



**Universidad
Europea** MADRID

Caso clínico: Intervención en una adolescente con autolesiones no suicidas

Máster de Psicología General Sanitaria
2020/2022

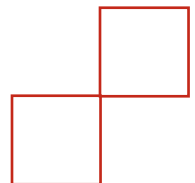
Autor: Alberto Galán Sabugo

Tutor: Enrique Chacon Ibarra

Centro: Enter

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



ÍNDICE

Resumen/Abstract.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1. 1. Definición.....	5
1. 2. Epidemiología	7
1. 3. Etiopatogenia.....	8
1. 3. 1. Variables sociodemográficas.....	9
1. 3. 2. Variables personales	9
1. 5. Características clínicas	11
1. 6. Diagnóstico diferencial.....	12
1. 7. Modelo explicativo	13
1. 8. Propuesta de tratamiento y tratamientos más eficaces.....	15
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA	20
2. 1. Datos personales.....	20
2. 2. Descripción del problema	20
3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN	22
4. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO.....	24
4.1. Análisis psicológico del problema	25
4.2. Análisis funcional del problema	28
5. TRATAMIENTO	32
5. 1. Objetivos y técnicas	36
6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO	39
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	44
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
9. ANEXOS.....	55

Resumen/Abstract

En el presente trabajo se expone el caso de una adolescente con autolesiones no suicidas. La paciente acude a consulta en abril de 2021 acompañada por los padres después de activarse el protocolo de seguridad en la escuela. Presentaba síntomas de bajo estado de ánimo, ideación suicida y conductas autolíticas. Se destaca la historia personal de violencia intrafamiliar como desencadenante de la sintomatología presentada. El tratamiento psicológico se realizó bajo la terapia cognitiva conductual aplicándose técnicas de psicoeducación, mindfulness, reestructuración cognitiva, role-playing y entrenamiento en resolución de problemas entre otras. Se realizó un proceso de evaluación y tratamiento en el que participaron la paciente y los progenitores. Hasta el momento se han alcanzado los objetivos terapéuticos planteados dándose un aumento del estado de ánimo, una disminución de la ideación suicida y la eliminación de las conductas autolesivas. En el momento de finalizar este estudio de caso se continúa el proceso de intervención psicológica trabajando a su vez en otras dificultades que presenta la paciente.

Palabras clave

Autolesiones, autolesiones no suicidas, conflictos familiares, depresión, ideación suicida, violencia intrafamiliar

Abstract

In the present work, the case of an adolescent with non-suicidal self-harm is presented. The patient comes to the clinic in April 2021 accompanied by her parents after the security protocol was activated at school. He presented symptoms of low mood, suicidal ideation and self-injurious behavior. The personal history of domestic violence stands out as a trigger for the symptoms presented. The psychological treatment was carried out under cognitive behavioral therapy applying techniques of psychoeducation, mindfulness, cognitive restructuring, role-playing and problem-solving training, among others. An evaluation and

treatment process was carried out in which the patient and parents participated. To date, the proposed therapeutic objectives have been achieved, with an increase in mood, a decrease in suicidal ideation and the elimination of self-injurious behavior. At the time of finishing this case study, the process of psychological intervention continues, working in turn on other difficulties presented by the patient.

Keywords

Depressed mood, family conflict, intrafamiliar violence, nonsuicidal self-injury, NSSI, self-injury, suicide ideation.

1. INTRODUCCIÓN

Las autolesiones no suicidas (ANS) o Nonsuicidal self-injury (NSSI por sus siglas en inglés) son un comportamiento clínicamente significativo y un creciente problema de salud pública, haciendo su estudio de vital importancia. En los últimos años han aumentado el número de publicaciones y empieza a tener más relevancia clínica debido a una mayor tasa de prevalencia y de aumentar el riesgo de desarrollar un trastorno límite de la personalidad o un trastorno depresivo mayor. Cada día se registran más casos de estas condiciones, siendo la población femenina adolescente la más afectada.

Las ANS están envueltas de un estigma social que dificulta la prevención de este comportamiento y aumentan el tiempo de búsqueda de soluciones. En el ámbito sanitario también son recibidas de manera negativa dificultando la atención de estas personas.

Aumentando la formación específica de las ANS y aumentando la comprensión de este comportamiento podemos reducir el impacto negativo social y favorecer una atención sanitaria de calidad para su tratamiento.

A continuación, se hará un repaso sobre la conceptualización de las autolesiones, abordando sus características, sus modelos explicativos y terapias psicológicas que a pesar de aun no tener validez empírica han demostrado en mayor o menor grado eficacia en la reducción de estas conductas.

1. 1. Definición

Según la OMS (2019) la adolescencia es una etapa de desarrollo que comprende desde los 10 a 19 años, donde se dan cambios biológicos, psicológicos y sociales, que suponen un esfuerzo por parte del adolescente para gestionarlos favorablemente. A veces estas demandas predisponen a los jóvenes a desarrollar trastornos psicológicos.

En la literatura anglosajona hay multitud de conceptos que se utilizan para referirse a las autolesiones no suicidas (ANS), como “self-harm”, “deliberate self-harm”, “self injurious behaviour” y “self-mutilation” con sus respectivas traducciones al castellano respectivamente; “autoagresión”, “autoagresión deliberada”, “conducta autolesiva” y “automutilación”. Otras denominaciones son “comportamiento parasuicida”, “conducta autodestructiva”, “lesiones autoinflingidas”, “autoagresión deliberada”. El término acuñado en la última versión del DSM-5 como nueva categoría diagnóstica es de “autolesiones no suicidas” o su término en inglés; non-suicidal self-injury (NSSI) (Suárez et al., 2016).

Por tanto, existe una falta de consenso en la conceptualización de la conducta autolesiva. Por un lado, los grupos de investigación europeos proponen una definición más conductual, independiente de la motivación intrínseca del individuo. Se considera autolesión deliberada a todo acto sin un resultado fatal que la persona realiza contra sí mismo para hacerse daño y que se considera culturalmente sancionable (Suárez et al., 2016)). Por la otra parte, desde la visión norteamericana abogan por una definición más delimitada y propositiva de la conducta autolesiva, donde se restringe a las conductas que suponen un daño directo y deliberado contra el cuerpo de uno mismo, sin una verdadera intención suicida (Nock et al., 2016).

Utilizando la definición de Nock (2009) la ANS es el “acto deliberado de dañar el propio cuerpo sin ninguna intención de morir”. Es una estrategia de afrontamiento con el objetivo de gestionar y tolerar las emociones negativas. Aunque puede aparecer de manera impulsiva también existen ANS planificadas como consecuencia de un aprendizaje (refuerzo positivo) y que se automatiza con el tiempo (Mosquera, 2008). No es una patología en sí misma, si no una afección asociada a otros diagnósticos. Además, se relaciona con comportamientos colaboradores y relaciones positivas (APA, 2020).

Dentro del DSM-5 las ANS están en el grupo de las afecciones que necesitan más estudio. Por tanto, no podemos considerar las autolesiones no suicidas como un trastorno mental *per se*, si no un

síntoma de otros trastornos o condiciones mentales. No se sabe con claridad por qué ocurren las ANS, ni las características de su etiología, ni los mecanismos subyacentes a estas conductas (APA, 2020).

La ANS es una conducta peligrosa y predominante que puede llegar a tener resultados nocivos incluyendo el suicidio futuro (Fox et al., 2015). Por esta razón es de vital importancia su tratamiento ya que, aunque en un primer momento la autolesión representa un método de aliviar el estrés psicológico, un solo evento de autolesión correlaciona significativamente con comportamientos de cometer suicidio. Además aumenta el riesgo de sufrir estrés psicológico en el futuro (Whitlock et al., 2006). En los últimos estudios de ANS se ha visto que la incidencia de estas conductas va en aumento (Nock, 2014). La pandemia COVID-19 y los efectos de la pospandemia también se consideran un nuevo estresor que ha incrementado la ansiedad y el estrés en las diferentes poblaciones, siendo esta una de las razones del incremento del número de autolesiones en jóvenes adolescentes (Hasking et al., 2021).

1. 2. Epidemiología

Resulta difícil consensuar prevalencias en la población en base a la literatura científica debido a que muchos de los estudios científicos describen los sujetos que han solicitado ayuda psiquiátrica, que sólo son una pequeña proporción de los sujetos que realizan estas conductas (Villarroel G et al., 2013). Además muchas de estas investigaciones se han llevado a cabo en población femenina o predominantemente femenina, ya que se pensaba que este comportamiento ocurría más en mujeres (Andover et al., 2010).

Existen también diferencias en las investigaciones al haber diferentes criterios para la definición caracterológica de las ANS (Chávez-Flores et al., 2019).

Dada la variedad de metodologías utilizadas en los grupos de investigación para la propia definición del concepto, ocurre lo mismo para el establecimiento de los rangos de edad.

Hawton (2016) delimita con poca precisión el rango de edad donde es más común las ANS, estableciendo el criterio de jóvenes adultos entre los 15 y 35 años.

Considerando otros estudios la edad de aparición de las autolesiones suele ser en la adolescencia temprana, entre los 12 y 14 años (Cipriano et al., 2017). En la población adolescente se da una prevalencia de ANS de 16,1 – 18,0 % en población general (Muehlenkamp et al., 2012) y de hasta un 60% en la población clínica (Kaess et al., 2013). En la población adulta la estimación es del 4% en la población general y un 21% en la población clínica, con una prevalencia similar entre hombres y mujeres (Briere y Gil, 1998).

