo las más utilizadas dos de ellas.<sup>13</sup>

Nock y Pristein proponen un modelo de cuatro funciones según dos dimensiones.

La primera dimensión se divide en:

- **Automática o intrapersonal:** referida a la regulación o cambios del estado interno.
- **Social o interpersonal:** referida a la regulación o cambios del entorno externo.

La segunda dimensión se divide en:

- **Refuerzo negativo:** la ANS va seguida de la disminución o eliminación de un estado negativo.
- **Refuerzo positivo:** la ANS va seguida de la generación de un estado positivo o deseable.<sup>4,12</sup>

Según esto, el modelo expone las siguientes funciones:

- **Función de refuerzo negativo intrapersonal:** uso de la ANS para disminuir o eliminar un estado afectivo negativo. Por ejemplo, detener sentimientos negativos (ira, tristeza, frustración), aliviar una sensación de entumecimiento o contener impulsos suicidas.
- **Función de refuerzo positivo intrapersonal:** uso de la ANS para generar un estado afectivo positivo o deseable. Por ejemplo, inducir sentimientos positivos, relajación o sentir algo, aunque sea dolor.



- **Función de refuerzo negativo interpersonal:** uso de la ANS para escapar de situaciones interpersonales no deseadas. Por ejemplo, evitar un castigo o una discusión.
- **Función de refuerzo positivo interpersonal:** uso de la ANS para obtener una respuesta social deseable. Por ejemplo, obtener ayuda, conseguir atención o reflejar la desesperación.<sup>2,4,12</sup>

La otra clasificación fue propuesta por Klonsky quien identificó los siguientes modelos:

- **Modelo de regulación del afecto:** uso de la ANS para reducir o eliminar un estado afectivo negativo. Por ejemplo, emociones negativas como ira, estrés, frustración o ansiedad.
- **Modelo antidisociación:** uso de la ANS en respuesta a una experiencia de despersonalización, disociación y/o desrealización. El daño físico, a través de la sangre o del dolor, interrumpe dichos episodios. Permite contrarrestar los sentimientos de entumecimiento y vacío, volviendo a sentirse humanos, reales y vivos.
- **Modelo antisuicidio:** uso de la ANS como mecanismo de defensa para resistir los impulsos suicidas. Tiene una función de protección contra el suicidio.
- **Modelo de autocastigo:** uso de la ANS para expresar odio hacia uno mismo. Permite reducir los sentimientos de vergüenza, decepción o culpa que les llevan a sentir que merecen castigarse.
- **Modelo de límites interpersonales:** uso de la ANS para delimitar los límites del yo. El resultado es reafirmar la identidad y autonomía de uno mismo.<sup>4,13</sup>
- **Modelo de influencia interpersonal:** uso de la ANS para influir en el comportamiento de otras personas.<sup>4,13</sup> La interpretación incorrecta de este modelo ha contribuido a la creencia de que la finalidad de la ANS es la búsqueda de atención, entendida despectivamente. Sin embargo, los sujetos declaran que el sentido de la ANS traspasa la expresión corporal de la angustia, es decir, buscan ayuda para su angustia a través de la ANS. Lo llaman un “grito de ayuda silencioso”.<sup>6</sup>
- **Modelo de búsqueda de sensaciones:** uso de la ANS para generar emociones intensas como euforia o excitación.
- **Modelo de autocuidado:** la ANS ofrece una oportunidad para consolarse, cuidarse y curarse mediante la atención de la lesión física.<sup>4,13</sup>

Los cuatro primeros modelos corresponderían con funciones intrapersonales y los cuatro últimos modelos corresponderían con funciones interpersonales.<sup>4</sup> Las funciones descritas en ambas clasificaciones son equivalentes entre sí en su mayoría.

Aunque en ninguna de las clasificaciones anteriores se menciona, algunas personas revelan una **función de recuperación del control**. Las personas utilizan la ANS cuando se sienten incapaces de ejercer el control sobre sus vidas porque la ANS les concede sentir que lo recuperan (deciden hacerse daño, por qué, cómo, dónde y cuándo), aunque sea momentáneamente.<sup>6,14</sup> Se podría vincular a la necesidad de marcar los límites interpersonales.

A partir de esto, los estudios organizan las funciones de la ANS en funciones intrapersonales y funciones interpersonales porque parece más efectivo. Las funciones intrapersonales sugieren que el objetivo de la ANS es modificar un estado interno (emociones, sentimientos, pensamientos) mientras que en las funciones interpersonales el objetivo es modificar el medio externo.<sup>4</sup>

Las funciones intrapersonales son las más frecuentes, predominando el modelo de regulación del afecto, respaldado por el 90% de las personas que se autolesionan. Sin embargo, los modelos funcionales no son mutuamente excluyentes puesto que la mayoría de los sujetos afirman que pueden coexistir diferentes funciones.<sup>2,4,13</sup> Aunque la función de regulación del estado afectivo presenta la prevalencia más elevada, no se debe asumir que esta función está presente en todos los individuos con ANS. Es esencial saber que las funciones que desempeña la ANS son únicas para cada individuo.

Las funciones interpersonales son respaldadas por una minoría, lo que contribuye a desmentir el mito sobre la búsqueda de atención, cuestión que se retomará más adelante.<sup>12</sup>

Finalmente, al examinar los efectos de la ANS, el alivio es el estado afectivo más frecuentemente declarado por los sujetos tras la ANS.<sup>13</sup>

Analizando detenidamente lo expuesto, la función final de la ANS es el alivio de la angustia emocional. La ANS es una respuesta para manejar un estado afectivo negativo, es decir, un mecanismo de afrontamiento contra el sufrimiento emocional. Las personas revelan que la ANS es una forma de trabajar las emociones porque les permite adormecer un dolor psicológico insoportable a través del dolor físico, aunque sea brevemente. La ANS transforma el dolor emocional en un dolor físico más manejable, en resumen, es un mecanismo de regulación emocional a través del cuerpo.<sup>6,14</sup>

La ANS es interpretada como una conducta irracional e impulsiva. En cambio, desde este punto de vista, podría convertirse en una respuesta racional a un estado de angustia, o sea, una forma no convencional de afrontar el dolor.<sup>14</sup> Por lo tanto, abandonar la visión psicopatológica de la ANS como un trastorno mental significa entender que la ANS es la consecuencia del sufrimiento subyacente.<sup>10</sup>

#### 5.1.4. Autolesión no suicida como práctica comunicativa

Aunque los modelos citados permiten una comprensión más profunda de las razones subyacentes de la ANS, siguen refiriéndose a ella como un comportamiento individualista, intrapsíquico y privado. No obstante, la ANS puede interpretarse como una práctica intensamente personal impregnada de procesos sociales, externa e interaccional. Para una comprensión aún más exhaustiva de la ANS hay que explorar su dimensión comunicativa.