En un estudio realizado en España con 1.864 adolescentes con edades entre los 12 y 19 años, con una edad media de 15,2 años se encontró una alta prevalencia de las ANS. Se encontró que un 55,6% de la muestra había realizado alguna conducta autolesiva. Respecto a la severidad y naturaleza de las autolesiones, el 23,5% se trataban de conductas autolesivas leves frente a un 32,2% que eran graves. Referente al sexo, el porcentaje era mayor en mujeres (58%) respecto a los hombres (52%), pero no hubo diferencias significativas en la gravedad de las autolesiones. (Calvete et al., 2015).

1. 3. Etiopatogenia

Para intentar establecer las bases empíricas en las que apoyar el tratamiento se han realizado muchas investigaciones para conocer la génesis de las ANS. A pesar de la dificultad en establecer una definición estricta de las ANS y de la porosidad del concepto se tienen en cuenta los principales factores de riesgo. Como el resto de trastornos psicológicos, la etiopatogenia tiene un origen multicausal.

1. 3. 1. Variables sociodemográficas

La edad es un factor clave en la aparición de las autolesiones. Los estudios muestran que las conductas autolesivas empiezan entre los 11-13 años. Se observa que existe una prevalencia estable en los hombres mientras que en las mujeres se da un fenómeno de “u” invertido incrementando su prevalencia en la adolescencia media, donde se da el punto más alto (Kvernmo y Rosenvinge, 2009).

1. 3. 2. Variables personales

Factores biológicos

Existe una hipótesis biológica en la cual algunas personas tienen una mayor vulnerabilidad a hipersensibilidad afectiva como resultado de una disminución de neurotransmisores como la serotonina. Otros neurotransmisores como los opioides endógenos ayudan a regular emociones y suprimir el dolor, por lo que la propia autolesión sería placentera y regularía los episodios de malestar (Del Rosario et al., 2018).

Estilo de afrontamiento

Déficits en estrategias de afrontamiento están relacionados con una peor autorregulación psicológica. En el estudio de Kirchner (2008) mostraron que el mayor riesgo de autolesión era para las personas con niveles altos en estrategias de evitación y bajos en estrategias de acercamiento. Estas estrategias de evitación a mayor percepción negativa del evento estresante (Kirchner et al., 2008).

Depresión

La sintomatología depresiva está directamente relacionada con ANS y con conductas e ideación suicida, ya que las personas que tiene antecedentes de estos comportamientos presentan altas tasas de síntomas depresivos. Los adolescentes utilizan las ANS como forma de regular sus síntomas depresivos (Asarnow et al., 2011). Inmediatamente después de una autolesión, disminuyen los estados afectivos negativos y se dan efectos positivos de calma y alivio. Esta disminución del malestar emocional actúa como mecanismo

de refuerzo negativo de las autolesiones como forma de regulación emocional, particularmente cuando la sintomatología es muy intensa (Marshall et al., 2013).

Bullying

El acoso escolar o bullying resulta un predictor significativo de las autolesiones. Este acto por parte de los pares puede ser de diferente naturaleza; verbal, física o indirecta (perjudicar la reputación a través de rumores) (Hymel y Swearer, 2015). Es un factor de riesgo en el desarrollo de conductas autolesivas debido a la asociación con problemas emocionales como la baja autoestima, la ansiedad y la depresión (Kaltiala-Heino y Fröjd, 2011).

Conductas impulsivas

Personas con altos niveles de impulsividad tienen más probabilidad de cometer autolesiones debido a una falta de premeditación (incapacidad para retrasar la acción y planificar) y a una elevada búsqueda de sensaciones (Glenn y Klonsky, 2010).

Hostilidad

La agresión verbal y la agresión indirecta están significativamente asociados a las ANS. El componente cognitivo de la agresión, la hostilidad, genera sensaciones de resentimiento y conductas de aislamiento social. Ésta no solo se asocia a la desconfianza hacia otros, mayor vulnerabilidad al estrés, déficits en estilos de afrontamiento y emociones negativas de afecto, si no que también se asocian a la ansiedad y depresión, principales factores de riesgo que predicen la probabilidad de cometer ANS (Tang et al., 2013).

Mala función familiar

Diversos estudios han mostrado que episodios violentos en la infancia son un factor de riesgo en adolescentes, aumentando la probabilidad de ideación suicida, comportamientos suicidas e intentos suicidas (Bebbington et al., 2009).

Agnew (1992) propone un marco ideal para entender la asociación entre la violencia durante la infancia y las respuestas emocionales negativas y el comportamiento suicida. La teoría propone que los adolescentes incurren en un comportamiento disfuncional, incluyendo el comportamiento suicida debido a la sensación de sentirse atrapados en un ambiente aversivo. Esto lleva a una evitación desesperada por escapar del evento estresor. Tanto la ira como la depresión son mediadores importantes en la agresión infantil. Sin embargo, mientras que la ira y la depresión coexisten, estas emociones tienen resultados conductuales diferentes. La ira aumenta la probabilidad de exteriorizar el comportamiento, como golpear, gritar, robar, mientras que la depresión aumenta la probabilidad de dirigir el comportamiento violento hacia uno mismo, como autolesionarse (Asgeirsdottir et al., 2010).

Homosexualidad y bisexualidad

Sornberger et al(2013) mostraron que las ANS eran muy prevalentes en personas que están pasando por conflictos sobre su identidad sexual. Por ejemplo, presentaban mayor tasa los bisexuales o con dudas sobre su orientación sexual que las personas que se identificaban como heterosexuales, gays o lesbianas.

1. 5. Características clínicas

Los métodos más observados en el 70% – 90% de las personas que se autolesionan son los cortes, seguido de un 20% – 40% de golpes en extremidades, y un 15% – 30% utilizan las quemaduras (Klonsky, 2007). Se suelen utilizar objetos punzantes y objetos incandescentes con la finalidad de generar quemaduras, y el frote o rascado continuo para escoriarse la piel hasta producir sangrado (Villarroel G et al., 2013). Según las investigaciones existen diferencias de género respecto a los métodos utilizados para las autolesiones. Los hombres tienden a utilizar maneras más violentas como golpearse o quemarse

frente a los métodos de las mujeres, con más tendencia a los cortes en los antebrazos, rascarse hasta sangrar y morderse las uñas (Andover et al., 2010).

1. 6. Diagnóstico diferencial

Según el DSM-5 (APA, 2020) se realiza un diagnóstico diferencial respecto a las siguientes cuadros diagnósticos:

Trastorno límite de personalidad: A lo largo de la historia se han considerado las autolesiones un síntoma patognomónico del TLP. Sin embargo, los pacientes con TLP presentan cuadros muy heterogéneos con mucha comorbilidad que entorpecen la evaluación y el tratamiento clínico. Así mismo, la mayoría de personas que realizan ANS cumplen otros criterios diagnósticos de otros trastornos, dificultando una asociación directa con el trastorno límite de personalidad (Sampietro y Buratti, 2012). Por tanto, aunque estas dos condiciones se asocien con mucha frecuencia, realizar conductas autolíticas no implica tener un trastorno límite de personalidad.

Trastorno de comportamiento suicida: La diferencia fundamental entre la ANS y el comportamiento suicida es la intención o deseo de morir, o el objetivo de aliviar el malestar psicológico, siendo este uno de los criterios diagnósticos clave en la evaluación. Aunque las ANS funcionan como estrategias de regulación del malestar afectivo y no tienen una intencionalidad suicida, si que se consideran un factor de riesgo de consumir el suicidio en el futuro (Sampietro y Buratti, 2012).

Tricotilomanía: Se trata de un comportamiento limitado a arrancarse el pelo, normalmente de las cejas y cuero cabelludo. La diferencia fundamental es que se realiza en “sesiones” y en estados de relajación o distracción, en cambio las ANS se dan en momentos inmediatamente después de alto malestar emocional.

Autolesión estereotipada: Son comportamientos que implican darse golpes o morderse, asociado normalmente a retrasos en el desarrollo y trastornos del espectro autista.

Trastorno de excoriación: Es un comportamiento de daño infligido a una zona de piel que la persona considera antiestética, como manchas. Se suele dar en mujeres y el método es rascarse sin el uso de ningún objeto. Como en las autolesiones, no hay una intención suicida.

1. 7. Modelo explicativo

La terapia cognitivo-conductual (TCC) propone que las autolesiones se deben a déficits en la resolución de problemas, mejorando esta habilidad aumentarían las estrategias de afrontamiento (Mollà et al., 2015). Los adolescentes con estas conductas usan estrategias de resolución de problemas centradas en la emoción y tienen dificultades en el uso del apoyo social (Suárez et al, 2016).

Nock y Prinstein (2004) utilizan un modelo basado en la teoría del comportamiento, el Four-Function Model (FFM por sus siglas en inglés). Postulan que las ANS se mantienen por cuatro mecanismos de refuerzo. Cada uno de los procesos se divide en dos dimensiones dicotómicas:

- **Refuerzo negativo intrapersonal o automático**: Las ANS disminuyen o distraen de la emocionalidad negativa y/o cogniciones negativas.
- **Refuerzo positivo intrapersonal o automático**: Las ANS ayudan a incrementar o generar emociones positivas.
- **Refuerzo negativo interpersonal o social**: Las ANS facilitan escapar de situaciones sociales aversivas o eludir demandas interpersonales.
- **Refuerzo positivo interpersonal o social**: Las ANS facilitan recibir atención o la búsqueda de ayuda.