La ANS puede suponer la única forma de comunicación irrefutable cuando el lenguaje verbal es insuficiente, un método para comunicar emociones angustiosas indescriptibles.<sup>15</sup>

Algunas personas que se autolesionan explican que las lesiones físicas son una expresión visual de su dolor emocional (expresan lo mucho que les duele por dentro). La ANS se puede describir como la externalización de un estado afectivo negativo, haciendo físico, visible y tangible un sufrimiento no físico, invisible e interno.<sup>14,15</sup> También puede entenderse como un proceso comunicativo cuya expresión, la lesión física, es una declaración definitiva, auténtica y de identidad que valida la angustia emocional de la persona, así como una forma de autocomunicación, un testimonio fiel de su experiencia. Por lo tanto, la ANS actúa simultáneamente como una estrategia de liberación emocional y como validación de su experiencia dolorosa. Se trata de un acto de habla corporal.<sup>15</sup>

En paralelo, en torno a esta concepción de la ANS como una conducta social gira el prejuicio de búsqueda de atención con connotaciones negativas. Concretamente, implica que la ANS se perciba como un método de manipulación, combinado con debilidad psicológica y dependencia.

Pareciera así que la autenticidad de la ANS residiría en ser una práctica secreta. La ANS visible, es decir, comunicada se vincula a la búsqueda de atención, manipulación y falta de autenticidad. De esto se deduce una de las dificultades de las personas que se autolesionan porque, si la ANS es un intento de comunicarse, dicha comunicación se ve frustrada porque acarrea una interpretación de no autenticidad y fines negativos.

En contra a la supuesta intención de búsqueda de atención, la ANS está sujeta a un proceso que Chandler denomina "visibilidad", un proceso continuo de revelación y ocultación que permite la comunicación. La comunicación funciona porque el acto de mostrar la ANS no es deliberado, es decir, se muestra, pero no se ve que se muestre. Este proceso ayuda a entender que el objetivo no es la búsqueda de atención, sino la comunicación de su dolor.

Es imprescindible entender la búsqueda de atención como un proceso de comunicación social, cuyo objetivo no es la búsqueda de atención asumida, sino la esperanza subyacente del reconocimiento de su sufrimiento, así como el deseo de búsqueda de ayuda.<sup>15</sup>

### **5.1.5. Autolesión no suicida y el contexto social**

La ANS continúa siendo un comportamiento incomprendido. Muchos de los estudios tienen como objetivo averiguar por qué las personas se autolesionan, orientando la cuestión como una conducta irracional cuya responsabilidad es exclusiva del individuo y descuidando una exploración más profunda de lo que representa.<sup>10,14</sup>

La ANS entendida como un mecanismo de afrontamiento permite cuestionarse qué provoca esas emociones dolorosas que no pueden exteriorizarse con el lenguaje verbal y deben reflejarse a través del daño autodirigido. Y aquí es donde interviene el contexto social.

Explorando dicho contexto se entiende que la ANS es una respuesta física a emociones angustiosas que derivan de experiencias sociales. El contexto social es, pues, inherente a la ANS.<sup>10</sup>

Con los modelos funcionales descritos, se evidencia que progresivamente la explicación de la ANS se enfoca en las emociones, entendiéndola como un trabajo de la emoción encarnada. Habitualmente, las emociones se trabajan desde el punto de vista reduccionista, se perciben como experiencias individuales. Sin embargo, es necesario abordar las emociones como procesos conectados con el contexto social puesto que este podría explicar el origen de las emociones angustiosas que desembocan en la ANS.

Las autolesiones narran historias escritas en el cuerpo y, por tanto, dichas historias no pueden leerse de forma descontextualizada. Esta perspectiva social de la ANS intenta afrontar la complejidad que existe detrás de la conducta, aceptando que no puede ser estudiada como un fenómeno aislado y que existe un contexto social generador del comportamiento.<sup>14</sup>

En resumen, todo ello fomenta replantearse la motivación de la ANS no de manera individualista, sino como una motivación enmarcada por las circunstancias sociales. Admitir que el contexto social contribuye imprescindiblemente a la ANS favorece la explicación de las causas subyacentes del sufrimiento.<sup>10</sup>

### **5.1.6. Autolesión no suicida y estigma**

El estigma que rodea a la ANS lo convierte en un comportamiento oculto mayoritariamente, siendo su principal consecuencia la ausencia de búsqueda de ayuda.<sup>6,16</sup>

Se puede distinguir el estigma estructural y el autoestigma. El estigma estructural comprende los estereotipos, los prejuicios y la discriminación, es decir, el estigma social construido por las personas. El autoestigma es el proceso que provoca sentimientos como culpa, vergüenza o miedo en el grupo estigmatizado al interiorizar el estigma social.

El sociólogo Erving Goffman estableció tres tipos de estigma, las abominaciones del cuerpo, las imperfecciones de carácter individual y el estigma tribal. Relacionándolo con la ANS, las personas con comportamientos autolesivos experimentan una doble estigmatización, por un lado, la relacionada con las abominaciones del cuerpo a través de las cicatrices físicas y, por otro lado, un defecto de carácter individual como resultado de la etiqueta de enfermedad mental.

El estigma que perdura sobre las enfermedades mentales también incide sobre la ANS. Cabe destacar el miedo a que la confesión de la ANS les etiquete como “enfermos mentales” o “locos”, o al ingreso en instituciones de salud mental. Además, el estigma social es más fuerte en aquellas enfermedades mentales que conllevan peligro para uno mismo debido a la percepción de la tendencia de violencia potencial.

Como hemos visto, el principal mito que recae sobre la población que se autolesiona es la búsqueda de atención, entendida peyorativamente. Sin embargo, esta afirmación es contradictoria porque la gran parte de las autolesiones son ocultas como consecuencia del sentimiento de vergüenza que experimenta la población, impidiendo la búsqueda de ayuda y, por tanto, su revelación.

La incompreensión sobre la ANS es un desafío que se manifiesta a través del estigma, especialmente, por la incompreensión de la función que cumple la ANS, es decir, la naturaleza de las motivaciones que conducen a este comportamiento. Esto conlleva actitudes paternalistas al hacerles sentir que no deberían hacerlo y aplicar planes terapéuticos enfocados en detener la conducta, potenciando los sentimientos de vergüenza y culpa.