Tabla 1

Principios clave en el modelo de cuatro funciones en la autolesión no suicida

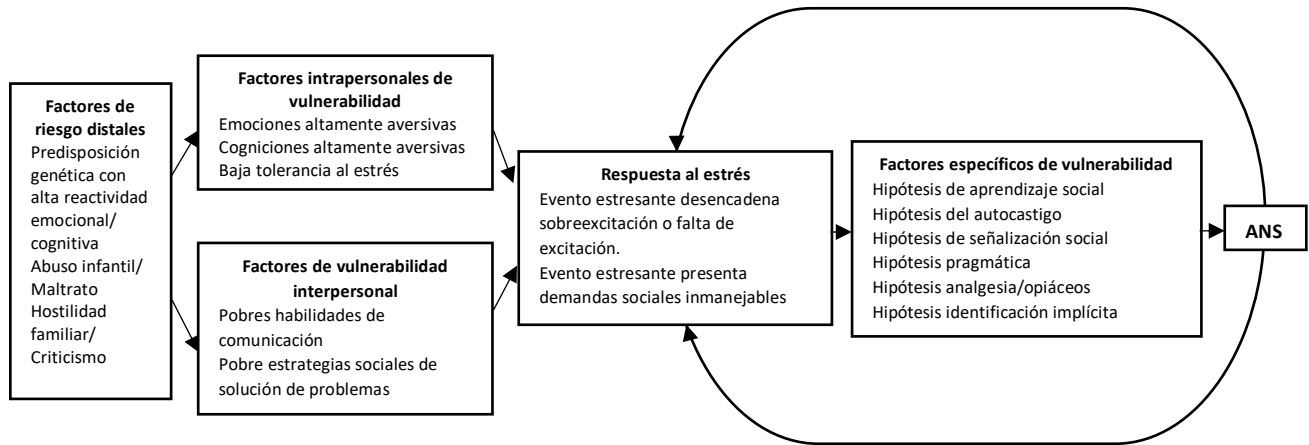
Tipo de refuerzo	Negativo	Positivo
Intrapersonal o automático	Disminuir o eliminar estados afectivos o estados cognitivos adversos	Incrementan o generan emociones positivas
Interpersonal o social	Disminuir o eliminar situaciones sociales aversivas	Incrementan la atención y la probabilidad de recibir ayuda

Otra propuesta teórica relaciona los factores de riesgo como la predisposición genética, el abuso infantil y la hostilidad familiar con otros factores como la vulnerabilidad intrapersonal e interpersonal y orienta la comprensión, el tratamiento y las futuras investigaciones en el campo de las autolesiones.

Este modelo integrador de Nock (2009) propone que las ANS funcionan como medio para regular las experiencias afectivas o los estados cognitivos aversivos de manera inmediata. Existen factores de riesgo distales (genética, hostilidad familiar) que inciden en la comunicación emocional y en las relaciones interpersonales que se sumarían a otros factores específicos como las diferentes hipótesis propuestas para las autolesiones (aprendizaje social o la hipótesis de los opiáceos/analgesia del dolor). De esta manera el modelo permite explicar porque algunas personas recurren a estas conductas como forma de autorregularse (Figura 1).

Figura 1

Modelo integrador de las autolesiones no suicida (Nock, 2009).



1. 8. Propuesta de tratamiento y tratamientos más eficaces

Existe poco volumen de investigación en el tratamiento de las AN. En la actualidad los estudios están en fase experimental y los hallazgos encontrados han de ser valorados con atención, debido a las limitaciones metodológicas y el escaso tamaño de las muestras utilizadas en los diseños. Además, la gran mayoría de investigaciones enfocadas en reducir las conductas autolesivas parten del tratamiento de otros trastornos como el trastorno límite de personalidad o trastornos depresivos. Dentro de estas limitaciones también se encuentra la dificultad en distinguir entre ANS y ANS con ideación suicida, donde pueden darse simultáneamente. Por tanto, aunque muchas terapias muestran resultados prometedores todavía no hay ninguna terapia haya demostrado suficiente evidencia empírica para el tratamiento de autolesiones en adolescentes (Mollà et al., 2015).

Encontramos estudios experimentales de enfoques de tratamiento centrados en la reducción de las autolesiones:

- La terapia cognitivo conductual (TCC).
- Manual-Assisted Cognitive-behavioral Therapy (MACT).
- “The cutting down program”.
- La terapia dialéctica conductual.
- Terapia basada en la mentalización.

La terapia cognitivo-conductual propone el entrenamiento en habilidades de solución de problemas ya que considera que las autolesiones se producen como una estrategia disfuncional de solución de problemas (Mollà et al., 2015). Desde esta técnica se centrarían en tres objetivos principales:

1. Aumentar una orientación positiva hacia los problemas y disminuir una orientación negativa.
2. Orientar a la solución de problemas de manera racional.
3. Eliminar o reducir la evitación de solución de problemas y aumentar el control de decisiones impulsivas.

Según Mollà et al (2015) a pesar de la lógica teórica de la TCC, los metaanálisis todavía no han demostrado la eficacia del tratamiento respecto a las autolesiones.

Continuando con la hipótesis de déficits de estrategias de resolución de problemas se diseñó el Manual-Assisted Cognitive-behavioral Therapy (MACT) integrando técnicas cognitivas y estrategias de prevención de recaídas (Mollà et al., 2015). Se trata de un manual detallado de seis sesiones protocolizadas centradas en psicoeducación de las autolesiones, resolución de problemas, estrategias

cognitivas para la gestión emocional, orientación a nuevas estrategias de afrontamiento y prevención de recaídas. Los resultados en un estudio piloto no son significativos a pesar de que se da una disminución en la frecuencia de autolesiones (Evans et al., 1999). En otros estudios los resultados mostraban una mejoría coste-beneficio, aunque en el caso de los pacientes con TLP el coste era mucho mayor (Tyrer et al., 2004).

Posteriormente se desarrolló un programa para adolescentes “The cutting down program” que es una adaptación del MACT. Consta de tres partes en las que se van operativizando diferentes objetivos. Primero se trata de generar insights de la problemática, su emocionalidad y motivación al cambio. Después un entrenamiento en identificación y gestión de cogniciones negativas y síntomas de la depresión. Continúa con entrenamientos en solución de problemas, asertividad y alternativas de conducta. Por último, se realiza una revisión del programa y se consolidan habilidades para prevenir recaídas y estados de crisis. Se realizó un estudio piloto en el servicio de salud mental para niños y adolescentes de Londres. Las edades comprendidas eran de 12 a 18 años con una muestra pequeña (n = 25). Los resultados mostraron reducciones significativas en las conductas autolíticas y también se dio una disminución de los síntomas de depresión y ansiedad (Taylor et al., 2011).

El enfoque teórico de la TCC parece eficiente en reducir los síntomas de autolesión, pero son necesarios más investigaciones con muestras más elevadas para confirmar su eficacia y su generalización.

A lo largo de la historia se han considerado las autolesiones un síntoma del TLP. Por ello, los tratamientos más genéricos de tratamiento del TLP integraban técnicas para reducir sus síntomas, entre ellos las autolesiones. Según Turner et al (2014) la terapia dialéctica-conductual (TDC) de la Dra. Marsha Linehan ha demostrado efectividad para el tratamiento del trastorno límite de personalidad y sus problemas asociados como las autolesiones, la ideación suicida, la depresión y la desesperanza. En comparación con otros tratamientos la TDC que es una modalidad de la TCC, reduce significativamente la

frecuencia de autolesiones, ideación suicida, depresión, ansiedad y síntomas del trastorno límite (Elices y Cordero, 2011)

La TDC entiende que pueden coexistir visiones contrarias en la persona generadoras de tensión y conflicto, es decir, que exista a la vez un deseo de vivir y de morir. El objetivo central de esta terapia es aceptar esos conflictos y generar un cambio. Para ello se integran entrenamientos en habilidades sociales, exposición con prevención de respuesta, control de variables, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva con técnicas de Mindfulness, validación y aceptación. Además, se incluyen módulos para trabajar con la familia en entrenamientos de habilidades y reestructuración del ambiente familiar. (Mollà et al., 2015).

Un meta-análisis de 21 estudios con 1673 adolescentes proporciona evidencia para apoyar la eficacia de la TDC en la reducción de las conductas autolíticas y la ideación suicida en comparación con las intervenciones de control y pre-post tratamiento. La reducción de las autolesiones fue mayor en los grupos de aleatorizados de control y menor o medio en los grupos clínicos de control. Parece ser que la TDC es un tratamiento eficaz para la reducción de las autolesiones y la ideación suicida. Sin embargo, respecto al tratamiento de TLP los resultados de eficacia solo se encontraron en los tratamientos pre-post (Kothgassner et al., 2021).

Otra terapia para el tratamiento del TLP y sus problemas asociados como las autolesiones, es la terapia basada en la mentalización (TBM) de Bateman y Fonagy. Parten de la idea de que, si no hay capacidad de mentalización, las emociones negativas se viven con una elevada intensidad, surge sintomatología depresiva y hay un aumento de la necesidad de distracción. Estos autores relacionan la conducta autolítica con una baja capacidad de mentalización, llevando esto a un déficit en la regulación emocional y problemas para controlar la impulsividad, concretamente en contextos interpersonales. Por

ello el objetivo es facilitar la mentalización en términos de pensamientos y emociones, aumentar el autocontrol y la autorregulación emocional. De esta manera reducir las autolesiones (Mollà et al., 2015).