La ANS se sigue asociando al suicidio y, por tanto, el estigma que envuelve al suicidio recae sobre la ANS. Este vínculo se expresa a través del miedo ante la ANS presente en la población porque, tanto la palabra suicidio como ANS asustan al sugerir la posibilidad de muerte del individuo. Este malentendido del comportamiento también contribuye al estigma.

En términos generales, el estigma en torno a la ANS es el resultado de las marcas físicas, la etiqueta de enfermedad mental, los prejuicios, la incompreensión del comportamiento y su asociación con el suicidio. El conjunto del estigma social y el autoestigma desemboca en la legitimación de los prejuicios por parte de la población e, incluso de quienes se autolesionan. Todo ello perpetua el ciclo de estigmatización.

Los estudios sobre las actitudes de los profesionales sanitarios hacia las personas que se autolesionan dejan de manifiesto que dichas actitudes son negativas. Aunque el siguiente apartado se dedica exclusivamente a explorarlas, cabe mencionar que estas se derivan, en parte, del estigma. Como consecuencia, las personas experimentan malas experiencias sanitarias que intensifican la ausencia de búsqueda de ayuda futura.<sup>16</sup>

Las experiencias de estigmatización de las personas que se autolesionan tienen un impacto negativo, concretamente, disminuyen la probabilidad de revelación y búsqueda de ayuda al agravar sentimientos como la vergüenza o la culpa, así como por miedo a las repercusiones como el etiquetado o la incomprensión.<sup>16</sup> En resumen, el estigma es una de las principales barreras para buscar ayuda en las personas que se autolesionan.

La ANS es un importante problema de salud pública que requiere de intervenciones para combatir el estigma a fin de disminuir su ocultación y fomentar la búsqueda de atención sanitaria, la recuperación e integración de quienes se autolesionan.<sup>16</sup>

#### **5.1.7. Actitudes de los profesionales sanitarios**

Los estudios revelan que las actitudes de los profesionales sanitarios hacia quienes se autolesionan son predominantemente negativas e, incluso discriminatorias.<sup>16-20</sup>

Las actitudes negativas tienen un impacto perjudicial en la práctica clínica, impidiendo proporcionar una atención sanitaria de calidad y, especialmente, disminuyendo la posibilidad de búsqueda de ayuda en ocasiones futuras por parte del individuo.<sup>17,18</sup>

La finalidad de los estudios ha sido intentar fundamentar las actitudes negativas examinando los posibles factores contribuyentes. Hay una serie de razones para la existencia de estas actitudes que son alegadas coincidentemente por los profesionales sanitarios.

La ANS es entendida como un comportamiento irracional e impulsivo que va en contra del instinto básico de supervivencia, pudiendo afectar desfavorablemente a la atención sanitaria que reciben.<sup>1,14</sup>

Un motivo para presentar actitudes negativas es la creencia de la ANS como búsqueda de atención o como método de manipulación. Los profesionales sanitarios se refieren a estos pacientes como una pérdida de tiempo.<sup>16,17,19</sup>

Las personas que se autolesionan son señaladas como un grupo impredecible y de riesgo. Esto conlleva una elevada desconfianza y, por tanto, una hipervigilancia. Las personas con conductas autolesivas requieren un tiempo que los profesionales estiman que podría dedicarse a otros pacientes.<sup>17,18</sup>

Los profesionales consideran que las personas que se autolesionan tienen menor derecho a recibir atención sanitaria que cualquier persona con otra patología. Se deriva de la deducción de que la responsabilidad y la culpabilidad de la ANS recae únicamente sobre el individuo, es decir, creen que es una elección del paciente y que tiene el control para evitarla. La ANS es juzgada como moralmente incorrecta y una causa menos legítima para recibir atención.<sup>16-19</sup>

Las intervenciones de enfermería continúan centradas en la eliminación del acto autolesivo. Se ha observado que este enfoque dirigido a la prevención no es una solución terapéutica a largo plazo porque los pacientes acaban reincidiendo en las conductas autolesivas. Esto provoca que los profesionales retengan la convicción de que no pueden ayudar a las personas que se autolesionan (imposibilidad de “curar”) y contemplen como inútiles los cuidados que les brindan, suscitando la convivencia con sentimientos como la frustración, la impotencia y el fracaso constante.<sup>17,18</sup>

Todo ello guarda relación con la falta de formación específica sobre ANS en los profesionales sanitarios. Esto imposibilita la comprensión del verdadero sentido de la ANS y, por consiguiente, los profesionales se sienten incapacitados e incompetentes para trabajar con personas que se autolesionan, causando frustración.<sup>17-19</sup>

En definitiva, los profesionales hacen una interpretación personal crítica del comportamiento, especialmente, de las atribuciones motivacionales incorrectas de la ANS.<sup>16</sup> Las respuestas actitudinales de los profesionales hacia quienes se autolesionan son un obstáculo en la práctica clínica y en la deontología profesional.

Como se puede observar, los profesionales sanitarios también son vulnerables al estigma. La exteriorización de sus prejuicios sobre la ANS se plasma en las actitudes estigmatizadoras exhibidas en la práctica clínica, ocasionando situaciones de discriminación hacia quienes se autolesionan, desagradables experiencias sanitarias e, incluso el desencadenamiento de más autolesiones.<sup>16,19</sup>

Dada su posición privilegiada, los profesionales sanitarios deben ser conscientes del estigma que rodea a la ANS y del estigma que ellos promueven y refuerzan a través de sus actitudes. Esto permitiría combatir el estigma a través de la práctica clínica, proporcionando cuidados de calidad a las personas que se autolesionan.

En suma, la experiencia de trabajar con personas que se autolesionan incluye sentimientos como enfado, irritación, impotencia, fracaso, incompetencia o frustración que se manifiestan en las actitudes negativas de los profesionales sanitarios.<sup>19,20</sup> Estas actitudes son el resultado del estigma, la incompreensión de la ANS y la falta de formación.