Bateman y Fonagy (2009) realizaron un estudio con una muestra (n = 134) de pacientes con trastorno límite de personalidad derivados de un centro de tratamiento especializado. Compararon la terapia basada en la mentalización y la “Structured clinical management” (SCM). Se observaron mejoras en ambos tipos de tratamientos, sin embargo, los pacientes con TLP asignados al azar a la TBM mostraron una disminución más pronunciada de los problemas clínicamente significativos como las autolesiones y la ideación suicida.

En otro estudio de Rossouw y Fonagy (2012) compararon la TBM y el tratamiento psicológico general en una muestra de 80 adolescentes (85% mujeres) que se autolesionaban. Las adolescentes que provenían de un servicio de atención de salud mental fueron evaluadas respecto a las autolesiones, estado de ánimo, estilo de apego, capacidad de mentalización y característica de TLP. La TBM mostró una disminución más eficaz de las autolesiones que el tratamiento psicológico general explicándose por un aumento de la mentalización y una reducción de evitación del apego. Además, se dio una mejoría de otros síntomas emergentes del TLP.

Según Mollà et al. (2015) las terapias basadas en la mentalización y la terapia dialéctica conductual de Linehan son las que más eficacia han demostrado en la reducción de las autolesiones. Las conclusiones se deducen de varios estudios empíricos en comparación el resto de modelos propuestos, incluidas otras terapias de corte cognitivo-conductual, psicoanalítico, psicodinámico, sistémico, familiar, etc (Yust y Pérez-Díaz, 2012).

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA

2. 1. Datos personales

Los datos personales presentados en el caso clínico son ficticios de acuerdo al cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal y a su vez evitar la identificación de la paciente, respetando así su privacidad y el código deontológico profesional. En su lugar, nos referiremos a ella por la inicial L.

L. es una adolescente de 15 años de nacionalidad española. Tiene un hermano cuatro años mayor que ella y en el momento de consulta los cuatro miembros conforman una unidad familiar.

2. 2. Descripción del problema

Acude a consulta en abril de 2021 acompañada por los padres por recomendación de servicios sociales y de la escuela después de activarse el protocolo de sospecha de autolesiones. La paciente presentaba costras en los muslos debido quemaduras provocadas por mecheros.

Los padres informan que nunca había tenido problemas relevantes, que era una persona alegre y que nunca había expresado su malestar en ningún sentido por lo que se muestran sorprendidos de esta conducta.

La paciente presenta además síntomas de bajo estado de ánimo, ideación suicida y sentimientos de vacío. Por otro lado, refiere tener miedo a la oscuridad y la necesidad de dormir con las luces encendidas.

Área familiar: Comenta tener buena relación con su madre, que la considera un apoyo, sin embargo, con el padre la relación es muy distante. Cuenta que la situación en casa a lo largo de su vida ha sido dura, con muchas discusiones, gritos, agresión verbal y en alguna ocasión maltrato físico por parte del padre hacia la madre. Además, verbaliza que su padre trata muy mal a su hermano. Refiere sentir

culpa por esto, considerando que ella ha sido tratada como la princesa de la casa. Con el hermano, que sufre de mucho aislamiento social, expresa que hablan de tonterías y juegan a videojuegos, pero siente que no tiene una relación íntima con él.

En ocasiones, durante las discusiones parentales ella ha intentado interponerse para aliviar el clima familiar, convirtiéndose en objeto de la ira del padre y generándole un intenso malestar emocional y un rencor que le cuesta verbalizar. Aunque en comparación reconoce que su padre no le ha tratado a ella tan mal como a su madre o su hermano, refiere tenerle miedo y sentirse tensa en su presencia. Por este hecho, existe una distancia respecto al padre, expresada anteriormente, que se manifiesta con una especie de mutismo hacia él, contestando con monosílabos y de manera muy superficial.

Área social: refiere sentir que no es querida por parte de sus amigos o al menos no tanto como ella los quiere. Existe mucho aislamiento social hasta el punto de no salir con sus amigos después de clase ni tampoco durante los fines de semana.

Área académica: Los padres refieren que siempre ha tenido dificultades para sacar buenas notas y que en este último periodo su rendimiento escolar ha disminuido. La paciente durante los últimos años ha llegado al aprobado en el último momento, estudiando al final y con niveles elevados de estrés. Durante el segundo trimestre de 2021, la paciente tiene 4 suspensos (algo que no había sucedido hasta la fecha).

Intereses y aficiones: Cuenta que le encanta leer y ver series en el ordenador. Le gusta salir con los amigos y estar con la familia materna. Añade que le encanta reírse “con tonterías” y que odia el deporte y el ejercicio físico. Además, comenta que le gusta comer, especialmente dulces y aunque se ve a sí misma con algo de sobrepeso y verbalizando cierta preocupación por la imagen física, prefiere comer que entrar en espirales como las de sus amigas, con tres casos cercanos de trastornos de conducta alimentaria.

3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

La etapa de evaluación se realizó a través de entrevista clínica semiestructurada junto a los padres a fin de conocer el motivo de consulta. Las posteriores sesiones fueron entrevistas separadas individuales con ella y con los padres, que se realizaron en un primer momento con los dos juntos y después de manera individual debido a un divorcio ocurrido durante las primeras semanas de terapia. La mayoría de estas últimas sesiones se realizaron con la madre.

Se administró el test SENA tanto a ella (Anexo 1) como a los padres (Anexo 2) para evaluar la sintomatología depresiva, ansiosa y postraumática. Además, la intención era detectar las áreas de vulnerabilidad de la paciente que nos permitiese encauzar la evaluación y posteriormente el transcurso de la terapia.

El objetivo era conocer la personalidad de la paciente y obtener información relevante sobre las conductas problema y que variables disposicionales interactuaban en el origen, desarrollo y mantenimiento de las autolesiones. Así, facilitar el análisis funcional y establecer un punto de partida que permitiera guiar la aplicación del tratamiento. Sin embargo, todavía en la sesión número cinco no se tenía un análisis claro del origen y desarrollo del problema. De manera conjunta, se aprovechó el tiempo de las sesiones de evaluación en generar una buena relación terapéutica a fin de garantizar un espacio seguro para la paciente y aumentar la adherencia al tratamiento.

Durante las entrevistas evaluativas queríamos conocer si era consciente de por qué le habían traído aquí sus padres, qué idea tenía de lo que había hecho, cómo se sentía, cómo era su estado de ánimo antes de lo ocurrido, su autoconcepto, cómo era el contenido de sus cogniciones sobre sí misma, etc. También queríamos saber qué más áreas podían estar afectadas; relaciones con la familia, con amigos, área académica e intereses personales y de ocio.

Se elaboraron unos autorregistros específicos (Figura 2) para realizar fuera de las sesiones sobre la frecuencia de los pensamientos autolesivos y estados depresivos, y sobre el contenido de estas cogniciones. Buscamos qué situaciones o eventos internos disparaban los pensamientos y las conductas autolíticas y qué mecanismos utilizaba para afrontarlo. Los resultados fueron de escaso valor, con un desarrollo vago ya que refería que le costaba mucho realizarlo.

Figura 2

Autorregistro tipo

Fecha y hora	Situación	Pensamientos	Sentimientos	Acción

En otra de las sesiones se dibujó un átomo social (Anexo 3), una técnica del psicodrama ,para conocer el contexto de sus personas cercanas y el rol que desempeñaba en esas relaciones.

En cierta etapa del tratamiento la paciente pide que no se realicen sesiones junto a su padre. En este momento la dirección de la evaluación se dirige en torno a las dinámicas familiares sin dejar de lado el seguimiento de autolesiones e ideas suicidas. La agresividad parental del padre hacia la madre es fuente de estrés, malestar y labilidad emocional, llegando ella a expresarlo al relacionar que cuando pasaba tiempo con su padre es cuando peor estado anímico tenía.

4. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

Las variables disposicionales socio-ambientales que han estado originando que la paciente tenga un estado de ánimo depresivo y consecuentemente un déficit en la autorregulación emocional que han derivado en realizar conductas autolesivas, serían en una primera instancia las vivencias de violencia intrafamiliar perpetradas por el padre hacia su madre y su hermano. Estos eventos han producido un miedo interno hacia el padre, y han ayudado a desarrollar una personalidad con rasgos depresivos y evitativos, con dificultades en la gestión emocional y creencias disfuncionales sobre sí misma.

En la definición clásica de Ainsworth y Bowlby (1991) el apego permite establecer un vínculo emocional con uno o más de los progenitores con quien se siente seguro, receptivo a las manifestaciones de cariño y de quien teme separarse. En este caso las experiencias de violencia intrafamiliar pasiva han ejercido influencias perniciosas en el desarrollo socio-emocional de la paciente, originando un estilo de apego inseguro, tendencia a rasgos de personalidad depresivos y ansiosos, una marcada emocionalidad negativa y un estilo de relacional con los miembros de la familia disfuncional, sobretodo con el padre.

De acuerdo con Sigfusdottir et al. (2013) la exposición a violencia física o psicológica tiene serias consecuencias para la salud mental e inevitablemente aumenta el riesgo de desarrollar psicopatología y conductas riesgo, como en este caso de autolesiones.