#### **5.1.8. Formación de los profesionales sanitarios**

Como se ha indicado, existe una ausencia de formación especializada sobre ANS en los profesionales sanitarios que tiene como consecuencia actitudes negativas.<sup>17-20</sup>

Estas actitudes provocan que las personas que se autolesionan se sientan incomprendidas, juzgadas e insatisfechas con la atención sanitaria recibida, en síntesis, una experiencia estigmatizadora que evitará futuras búsquedas de ayuda.<sup>17,20</sup>

Los profesionales sanitarios declaran que no han recibido ninguna preparación para trabajar con estos pacientes y que sus conocimientos han sido adquiridos a través de la experiencia. Análogamente, señalan la escasez de pautas, guías o protocolos para el manejo de la ANS y expresan el deseo de instruirse para ofrecer una mejor atención sanitaria.<sup>17,18</sup>

La formación debe encaminarse a aumentar los conocimientos, a luchar contra el estigma y, principalmente, a la comprensión del sentido funcional de la ANS.<sup>18,20</sup>

Hay evidencia de que los profesionales sanitarios que recibieron capacitación especializada sobre ANS mejoraron su percepción sobre ella y, por tanto, la experiencia de trabajar con quienes recurren a ella. Los propios profesionales declaran que la formación específica modifica la visión y conciencia sobre la ANS. Entre otros, permite incrementar los conocimientos, potenciar los sentimientos de autoeficacia al percibirse más cualificados para ayudar a las personas que se autolesionan, disminuir los prejuicios y el rechazo y, especialmente, comprender la trascendencia de reconocer el sentido de la ANS, es decir, descubrir que la ANS es un mecanismo de afrontamiento contra el sufrimiento. En resumen, posteriormente a la formación, los profesionales habían adquirido una mayor comprensión de la fenomenología de la ANS, favoreciendo actitudes más positivas.<sup>17-20</sup>

Teniendo en cuenta que el cambio de actitud precede al cambio del comportamiento, todo esto confirma la imprescindibleidad de la formación profesional específica como requisito para quienes trabajan con personas que se autolesionan a fin de reducir las actitudes negativas. Estos cambios tienen una repercusión positiva en la relación terapéutica y, en consecuencia, mejoran la atención sanitaria de la práctica clínica.<sup>20</sup>

#### **5.1.9. Tratamientos actuales**

En los escasos estudios existentes sobre los tratamientos para la ANS se enuncian una serie de intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas.

La mayoría de intervenciones psicoterapéuticas empleadas se centran en la adquisición de habilidades de regulación emocional, pareciendo ser efectivas para reducir la frecuencia de la ANS:

- Terapia dialéctica conductual.
- Terapia grupal de regulación emocional.
- Terapia cognitiva asistida manualmente.



- Psicoterapia focalizada en la transferencia.
- Psicoterapia deconstructiva dinámica.
- Terapia de movimiento de la voz.

Las intervenciones farmacológicas se asientan en los modelos neurobiológicos de los sistemas opioide, dopaminérgico y serotoninérgico, exponiendo que estos fármacos proporcionan analgesia y, consecuentemente, alivian la angustia emocional. Las intervenciones utilizadas parecen contribuir a disminuir la frecuencia y a aumentar el periodo de tiempo de privación de la ANS:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina).
- Antipsicóticos atípicos (aripiprazol).
- Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (venlafaxina).
- Opioides (buprenorfina).
- Antagonistas opioides (naltrexona).

Entre las intervenciones descritas, la terapia dialéctica conductual, la terapia grupal de regulación emocional, la terapia cognitiva asistida manual, los antipsicóticos atípicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina parecen ser las más potencialmente beneficiosas para conseguir una reducción de la ANS.

No obstante, apenas existe evidencia científica que respalde ninguno de los tratamientos actuales. Esto se debe a que, como se ha mencionado, la ANS se ha asociado al suicidio o como un síntoma de un trastorno mental. En consecuencia, los tratamientos se han aplicado en muestras de población que presentaban ANS y conductas suicidas indistintamente. Esto ha impedido determinar los efectos del tratamiento en la ANS específicamente.

Además, la mayoría de los tratamientos descritos se han investigado en muestras pequeñas de personas con trastornos mentales que se autolesionan, fundamentalmente, en muestras con TLP. Esto significa que apenas se han realizado estudios en muestras de población que presenten exclusivamente ANS en ausencia de otro trastorno mental. Por lo tanto, son intervenciones dirigidas a la enfermedad mental, esperando que uno de los efectos sea disminuir la ANS, no habiéndose desarrollado tratamientos específicos para la ANS.

Para resumir, hay una falta de estudios que prueben la eficacia de los tratamientos que se utilizan en la ANS, así como de investigación en materia de tratamientos pertinentes para la ANS.<sup>21</sup>

#### 5.1.10. De la prevención a la reducción del daño

El manejo clínico actual de la ANS dirige las intervenciones de los profesionales de enfermería al mantenimiento de la seguridad del paciente y a detener la conducta autolesiva. Para ello, se utilizan métodos restrictivos como la eliminación de objetos potencialmente peligrosos, la sujeción física, el aislamiento o la medicación, y un control y vigilancia exhaustivos.

Los profesionales expresan su insatisfacción con dichas intervenciones al considerarlas ineficaces, inapropiadas, contraproducentes y poco éticas, pero argumentan que no disponen de otras alternativas terapéuticas.<sup>17</sup>

Pueden ser estrategias ineficaces para lograr el efecto esperado a largo plazo porque sólo permiten la cesión de la ANS durante el periodo que reciben atención sanitaria, es decir, los pacientes recaen en la conducta autolesiva cuando dejan de tener contacto con los servicios sanitarios.<sup>17</sup> Además, los profesionales reconocen que son poco realistas y sostenibles porque es muy difícil evitar que las personas se autolesionen en la práctica clínica.<sup>22</sup>

La prevención de la ANS contrasta con las necesidades del paciente. Los métodos restrictivos impuestos evitan la ANS y, en consecuencia, impiden satisfacer la necesidad del paciente que, en este caso, es calmar su angustia emocional. Asimismo, las personas refieren que la privación de la ANS les genera un aumento de la angustia.<sup>17,22,23</sup> Esto deteriora la relación terapéutica porque los pacientes ven a los profesionales sanitarios como los culpables de quitarles su único mecanismo de afrontamiento e impedirles el alivio de un estado doloroso.<sup>23</sup>

Este enfoque puede interpretarse como contraproducente porque los profesionales confiesan que no sólo aumenta potencialmente el riesgo de nuevas autolesiones, sino que aumenta directamente la conducta autolesiva y la búsqueda de formas más dolorosas y peligrosas de alivio en muchos casos.<sup>23</sup>

Las intervenciones pueden considerarse no terapéuticas e, incluso poco éticas al suprimir repentinamente su único mecanismo de afrontamiento sin la dotación de alternativas para manejar la angustia.<sup>17</sup>