La comprensión de los datos anteriormente descritos permite entender el hecho de que L. ha estado expuesta a experiencias traumáticas de violencia intrafamiliar. Según Feeny et al. (2004) la exposición a eventos traumáticos de maltrato incrementa el riesgo de problemas psicopatológicos como trastornos de ansiedad, depresión y autolesiones. Por tanto, estas escenas han desencadenado en la paciente un estado de sintomatología depresiva, sentimientos de mucha tristeza y el resultado conductual

de autolesionarse. Estas experiencias también son causa del déficit de regulación emocional, de sentimientos negativos y de una autovaloración negativa.

Con la información obtenida mayormente a través de las entrevistas se determinaron las variables disposicionales que nos permiten establecer la hipótesis de origen y de mantenimiento de las autolesiones. De acuerdo a la historia de L. señalamos en este cuadro un resumen de todas ellas.

4.1. Análisis psicológico del problema

Con el fin de hacer más sencillo de entender el análisis del caso, es necesario explicitar la hipótesis de origen y la hipótesis de mantenimiento. La primera ayuda a entender la génesis de la conducta problemática y la segunda permite establecer que variables están interviniendo para que la conducta problema se siga repitiendo.

Hipótesis de origen: Dados las diferentes variables que interactúan en el inicio de las autolesiones, no resulta fácil delimitar un momento puntual en su comienzo. La paciente ha crecido en un contexto familiar de mucha agresividad por parte de su padre hacia su madre y su hermano, generando un clima interno de mucha tensión.

En un primer momento, ante los conflictos y discusiones familiares, la paciente se interponía para intentar evitar las peleas y como resultado esa agresividad se volvía contra ella, generándola mucho malestar. De aquí se entiende que la paciente haya podido establecer un sesgo atribucional negativo y una indefensión aprendida al sentir que nada de lo que ella hiciera podía detener las disputas.

A medida que esta indefensión se ha ido reforzando y junto al estilo educativo autoritario del padre, esto ha contribuido a que la paciente haya desarrollado rasgos de personalidad evitativos. Como

resultado de la combinación de estas variables ha generado cierto miedo a que las interacciones puedan acabar en rechazo o conflicto y con una incapacidad evidente de gestionar el malestar interno.

Este clima familiar de tensión, poca flexibilidad y de muy poca colaboración ha minado un desarrollo adecuado de solución de problemas. De estos aprendizajes ha desarrollado un estilo de afrontamiento evitativo, siendo la evitación el recurso más viable para escapar de las situaciones de amenaza percibidas y una manera de aislarse del miedo que esto le supone.

Todas estas variables también ejercen un efecto en su estado de ánimo y aumentando la labilidad emocional. El hecho de tener una incapacidad de expresar sus sentimientos y emociones hace que se aísle en sí misma y contribuya a no desarrollar habilidades comunicativas, tanto de solución de problemas como de interacción social. De aquí también se entiende el aislamiento respecto a su familia, donde no ve un lugar seguro de confianza y tranquilidad, generando en ella una sensación de desamparo familiar y social que manifiesta en su sensación de vacío y sentimientos de soledad.

No podemos considerar este caso únicamente como una situación de estrés postraumático (TEPT) como lo exponen los manuales de psicopatología clínica puesto que muchas otras variables interactúan en su génesis. Sin embargo, si podemos tener en cuenta que estas experiencias vividas por la paciente han generado sintomatología relacionada con el TEPT. Encontramos reexperimentación del miedo y sus respuestas asociadas de huida o evitación, cambios cognitivos con atribuciones negativas y decremento del estado de ánimo.

El inicio de las autolesiones se da en el pico de varias situaciones que le generan una alta emocionalidad negativa. La paciente ha aprendido que sus padres no pueden responder correctamente a sus demandas afectivas y su respuesta comunicativa es castigada por lo que aparece el mutismo hacia las figuras que le generan malestar, pero sobretodo con el padre que considera la fuente principal de su sufrimiento. Por tanto, la búsqueda de regulación por parte externa se ve truncada por lo que solo le

queda buscar una manera interna de autorregularse. Quemarse con un mechero se presta como una nueva estrategia de evitación del malestar psicológico y una forma de afrontamiento de las experiencias aversivas. Este acto permite salir momentáneamente de las emociones negativas, pensamientos suicidas, sentimientos de inadaptación, vacío y soledad, al cambiar el foco atencional de los eventos internos hacia la experiencia fisiológica del dolor. A su vez, este cambio de foco también permite salir tanto mentalmente como situacionalmente del evento o situación disparadora del malestar.

Hipótesis de mantenimiento: Al quemarse la paciente encuentra una nueva manera de superar el malestar interno, aunque sea momentáneamente. Esta nueva forma de evitación a través del dolor físico le impide desarrollar conductas más adaptativas para la autorregulación emocional. Además, el hecho de que se aisle y desarrolle un cierto mutismo aumenta la dificultad de expresión emocional que repercute nuevamente en la incapacidad de encontrar una nueva vía de regulación afectiva.

El bajo estado de ánimo empeora la sintomatología. Aumenta su aislamiento social al no querer hacer planes con sus amigos y distanciándose de actividades placenteras para ella. Este aislamiento a su vez retroalimenta el bajo estado de ánimo y confirma creencias y pensamientos de “no la quieren”, “no sirvo para nada”, “nadie me cuida”, “nunca me van a querer”, etc. Desde aquí se cuelan pensamientos intrusivos de ideación suicida, una vez más como estrategias de afrontamiento al pensar que “si no existiese no sufriría”. A medida que el aislamiento aumenta su autoestima disminuye, los sentimientos de culpa aparecen y se incrementan la frecuencia de los pensamientos intrusivos. Iniciada esta situación se encuentra en un bucle del que no puede salir porque no ha desarrollado estrategias de afrontamiento adaptativas. La que le ha sido efectiva, al menos como alivio temporal del malestar, es totalmente disfuncional. El aislamiento y la falta de comunicación imposibilitan que terceras personas conozcan el malestar emocional por el que está pasando e impide que se aprendan nuevas estrategias de afrontamiento y de ventilación emocional. Además, las carencias de los padres de resolver sus propios

conflictos conyugales no permiten un aprendizaje vicario para regular sus propias emociones y expresarlas de una manera asertiva.

En el colegio y con su grupo de iguales se dan situaciones similares. Ante conflictos entre amigos o en situaciones donde se siente desplazada le sobrevienen pensamientos y emociones de carga negativa como los anteriormente expuestos. Como resultado se dan conductas en diferentes contextos de características idénticas con emociones negativas e incapacidad para expresarlas. Constituye de nuevo un terreno propicio para mantener un estado de ánimo bajo, disminuyendo su autoestima y manteniendo la aparición de pensamientos intrusivos disfuncionales y sus consecuentes respuestas conductuales como el aislamiento y la autolesión.

No solo las situaciones de agresividad y violencia desencadenan las respuestas conductuales de autolesión o de disminución del estado de ánimo, si no también cuando la paciente percibe una falta de afecto y de cuidado por parte de terceras personas. Esta percepción refuerza las creencias de que nadie la va cuidar o de que no puede pedir ayuda a nadie, repitiéndose de nuevo el bucle que aumenta la indefensión y disminuye su estado emocional.

4.2. Análisis funcional del problema

Se presenta el análisis funcional destacando las conductas problemas de autolesión, ideación suicida y conductas de aislamiento. Se explicitan otras respuestas conductuales emocionales como la tristeza y la sensación de vacío que intervienen a la vez como variables disposicionales y como conductas problema.

Estas respuestas conductuales a corto plazo ayudan a reducir el malestar emocional y los sentimientos negativos (refuerzo negativo), conseguir alivio momentáneo por la liberación de opioides endógenos (refuerzo positivo) y escapar de las situaciones conflictivas (refuerzo negativo).

A largo plazo estas conductas tienen consecuencias nefastas. Al no encontrar una solución adaptativa y funcional la emocionalidad negativa se va a mantener y con ello se va a incrementar el sentimiento de culpa. La evitación y aislamiento se instauran como estrategias conductuales y aumenta la probabilidad de repetición de autolesiones al ser la única estrategia de alivio inmediato. El mutismo y aislamiento familiar va a deteriorar la relación padre-hija y las relaciones sociales donde repita esta conducta, acentuando los sentimientos de culpa. El bajo estado de ánimo derivado, va a perjudicar en la calidad del sueño y la concentración. Todas estas consecuencias también ocasionan un empobrecimiento del rendimiento académico.

A la larga sus creencias de incapacidad y de no ser querida se van a ver confirmadas ayudando al mantenimiento del problema. Se mantendrá el aislamiento y con ello la dificultad de aprender nuevas habilidades para el afrontamiento de eventos desencadenantes, que aumentarán a otros contextos y situaciones. Las conductas desadaptativas se van a ir reforzando aumentando la probabilidad de ocurrencia. Por el contrario, al no aprender nuevos repertorios conductuales adaptativos no podrán ser reforzadas para sustituir a las disfuncionales.

A continuación, se explicitan las variables disposicionales que influyen en el origen y mantenimiento del problema (Tabla 3), las cadenas conductuales de la hipótesis de origen (Figura 2) y de la hipótesis de mantenimiento (Figura 3).