En último lugar, la privación de la ANS determina la externalización del control de la conducta. Al paciente se le impide asumir y ejercer cualquier responsabilidad sobre su comportamiento porque la eliminación de la conducta no ha sido legitimada por él. No permite que la elección de renunciar a la ANS sea efectuada voluntariamente por el paciente, lo que puede intensificar la sensación de pérdida de control sobre su propia vida e inhibir la convicción del paciente sobre su capacidad para poder vivir sin autolesionarse. Se apoya en una relación terapéutica paternalista.<sup>23</sup>

Una alternativa a este enfoque es la denominada reducción del daño, una estrategia que se está aplicando recientemente en algunos países. La reducción del daño describe intervenciones cuyo objetivo es disminuir los efectos adversos de determinados comportamientos, en lugar de buscar la prevención o eliminación del mismo de partida. Algunos ejemplos en otros contextos son la terapia de mantenimiento con metadona para la dependencia a opiáceos o proporcionar material a las personas drogodependientes.<sup>22</sup>

Específicamente con la ANS, la reducción del daño acepta la necesidad de la ANS como un método de afrontamiento válido hasta que se desarrollen otras habilidades de regulación emocional alternativas, en definitiva, permite la ANS, pero reduciendo el riesgo y daño asociado a ella. Esto incluye proporcionar instrumentos seguros (por ejemplo, objetos limpios) y educación sobre formas “seguras” de ANS o sobre los cuidados posteriores de las lesiones.<sup>17,22</sup>

Al parecer la implementación del enfoque de reducción del daño disminuye la incidencia, la frecuencia y la gravedad de las autolesiones en comparación con las formas tradicionales de controlar la ANS. Otro resultado positivo declarado es un aumento del empoderamiento de los pacientes al promover su responsabilidad y autonomía. Los pacientes expresan que, actuando desde esta perspectiva, los profesionales demuestran entender su necesidad de autolesionarse y se reduce el estigma. Todo esto podría desempeñar un papel fundamental en la recuperación.<sup>22</sup>

Esta práctica plantea desafíos éticos y legales complejos para los profesionales sanitarios. Algunos problemas legales son la ausencia de un marco legal que lo respalde y de una guía de práctica clínica, quién sería candidato para un plan de reducción del daño o la preocupación por la responsabilidad legal si alguien bajo esta intervención sufriera una lesión grave o se suicidara. Entre los problemas éticos predominan la preocupación de que la reducción del daño aumente la frecuencia y gravedad de la ANS, el deber moral de detener la ANS, la carga psicológica de permitir la ANS o la posible negligencia profesional del deber de cuidado.<sup>17,22</sup>

No obstante, la reducción del daño no está recomendada como una medida rutinaria ni es apropiada para todos aquellos que se autolesionan. Por ello, los profesionales justifican permitir la ANS como tratamiento a corto plazo hasta que se desarrollen otras estrategias de afrontamiento alternativas para manejar la angustia que logren el cese de la conducta autolesiva a largo plazo.<sup>17,22</sup> Sólo se ha implementado en servicios de salud mental y requiere de más investigación para evaluar su seguridad y eficacia.<sup>22</sup>

Todo esto muestra el impacto de un plan terapéutico basado en la prevención de la ANS, poniendo de manifiesto que es un enfoque que puede presentar limitaciones.<sup>17</sup>

Como se ha explicado previamente, la ANS es un comportamiento funcional, concretamente, es un mecanismo de afrontamiento contra el dolor emocional. Aplicar de partida medidas de prevención implica arrebatar repentinamente la única estrategia de la que dispone el paciente para manejar y calmar su sufrimiento. En definitiva, la prevención evita momentáneamente la

ANS, pero puede perjudicar potencialmente la calidad de vida. Habría que replantearse si la eliminación súbita de la ANS priva al paciente del derecho y posibilidad de alcanzar su bienestar y, de igual modo, reflexionar sobre si la salud física (lesiones físicas) debe priorizarse sobre la salud mental (alivio de un estado afectivo negativo). Esto cuestiona si estas medidas son terapéuticas y, por tanto, si promueven una atención sanitaria de calidad.<sup>17,23</sup>

Por otro lado, un enfoque terapéutico que conduzca a una reducción paulatina de la frecuencia y gravedad de la ANS a corto plazo puede ser un objetivo más realista. Para ello, es imprescindible conocer las funciones específicas de la ANS para cada paciente. Supondría aplicar un plan terapéutico individualizado basado en el aprendizaje de habilidades de regulación emocional alternativas funcionalmente equivalentes, es decir, que satisfagan las mismas necesidades que la ANS, simultáneamente a la reducción de la conducta autolesiva. En contraposición, se requiere una relación terapéutica colaborativa con el paciente. No obstante, estas intervenciones se dirigen a reemplazar la ANS, limitando la capacidad de comprender la motivación tras el comportamiento autolesivo.<sup>17,23</sup>

La frecuente ineficacia declarada de estas opciones terapéuticas se deriva de que no reducen la necesidad de autolesionarse, únicamente evitan la ANS.<sup>23</sup> Pretenden reducir el riesgo de daño físico, pero la necesidad permanece porque no se abordan las causas subyacentes. Por todo ello, se cuestiona si el manejo de la ANS necesariamente implica su prevención de partida.

Coincidentemente, la interpretación de la ANS como un comportamiento individualista también se refleja en el enfoque terapéutico. Por ello, el tratamiento se orienta hacia el comportamiento en sí y, aunque el cese de la conducta autolesiva es un elemento del proceso de recuperación, este enfoque tiende a ignorar el contexto social precipitante de la ANS.

El significado biomédico de recuperación se minimiza a detener el acto autolesivo y, por tanto, un comportamiento complejo y multicausal como la ANS se reduce a la lesión física. Es necesario un concepto de recuperación más amplio que explore más allá del comportamiento, que entienda que la ANS es la manifestación física del sufrimiento.

Como conclusión, el objetivo principal debe ser reducir la angustia emocional y, para ello, las intervenciones tienen que trabajar sobre el origen del sufrimiento que desemboca en la conducta autolesiva. Actuando sobre los procesos generadores del estado afectivo negativo se estaría actuando sobre los procesos que impulsan la ANS.<sup>23</sup>

## **5.2. Discusión**

### **5.2.1. Limitaciones del estudio**

La ausencia de consenso en la terminología para referirse a la ANS ha provocado el uso de conceptos similares para describir diferentes comportamientos. Además, muchos de los datos son previos a su introducción en el DSM-5. Esto ha dificultado el hallazgo de documentos que aplicaran estrictamente la definición actual de ANS.

Los estudios epidemiológicos, especialmente de prevalencia, no han sido sometidos a criterios de homogeneidad, dando como resultado datos de elevada variabilidad.