Tabla 3

Variables disposicionales

Variables ambientales, sociales y familiares:
Agresividad intrafamiliar paterna hacia la madre y hermano
Padre estilo educativo autoritario
Aislamiento social (disminución de relaciones de calidad y de actividades reforzantes)
Falta de relaciones familiares íntimas
Variables psicológicas/conductuales
Rasgos de personalidad evitativos
Dificultades en la gestión emocional
Estilo atribucional negativo
Creencias cognitivas disfuncionales/distorsionadas: Visión del mundo como peligroso
Sentimientos de no ser querida
Estilo de afrontamiento evitativo

Figura 2

Hipótesis de origen: Condicionamiento clásico de activación fisiológica y malestar emocional

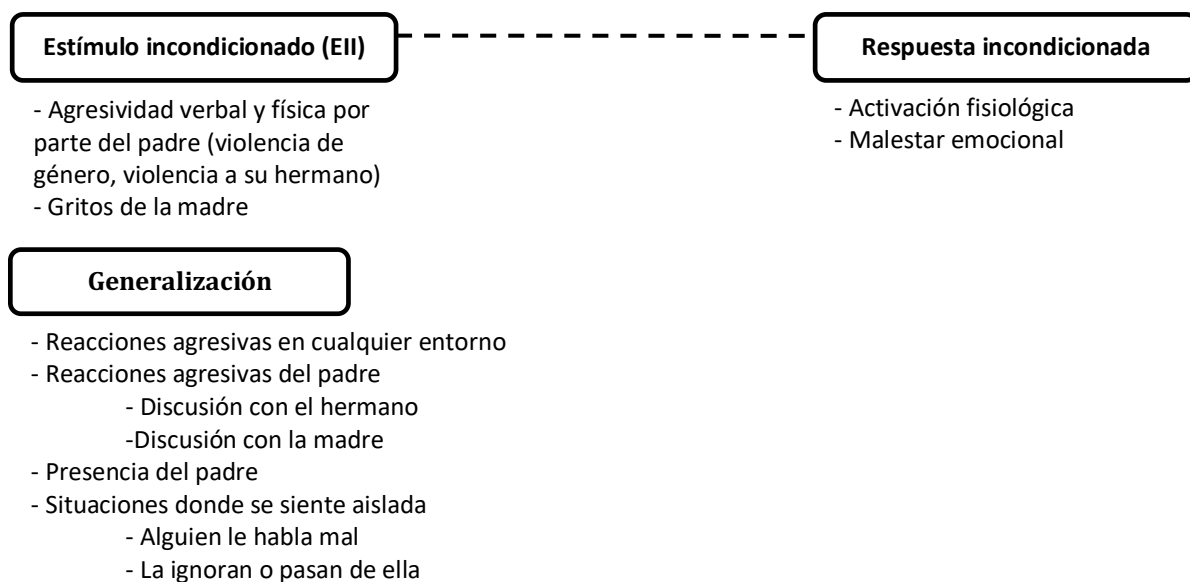
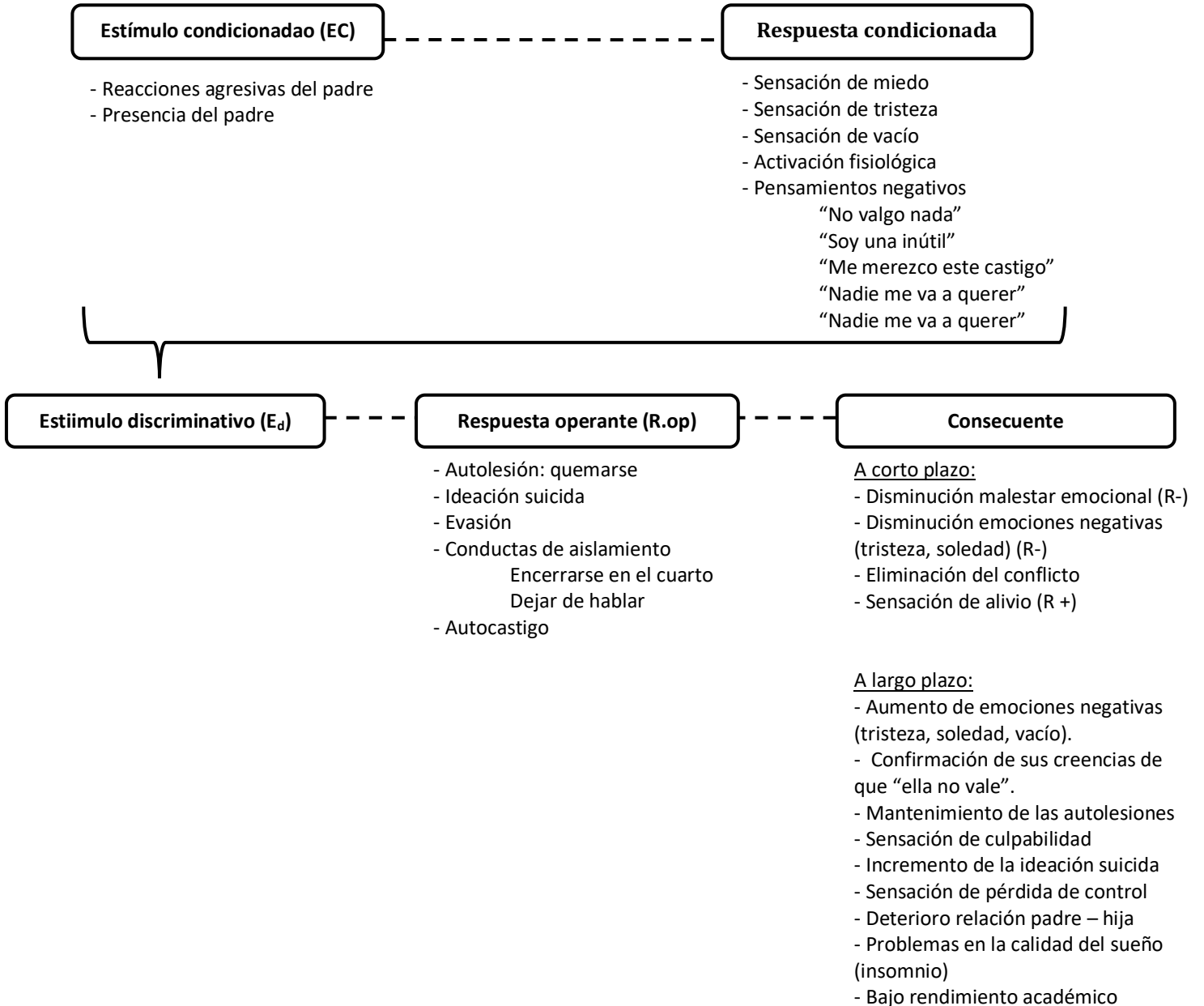


Figura 3

Hipótesis de mantenimiento: Cadena operante de las autolesiones e ideación suicida



También se ha realizado un análisis topográfico de conducta (Anexo 5) donde se muestran a modo de tabla los antecedentes, las conductas problemáticas y los consecuentes a corto y largo plazo.

5. TRATAMIENTO

El tratamiento empezó el 24 de abril de 2021. Hasta la fecha se han llevado a cabo un total de 21 sesiones de una hora de duración aproximadamente. La periodicidad inicial fue semanal, aunque tras la mejoría de la sintomatología de la paciente, en diciembre de 2021 se comenzaron a realizar sesiones quincenales (solo interrumpidas por las vacaciones de verano y navidad).

El objetivo terapéutico principal es eliminar las conductas de autolesión y la ideación suicida. Para lograr este objetivo y teniendo en cuenta la descripción de la sintomatología de la paciente y las hipótesis explicativas del caso, se han añadido otros objetivos terapéuticos (Tabla 2).

Sin embargo, elaborar y compartir dichos objetivos tras las primeras sesiones de evaluación fue una tarea compleja. En primer lugar, debemos tener en cuenta las dificultades de la adolescente para la toma de conciencia de sus estados emocionales y posteriormente aumentar la sensación de utilidad en su verbalización. Una parte significativa de la información contenida en los modelos explicativos y en el plan de tratamiento que se detalla a continuación fue realizada durante las sesiones de intervención, poniendo en paralelo los procesos de evaluación y tratamiento. Las entrevistas de evaluación se llevaron a cabo en 5 sesiones, solapándose el inicio del tratamiento con la evaluación.

Durante las sesiones de tratamiento se encuentran diferentes estresores que desencadenan episodios de ansiedad y labilidad emocional, de manera que una parte importante de las sesiones de intervención se dedicó a entrenar la paciente en la detección de sus propios estados emocionales y de las circunstancias que influyen en ella. Así mismo, se animó a la paciente a entender la utilidad que tiene esa detección, qué herramientas de gestión emocional se pueden poner en marcha y la utilidad de comunicar sus estados anímicos a las personas de su entorno.

Así, los primeros objetivos terapéuticos hacen referencia a toma de conciencia, la mejora del autoconocimiento, la aceptación de los estados emocionales e identificación de estresores. Para ello, además de poner en marcha habilidades terapéuticas de desahogo emocional, empatía y respeto por los ritmos de la paciente, se proporcionó información a la paciente sobre el funcionamiento de las emociones, las reacciones somáticas-corporales, las cogniciones y las interacciones sociales, así como de la relación interactiva entre estos elementos. Se propusieron ejercicios experienciales y prácticos durante las sesiones y en el periodo intercesión para que la paciente comprendiera la utilidad de observar y tomar conciencia de sus estados internos, así como de las habilidades de afrontamiento a las que estaba habituada (mayoritariamente de evitación). Además, se le animó atender en consideración su origen y la razón de su mantenimiento. Especialmente útil durante esta fase fueron los ejemplos con los amigos de la paciente, sus compañeros de instituto y con los personajes de las series de televisión favoritos de la paciente.