Tanto la equiparación del suicidio con la ANS, como la identificación de esta como un síntoma de trastornos mentales en los estudios, ha obstaculizado encontrar información específica sobre la conducta autolesiva.

En definitiva, a causa de los posibles sesgos derivados de lo expuesto, la recopilación de algunos de los datos sobre la ANS en los estudios manifiesta cierta inconsistencia.

El obstáculo en el hallazgo de artículos sobre las actitudes de los profesionales sanitarios hacia la ANS se debe a los reducidos estudios elaborados y, la antigüedad o la especificidad de los existentes (actitudes en servicios específicos como emergencias o salud mental). Igualmente, la mayoría de los estudios se basan en cuestionarios autoinformados, aumentando este método la posibilidad de respuestas socialmente deseables y, por tanto, el sesgo de los resultados. Por otro lado, hay limitada investigación sobre la formación de los profesionales en materia de ANS.

### **5.2.2. Directrices para futuros estudios**

Es necesario utilizar criterios unificados para esclarecer lo que se entiende por ANS a fin de permitir la obtención de datos fiables y su comparación entre estudios. Asimismo, sería conveniente ampliar la investigación sobre la ANS con posterioridad a su incorporación en el DMS-5 con objeto de actualizar los datos.

La vigente descripción de la ANS descarta conductas que incumplen los criterios diagnósticos establecidos, pero que podrían considerarse como tal porque también causan daño a largo plazo. Así pues, esto sugiere una posible reevaluación de los límites de la definición de la ANS.

Los trabajos epidemiológicos se han realizado en poblaciones muy específicas originando la carencia de estudios de muestras representativas de la población general. Por ello, sería oportuno recabar más datos epidemiológicos a fin de conocer el impacto real de la ANS y descubrir la población más vulnerable.

Con el ingreso de la ANS en el DSM-5 se han planteado posibles desventajas, entre ellas, su patologización, su etiquetado como enfermedad mental o la exclusión de personas que presentan conductas autolesivas pero que no cumplen los criterios diagnósticos. Dado que los estudios posteriores a dicho ingreso son escasos, cabría valorar si su introducción supone un beneficio.

La mayoría de los documentos relativos a las funciones de la ANS se apoyan en dos clasificaciones antiguas. Una revisión actualizada de las funciones podría corroborar las funciones existentes y revelar funciones no descritas hasta el momento.

Los estudios relacionados con el estigma son insuficientes a pesar de las graves consecuencias descritas que conlleva. Invertir en investigación sobre este tema podría contribuir al desarrollo de intervenciones que actúen directamente sobre los factores que lo promueven.

Aumentar los estudios en materia de actitudes de los profesionales sanitarios hacia la ANS es una prioridad porque tienen un impacto negativo en la atención sanitaria. Algunas líneas de investigación futura podrían abordar las experiencias de los pacientes con los profesionales o la formación que reciben los profesionales sanitarios y su impacto en el cambio de actitud, siendo interesante emprender estudios acerca de si los pacientes perciben una mayor calidad en la atención sanitaria después de que el personal sanitario se capacitara en ANS.

Asimismo, la evidencia parece confirmar que los programas de formación específica sobre la ANS potencian actitudes más positivas. Invertir en investigación ofrecería el desarrollo de programas de formación eficaces que atajen la raíz de las actitudes negativas.

Por otro lado, es preciso desarrollar tratamientos dirigidos específicamente a la ANS. Del mismo modo, teniendo en cuenta que los datos recopilados muestran un abordaje terapéutico fundamentado en la prevención, es inevitable promover la exploración de alternativas terapéuticas como, por ejemplo, la reducción del daño ya iniciada en algunos países.

En resumen, todas las limitaciones y directrices futuras aquí declaradas emergen de la carencia de investigación sobre la ANS, advirtiendo de la necesidad de atender este problema de salud.

## **6. CONCLUSIONES**

La evolución paulatina de la conceptualización de la ANS ha sido consecuencia de la confusión sobre el comportamiento autolesivo, a pesar de que la atracción por la conducta autolesiva no es reciente. Los múltiples intentos de definir la ANS culminaron con su introducción en el DSM-5 como un problema de salud específico.

Dicha incorporación ha definido los límites que comprenden la ANS, pero pese al supuesto beneficio para su identificación derivado de ello, los criterios establecidos la encuadran inflexiblemente, descartando conductas que podrían entenderse como autolesivas. Desde nuestro punto de vista, la descripción de comportamientos funcionales como la ANS sólo puede ser precisa teniendo en cuenta la experiencia de quienes la practican. Tal vez, sea necesario traspasar más allá de la idea asumida de ANS.

Los datos epidemiológicos resaltan la infrarrepresentación de la población que se autolesiona, no reflejando el impacto real de la ANS. Sin embargo, la información disponible pone de manifiesto una condición escondida, pero real.

La asignación de la ANS como un diagnóstico de enfermedad mental constituye la patologización de una respuesta al sufrimiento emocional, un nuevo triunfo del modelo biomédico. La búsqueda de un proceso biológico o psicológico como origen de la ANS culpabiliza al individuo sin cuestionar las verdaderas causas subyacentes y, por consiguiente, la responsabilidad de su recuperación también recae sobre él.

El empeño de comprender las conductas que traspasan las etiologías orgánicas y, por tanto, que escapan del raciocinio, ha promovido la constante preocupación por etiquetar los malestares, sucumbiendo en su catalogación como comportamientos patológicos y en un proceso de deshumanización.

La consideración de la ANS como una enfermedad mental revela su incompreensión porque le resta transcendencia a la lectura profunda que hay tras ella, una persona que está sufriendo. En definitiva, se podría objetar que la ANS no es una enfermedad mental, sino un signo de angustia, poniendo un diagnóstico médico a un problema social.

Se han señalado las diversas funciones autoinformadas por las personas que se autolesionan. La confirmación de la existencia de funciones, convierte a la ANS en un comportamiento dotado de sentido para quienes la practican en relación con las razones que justifican la conducta autolesiva. Por ello, aunque se han desarrollado clasificaciones que organizan la globalidad de todas ellas, la función que desempeña la ANS es única para cada individuo.

La deducción del análisis es que la ANS es un método de regulación emocional, específicamente, un mecanismo de afrontamiento contra un sufrimiento inmanejable cuando no se poseen más alternativas. Se convierte en una necesidad para alcanzar el alivio emocional.