Dado que la emoción principal de la paciente durante las primeras sesiones de la intervención era la tristeza y la anhedonia, se propuso un programa de actividades gratificantes que fuera progresivo, con prioridad en aquellas actividades que a la paciente le parecían significativas y que implicaran un mayor componente social con las personas de su círculo de iguales más cercano. Así mismo, la paciente se propuso aumentar el número de horas dedicadas al estudio y al cuidado de su cuarto, aunque no al tiempo dedicado al ejercicio físico. Se priorizó durante el tratamiento un aumento del nivel de actividad debido a que señalaba que el aislamiento social y el sentimiento de pérdida de tiempo le provocaban mucho malestar. Con un mejor estado de ánimo, según se consideró, los demás objetivos serían más alcanzables.

En paralelo a este proceso se realizaron intervenciones psicoeducativas con la paciente y su familia sobre las autolesiones. Durante la tercera sesión se realizó un análisis funcional *in situ* junto a la paciente para explicar el origen y mantenimiento de las autolesiones para aumentar la conciencia y

conocimiento del funcionamiento de éstas (Anexo 4). Así mismo, se realizaron entrevistas telefónicas con la trabajadora social y la profesora del instituto de la paciente, con el fin de que su entorno fuera consciente de las pautas que se le proporcionaban acompañarla en el proceso. Se acordó con la paciente informar a sus amigos más cercanos de las pautas de afrontamiento ante bajones anímicos o momentos de mayor ansiedad.

En caso de aparición de las emociones asociadas a las autolesiones o la ideación autolítica se proporcionaron pautas para el control estimular (por ejemplo, estar acompañada hasta que las emociones disminuyan y sin disponibilidad de mecheros o cuchillas no supervisadas). Además, se propusieron pautas de desahogo emocional y escucha, sin realización de preguntas invasivas, con aceptación y dejando espacio a la paciente. Además, se recomendaron actividades gratificantes para el manejo del estado de ánimo en momentos necesarios.

Con el objetivo de que la paciente aumentara sus habilidades de manejo emocional, en concreto para disminuir su activación fisiológica, se entrenaron técnicas de respiración diafragmática con algunos componentes de visualización, así como ejercicios de mindfulness. La paciente se mostró reticente a practicar los elementos necesarios para asentar las habilidades, y sin embargo señala que cuando en el día a día aparecen síntomas de activación conductual acompañadas de sensaciones subjetivas de ansiedad o ira, desarrolla conductas de aceptación de las sensaciones somáticas, atención centrada en ellas o respiración lenta. Así mismo señala que una vez la situación termina, utiliza visualizaciones o técnicas de atención plena para regular su respuesta emocional.

En paralelo a este entrenamiento, se aplicaron técnicas propias de la reestructuración cognitiva como la detección de pensamientos automáticos negativos, sesgos atenciones o esquemas disfuncionales (descritos en apartados anteriores). La paciente mostró buena capacidad para poner en duda sus sistemas cognitivos disfuncionales y flexibilidad cognitiva como para utilizar pensamientos alternativos ante

situaciones de malestar emocional. Además, se mostró interesada en poner en duda sus creencias realizando “experimentos” en los que poner en marcha conductas alternativas para comprobar el efecto que tenía en ella misma y en las reacciones de los demás.

Tras unos meses de mejoría aparente de la sintomatología de la paciente, en el mes de noviembre aparece un acontecimiento que detiene temporalmente el desarrollo del tratamiento. Tras una discusión con su padre, la paciente por primera vez en su vida que ella recuerde, se enfrenta a él, recriminando que tenga mal humor, se enfada agresivamente con ella y acaban los dos alzando el tono de voz en la calle. Una semana más tarde, la paciente tiene que pasar una semana entera conviviendo con su padre lejos de su madre. Cuando el padre se dirige agresivamente a su hermano, la paciente se encierra en su cuarto y aparece ideación relacionada con las autolesiones. Durante esa semana, su estado de ánimo desciende y reaparece el aislamiento social, pero la paciente pone en marcha conductas de control estimular con amigas, profesora y hermano.

A partir de esta situación se ponen en marcha dos técnicas en paralelo: el entrenamiento en habilidades sociales (psicoeducación sobre las relaciones sociales y la comunicación humana, técnicas de asertividad, decir que no, hacer críticas y recibir críticas, así como la recepción y expresión emocional) y la reelaboración de recuerdos de conflictos familiares de la infancia (mediante representaciones en el espacio de la sesión de las situaciones de conflicto que recuerda, la redacción de textos descriptivos de las mismas desde diversas perspectivas narrativas y permitiendo un desahogo emocional (sin aplicar de una manera protocolizada técnicas formales de exposición).

Respecto a la prevención de recaídas reforzamos las técnicas implementadas previamente de detección de pensamiento, resolución de problemas y mindfulness.

Tras la aplicación de estas estrategias, se invita a participar en las sesiones de una manera activa al padre y la madre de la paciente, favoreciendo un espacio de comunicación y resolución de conflictos

entre ellos. Aprovechamos este momento para implementar con ellos también técnicas en la prevención de recaídas basadas en estrategias de resolución de problemas y técnicas de distracción e incidiendo en la importancia del apoyo social y emocional como modulador de conductas alternativas.

No se han diseñado objetivos y técnicas con respecto a la ideación autolítica puesto que desde el inicio de la intervención psicológica la paciente no las ha manifestado. Se han establecido brevemente elementos de psicoeducación, normalización de las emociones de desesperanza y pautas de afrontamiento para su posible reaparición en el futuro.

5. 1. Objetivos y técnicas

Dadas las dificultades de la paciente para tomar un rol activo en un inicio en la terapia, durante las sesiones se establecían una serie de medidas para el cuidado de la relación terapéutica, el bienestar de la paciente y el aumento de la colaboración con el proceso. En ese sentido, durante la primera parte de la entrevista por lo general el terapeuta planteaba a la paciente preguntas abiertas: “¿De qué quieres hablar hoy?”, “¿Cómo ha ido la semana?” o “¿Que traes hoy por contar?” con el objetivo de implicar a la paciente en la construcción de la agenda de la sesión y evitar un rol pasivo de respuestas monosilábicas en la paciente. Además de hablar de diversos temas de interés para la paciente, se extraen de este diálogo inicial la relación que podía tener con el funcionamiento del problema de consulta. A continuación, se ponían en marcha las dinámicas explicadas anteriormente con el tratamiento, poniendo ejemplos relacionados con las temáticas iniciales de la paciente e intentando sacar conclusiones prácticas para esas situaciones y las siguientes semanas. Además de establecer tareas para casa, se evalúa la opinión de la paciente sobre las sesiones, reflexionando conjuntamente sobre el desarrollo de la terapia. Con frecuencia

se incorpora a uno de los progenitores de la paciente a la sesión, en ocasiones con la paciente o en solitario.

Tabla 2

Objetivos y técnicas

Objetivos	Técnicas
<p>1 Aumentar la conciencia de problema, así como las variables que intervienen en su origen y mantenimiento Identificar los eventos externos e internos que desencadenan la autolesión</p>	<p>Psicoeducación Devolución de información Atención focalizada en emociones</p>
<p>2 Aumentar el estado de ánimo</p>	<p>Programa de activación conductual</p>
<p>3 Disminuir activación fisiológica</p>	<p>Técnicas de relajación y respiración Respiración diafragmática Mindfulness</p>
<p>4 Eliminar la conducta autolesiva</p>	<p>Pautas de aceptación y afrontamiento ante ideación autolesiva Control estimular Técnica del semáforo</p>
<p>5 Eliminación de los sesgos atencionales y cogniciones disfuncionales</p>	<p>Reestructuración cognitiva con experimentos conductuales</p>
<p>6 Mejorar las relaciones interpersonales</p>	<p>Entrenamiento en habilidades sociales</p>
<p>7 Mejora de las relaciones con su padre.</p>	<p>Role-playing</p>

	Entrevistas conjuntas con la familia (dinámicas de comunicación y expresión emocional)
8 Eliminación de la ansiedad ante recuerdos sobre conflictos en su familia	Técnicas de verbalización de las situaciones, desahogo emocional Técnicas narrativas de expresión Rol-playing de situaciones pasadas
9 Prevención de recaídas	Técnicas de resolución de problemas Psicoeducación de los padres y entrenamiento en técnicas de distracción y solución de problemas

6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO

Una de las limitaciones para la valoración del tratamiento es la ausencia de cuestionarios de evaluación intertratamiento, puesto que serviría como elemento de comparación, externo al juicio clínico del terapeuta, entre el estado emocional del paciente previa y posterior al tratamiento. Sin embargo, observamos cambios cualitativos desarrollados a continuación.

Después de unos meses de intervención, en el mes de junio los progenitores de la paciente deciden separarse lo que implica posteriormente la salida del padre del nicho familiar. Este acontecimiento interfirió en el proceso terapéutico al ser una variable no controlada con gran impacto en la emocionalidad de la paciente.

La paciente lleva casi un año de tratamiento y la mejoría es evidente. En entorno a junio los progenitores de la paciente deciden separarse. Debido a los cambios en la dinámica familiar, la salida del padre del nicho familiar y otros acontecimientos relacionados con la relación de pareja parental, resultaba difícil evaluar si la paciente mejoraba o no. Estos eventos produjeron en la paciente cambios muy intensos en su emocionalidad, con síntomas fisiológicos de ansiedad y pensamientos de tristeza, interfiriendo en las variables discriminativas y entorpeciendo la consecución de objetivos terapéuticos.