La incompreensión deriva de la dificultad para asimilar cómo una conducta dañina puede tener un sentido, señalando a la ANS como irracional. Sin embargo, el concepto irracional se define como aquello que carece de razón. Creemos que lo expuesto posibilita contemplar la ANS como racional porque existen razones tras ella, porque posee un sentido para quien la realiza.

La ANS es una práctica de comunicación visual emocional, en otras palabras, una forma de comunicar una angustia emocional inexpresable con el lenguaje verbal a través de un código no convencional. Puede entenderse como un modo de llorar simbólicamente.

La lesión física transforma el dolor emocional en físico, visible y tangible. Además, supone una manifestación de autenticidad, de que su experiencia dolorosa es real. Las cicatrices actúan como la declaración visible de un sufrimiento incuestionable.

Esta dimensión comunicativa refuta el mito sobre la búsqueda de atención vinculado a la ANS. Creemos que equiparar la ANS con la búsqueda de atención desacredita la angustia que hay tras ella. Se trata de un intento de comunicar su sufrimiento, en definitiva, un grito de auxilio silencioso marcado en la piel.

Para lograr una comprensión exhaustiva de la ANS es imprescindible anexionar el contexto social a su explicación. El contexto social es la respuesta a la pregunta clave ¿por qué se autolesionan? Y es que la ANS es la traducción física de un sufrimiento cuyo origen se encuentra en las experiencias sociales.

La necesidad de integrar el contexto social pone de manifiesto la insuficiencia del modelo biomédico. Una perspectiva biopsicosocial concedería contemplar la ANS como un comportamiento complejo consecuencia del dolor emocional, asumiendo que el sufrimiento humano requiere ser examinado con las experiencias sociales en que se genera, sin ser traducido inevitablemente como un proceso patológico. Entendiendo el cuerpo como escenario, las cicatrices ocultan narraciones de dolor para cuya lectura el contexto en el que se desarrollan es esencial.

La ANS arrastra un fuerte estigma. Los principales factores causales que nutren el ciclo de estigmatización son las cicatrices físicas, la etiqueta de trastorno mental, los prejuicios, su equiparación con el suicidio o su incompreensión. La persona con conductas autolesivas es identificada como un miembro de un colectivo estereotipado con asociaciones negativas, producto de la malinterpretación del comportamiento.

Quienes se autolesionan interiorizan el estigma social como la verdad, una verdad que no define con sinceridad el comportamiento autolesivo. Soportan la carga de un estigma cuya liberación depende de otros. La consecuencia más significativa es el ocultamiento de la ANS y, por ende, la falta de búsqueda de ayuda. El estigma es uno de los principales muros para ayudar a las personas que se autolesionan, un muro construido por el resto de la población.

Hay evidencia que respalda que las actitudes de los profesionales sanitarios hacia las personas que se autolesionan son negativas. Las razones para su existencia convergen en un juicio personal crítico de los profesionales sobre la conducta. Tal es así, que consideran que la ANS es un motivo menos legítimo para recibir atención sanitaria.



Los efectos son experiencias sanitarias estigmatizadoras, episodios de discriminación, el ocultamiento del comportamiento y el riesgo de incrementar la necesidad percibida de autolesionarse. El Código Deontológico de Enfermería Española, en su artículo 52, enuncia que el profesional de enfermería ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones como la naturaleza del problema de salud que le aqueje.<sup>24</sup> Según esto, la práctica clínica de los profesionales sanitarios con quienes se autolesionan podría ir en contra de la deontología profesional.

El estigma cala en los profesionales sanitarios, convirtiéndose en perpetuadores del mismo. Deben librarse de la imagen estereotipada que persigue a las personas que se autolesionan para cumplir con su deber de cuidar. De hecho, los profesionales sanitarios, dada su posición, atesoran las herramientas que pueden comenzar a derribar el muro del estigma.

Recapitulando, podríamos decir que los pacientes se comunican en un idioma que los profesionales sanitarios tampoco comprenden. Subrayamos lo angustiante que debe ser intentar comunicarse y que no te comprendan, especialmente, cuando quienes no te comprenden son los que tienen a su cargo tu cuidado.

Las actitudes surgen de la suma del estigma, la incompreensión y la carencia formativa, en otras palabras, de la ignorancia. La reducción de estas actitudes es una prioridad. La evidencia disponible confirma que la formación de los profesionales en materia de ANS promueve actitudes más positivas y, por tanto, una atención sanitaria de calidad. Consideramos que dos piezas indispensables que deben conformar la formación son la profundización en el sentido funcional de la ANS para permitir su comprensión y la lucha contra el estigma.

Las múltiples desventajas halladas conceden cuestionar un plan terapéutico basado en la prevención. La prevención arrebatada repentinamente la única herramienta que posee el individuo para lidiar con el sufrimiento emocional. Se centra exclusivamente en erradicar el acto autolesivo, pero no elimina la necesidad de autolesionarse porque no se trabaja en las causas subyacentes. Consideramos que, si no se puede abolir la necesidad, tampoco se puede despojar del único medio para satisfacerla. El modelo biomédico aflora de nuevo sobre el enfoque terapéutico, silenciando el contexto social que desencadena su aparición y sucumbiendo en el error de creer que su "curación" reside en la prohibición de la ANS sin atender su sentido. La prevención no sana las heridas emocionales más profundas.

Como alternativa, podríamos plantear otros enfoques terapéuticos emergentes, como la reducción del daño cuya puesta en marcha ha demostrado ser fructífera.

Al asumir que la ANS es la manifestación de la angustia emocional, el camino que guía hacia su cese sólo tiene una dirección, eliminar el sufrimiento emocional subyacente. Para ello, debemos abordar las causas generadoras del estado emocional doloroso cuyo alivio se alcanza a través de la ANS, entrando en juego el contexto social nuevamente.

Los cuidados deben orientarse bajo la premisa de que el origen del dolor emocional se sitúa en las experiencias sociales. Para ello, se necesita una relación terapéutica comunicativa a fin de escuchar la historia detrás de la ANS que sólo puede ser contada por su protagonista. Atajando los procesos sociales que provocan la angustia emocional, es decir, la raíz, se conseguiría eliminar el motivo para autolesionarse. Porque si desaparece la causa, desaparece el efecto.

Para terminar, el sufrimiento emocional de las personas que se autolesionan no se puede juzgar por sus heridas. Se necesita una mirada que traspase la pura lesión física para comprender el sentido de este comportamiento, lo importante es el mensaje que la conducta intenta transmitir, no la conducta en sí misma. A partir de esas heridas, debemos alcanzar los procesos sociales que inducen la ANS, ser capaces de descifrar las cicatrices. Porque como una vez leí "las autolesiones son las lágrimas y hay que descubrir qué hace llorar a alguien".

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Hooley JM, Fox KR, Boccagno C. Nonsuicidal self-injury: Diagnostic challenges and current perspectives. *Neuropsychiatric Dis Treat* [Internet]. 2020 [citado 19 abril 2020]; 16:101-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/bu/cm/idm.oclc.org/pmc/articles/PMC6959491/>
2. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Front Psychol* [Internet]. 2017 [citado 19 abril 2020]; 8:1946. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/bu/cm/idm.oclc.org/pmc/articles/PMC5682335/>
3. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2015 [citado 19 abril 2020]; 9:31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4584484/>
4. Vega D, Sintés A, Fernández M, Puntí J, Soler J, Santamarina P, et al. Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué? *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2018 [citado 19 abril 2020]; 46(4):146-55. Disponible en: <https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/20/114/ESP/20-114-ESP-146-55-463018.pdf>
5. Vega D, Torrubia R, Soto À, Ribas J, Soler J, Pascual JC, et al. Exploring the relationship between non suicidal self-injury and borderline personality traits in young adults. *Psychiatry Res* [Internet]. 2017 [citado 19 abril 2020]; 256:403-11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178116314020>

- 
6. Troya MI, Dikomitis L, Babatunde OO, Bartlam B, Chew-Graham CA. Understanding self-harm in older adults: A qualitative study. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2019 [citado 19 abril 2020]; 12:52-61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6677649/?report=classic>
  7. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2015 [citado 19 abril 2020]; 38:55-64. Disponible en: [https://www.sciencedirect-com.bucm.idm.oclc.org/science/article/pii/S0272735815000409?via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com/bucm.idm.oclc.org/science/article/pii/S0272735815000409?via%3Dihub)
  8. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2012 [citado 19 abril 2020]; 32(6):482-95. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735812000669?entityID=https%3A%2F%2Fwww.rediris.es%2Fsir%2Fucmidp&pes=vor>
  9. Straiton M, Roen K, Dieserud G, Hjelmeland H. Pushing the boundaries: Understanding self-harm in a non-clinical population. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2013 [citado 19 abril 2020]; 27(2):78-83. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.bucm.idm.oclc.org/science/article/pii/S0883941712001525?via%3Dihub>
  10. Daley K. Sociology and Self-Injury: The State of the Field. *Sociology* [Internet]. 2020 [citado 19 abril 2020]; 1-7. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0038038519897904?journalCode=soca>
  11. Crowe M. From expression to symptom to disorder: The psychiatric evolution of self-harm in the DSM. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2014 [citado 19 abril 2020]; 21(10):857-8. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.bucm.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/jpm.12183>
  12. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2004 [citado 25 abril 2020]; 72(5):885-90. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Mitchell\\_Prinstein/publication/8234370\\_A\\_Functional\\_Approach\\_to\\_the\\_Assessment\\_of\\_Self-Mutilative\\_Behavior/links/09e41505b556e13e96000000/A-Functional-Approach-to-the-Assessment-of-Self-Mutilative-Behavior.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Mitchell_Prinstein/publication/8234370_A_Functional_Approach_to_the_Assessment_of_Self-Mutilative_Behavior/links/09e41505b556e13e96000000/A-Functional-Approach-to-the-Assessment-of-Self-Mutilative-Behavior.pdf)
  13. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review* [Internet]. 2007 [citado 25 abril 2020]; 27(2):226-39. Disponible en:

<https://www-sciencedirect-com.bucm.idm.oclc.org/science/article/pii/S0272735806000961?via%3Dihub>

14. Chandler A. Self-injury as Embodied Emotion Work: Managing Rationality, Emotions and Bodies. *Sociology* [Internet]. 2012 [citado 25 abril 2020]; 46(3):442–57. Disponible en: <https://journals-sagepub-com.bucm.idm.oclc.org/doi/10.1177/0038038511422589>
15. Steggals P, Lawler S, Graham R. The social life of self-injury: exploring the communicative dimension of a very personal practice. *Sociol Health Illn* [Internet]. 2019 [citado 25 abril 2020]; 42(1):157-70. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.bucm.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/1467-9566.12994>
16. Long M. 'We're not monsters ... we're just really sad sometimes:' hidden self-injury, stigma and help-seeking. *Heal Sociol Rev* [Internet]. 2018 [citado 19 abril 2020]; 27(1):89-103. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com.bucm.idm.oclc.org/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=1b5b5940-cd39-48ff-b8ea-17569d4be4ab%40sessionmgr4008>
17. Murphy C, Keogh B, Doyle L. 'There is no progression in prevention' – The experiences of mental health nurses working with repeated self-harm. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2019 [citado 27 abril 2020]; 28(5):1145-54. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.bucm.idm.oclc.org/doi/10.1111/inm.12626>
18. Saunders KEA, Hawton K, Fortune S, Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2012 [citado 27 abril 2020]; 139(3):205-16. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.bucm.idm.oclc.org/science/article/pii/S0165032711004964?via%3Dihub>
19. Karman P, Kool N, Poslowsky IE, van Meijel B. Nurses' attitudes towards self-harm: A literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet] 2014 [citado 27 abril 2020]; 22(1):65-75. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.bucm.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/jpm.12171>
20. Karman P, Kool N, Gamel C, van Meijel B. From Judgment to Understanding. *Mental Health Nurses' Perceptions of Changed Professional Behaviors Following Positively Changed Attitudes Toward Self-Harm*. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2015 [citado 27 abril 2020]; 29(6):401-6. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.bucm.idm.oclc.org/science/article/pii/S0883941715001399?via%3Dihub>

21. Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating nonsuicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2014 [citado 29 abril 2020]; 59(11):576-85. Disponible en: <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.bucm.idm.oclc.org/pmc/articles/PMC4244876/>
22. James K, Samuels I, Moran P, Stewart D. Harm reduction as a strategy for supporting people who self-harm on mental health wards: the views and experiences of practitioners. *J Affect Disord* [Internet]. 2017 [citado 29 abril 2020]; 214:67-73. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.bucm.idm.oclc.org/science/article/pii/S0165032716318699?via%3Dihub>
23. Thomas JB, Haslam CO. How people who self-harm negotiate the inpatient environment: the mental healthcare workers perspective. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2017 [citado 29 abril 2020]; 24(7):480-90. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.bucm.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/jpm.12384>
24. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM). Código deontológico [Internet]. 2014 [citado 12 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>