Desde el 20 de diciembre las autolesiones y la ideación autolítica ha desaparecido. A pesar de que no es tiempo suficiente como para establecer que hay una remisión completa de la sintomatología, consideramos que ha habido un cambio cualitativo al respecto.

Encontramos cambios en el discurso descriptivo del padre y de la madre en el comportamiento de su hija L. Se da una mejoría en el estado de ánimo referenciado por los padres y por ella misma. Así mismo, se puede apreciar durante las sesiones que la paciente se muestra más sonriente, habladora, activa durante la conversación y relatando los hechos acontecidos durante el periodo intersesiones con

más expresividad emocional. Desde hace más de un mes sus bajones anímicos se han visto reducidos. De nuevo, se considera que no es tiempo suficiente para corroborarlo por lo que necesitamos un tiempo de seguimiento más largo para comprobar que estos cambios se producen de manera más prolongada.

A nivel social se ha producido una mejoría significativa, sintiéndose más cercana respecto a su familia y amigos, manifestando conductas más asertivas para expresar su estado emocional y sus necesidades. Señala que actualmente no tiene sensación de soledad o aislamiento, se siente acompañada y valorada por sus compañeros de clase y sus amigos. Respecto a la relación con el padre este cambio no ha sido tan evidente. Es cierto que se da una mejoría a la hora de comunicarse en situaciones cotidianas del día a día, pero uno de los objetivos propuestos de mejorar su relación con él y poder comunicar ciertos aspectos sobre su relación ha dado un giro inesperado. En un principio este objetivo, consensuado con ella, estaba planteado para cuando estuviese preparada para hablar de ello, pero actualmente la paciente ha comunicado que no tiene ninguna intención de hacerlo. Cuando se le ha preguntado por qué ese cambio de decisión la paciente señala que “mi padre no tiene solución, no sabe escuchar, solamente piensa en él mismo y no me va a entender”, añade que “no considero que sirva para nada, salvo para que se vuelva a enfadar conmigo”. Siente que su padre no va a cambiar, no va a reconocer sus errores y que desviará la culpa hacia ella o su madre y que no va a comprometerse en una relación íntima con ella. Por tanto, este objetivo se ha alcanzado parcialmente, considerando que se da una comunicación respetuosa y asertiva entre ellos.

En la actualidad, la paciente se encuentra en seguimiento, con los principales objetivos alcanzados, pero con algunos objetivos secundarios pendientes de asentar. La paciente manifiesta que sus objetivos terapéuticos se han cumplido, sin embargo, se ha establecido el siguiente protocolo de seguimiento: 2 meses de sesiones quincenales, 3 sesiones mensuales, 2 sesiones trimestrales y dos sesiones semestrales, en caso de que la sintomatología continúe evolucionando favorablemente. Se ha

manifestado a la paciente que es especialmente relevante en este tipo de dificultades que la duración del seguimiento sea extensa, con el objetivo de prevenir recaídas.

A pesar de la escasez de evaluaciones pre y postratamiento si consideramos que hay una mejoría evidente. Podemos hipotetizar las mejorías respecto a las autolesiones, estado de ánimo e ideación suicida son debidas al tratamiento psicológico y las técnicas utilizadas.

A modo resumen detallamos en el siguiente cuadro los objetivos y los resultados de la intervención:

Tabla 3

Objetivos y resultado de la intervención

	Objetivos	Técnicas
1	Aumentar la conciencia de problema, así como las variables que intervienen en su origen y mantenimiento eventos externos e internos que desencadenan la autolesión	La paciente y su familia se muestran con mayor comprensión de las dificultades de la paciente, es capaz de identificar sus emociones y buscar estímulos internos o externos que las explican
2	Aumentar el estado de ánimo	La paciente se muestra en la actualidad con energía, satisfecha con su día a día y según señala “Vuelvo a reírme como lo hacía antes”
3	Disminuir activación fisiológica	La paciente se muestra en la actualidad por lo general tranquila y con mayor capacidad de regulación de su activación. No domina las

		técnicas entrenadas, pero no manifiesta interés en su perfeccionamiento.
4	Eliminar la conducta autolesiva	La paciente no ha realizado autolesiones desde el mes de junio de 2021. Sin embargo, durante el tratamiento sí ha aparecido ideación autolesiva durante 3 días consecutivos.
5	Eliminación de los sesgos atencionales y cogniciones disfuncionales	La paciente detecta con facilidad esquemas desadaptativos y manifiesta flexibilidad cognitiva para interpretar las situaciones de manera alternativa, por ejemplo, en lo referente a su propia valía, la imagen social que proyecta o el futuro
6	Mejorar las relaciones interpersonales	La paciente manifiesta sentirse más cercana a sus amigos y familia, considera que sus amigos perciben mayor naturalidad y alegría, así con capacidad para expresar sus emociones y deseos.
7	Mejora de las relaciones con su padre.	La paciente ha comunicado a su padre que tiene dificultades de comunicación con él y que se encuentra bloqueada para comunicar determinados aspectos sobre su relación. La paciente señala que “no tengo intención ahora

de hablar con él sobre mis recuerdos o su agresividad presente porque no me siento preparada y porque no me va a entender, se pondrá a la defensiva y lo pagará conmigo”.

8 Eliminación de la ansiedad ante recuerdos sobre conflictos en su familia

La paciente piensa y comunica sin experimentar ansiedad los recuerdos sobre los conflictos en la infancia. De hecho, según comenta, puede afrontar conflictos con amigos, profesores o familia (siempre que no sea con su padre) con mayor relajación y sin realizar conductas de evitación.

9 Prevención de recaídas

Desde el 20 de diciembre la paciente no ha vuelto a tener autolesiones ni ideación autolítica. Su estado anímico tampoco ha mostrado altibajos.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de que no hay un consenso teórico que explique el inicio de las autolesiones, se han propuesto diferentes modelos explicativos que relacionan diferentes factores personales y socioambientales que facilitan que persona acabe realizándose autolesiones. Los déficits en solución de problemas y recursos emocionales para afrontar situaciones estresógenas serían de los principales para acabar utilizando las autolesiones como recurso de alivio interno. Por otro lado, también se da este comportamiento como una búsqueda de sensaciones o refuerzos positivos. De cualquier manera, el peligro de este tipo de conductas genera una liberación endógena de endorfinas por lo que pueden llegar a convertirse en un comportamiento adictivo cronificando el problema y dificultando aun más su tratamiento. Además, si no se tratan a tiempo estas conductas pueden llevar a desarrollar otros trastornos mentales más graves o consecuencias nefastas para la persona, como el suicidio consumado. Por tanto, es de vital importancia la prevención, detección, evaluación y tratamiento de las autolesiones dentro del sistema sanitario para evitar futuros perjuicios en los individuos que pueden llegar a desarrollar estas conductas.

Este trabajo ha sido un caso autolesiones no suicidas que establecemos que ha sido una conducta disfuncional como forma de aliviar un malestar emocional interno. Se abordado desde un modelo cognitivo conductual con tintes integradores de otras metodologías terapéuticas.

Podemos considerar que uno de los factores que más han influido en la génesis de las autolesiones en nuestro caso han sido los eventos de violencia intrafamiliar. Esto ha permitido que la paciente haya tenido dificultades en la integración de estos eventos, siendo el miedo la emoción predominante. Sabemos que la respuesta innata ante una situación de miedo es la huida. Sin embargo, en un contexto donde se supone que debe ser de protección y cuidado encontrarse en un ambiente hostil (aunque no

fuese de hostilidad directa) ha generado en la paciente situarse en un callejón sin salida, minando sus recursos y limitando sus respuestas conductuales. Por tanto, en un terreno personal que ya de por sí tiene dificultades interpersonales y vulnerabilidades intrapersonales de regulación emocional esto ha sido abono fértil para utilizar las autolesiones como respuesta conductual alivio de malestar. Paradójicamente estas conductas no alivian, si no que perpetúan respuestas conductuales desadaptativas, disminuyendo el bajo estado de ánimo y perdiendo otros reforzadores que hacen que el ciclo se mantenga.

Todo esto nos permite establecer como explica el modelo integrador de Nock (2009) que las autolesiones tienen un origen multifactorial y que no se puede establecer una única causa de las autolesiones. Debemos establecer siempre un análisis funcional que operativice los factores y variables que han permitido que una problemática se de. En este caso, gracias a la búsqueda de una buena relación terapéutica y la creación de un lugar seguro durante la fase de evaluación ha permitido ir realizando la fase de tratamiento a la par.

Aunque no se pueden establecer límites claros en el inicio de las ideas autolíticas, gracias al desarrollo del análisis funcional de las autolesiones se pueden observar los eventos y variables que han permitido entender el desarrollo de esta conducta. Esta explicación de cadenas conductuales también ha ayudado a establecer los objetivos a tratar en las sesiones, así como las técnicas terapéuticas propuestas. Por lo tanto, es útil en la práctica clínica el desarrollo de un análisis funcional de cada caso y siempre teniendo conocimiento de los modelos explicativos de cada problemática. A pesar de que las autolesiones no suicidas son de una complejidad arrolladora y a veces resulte difícil la comprensión de esta conducta, realizar un mapa general ayuda a encontrar los rincones y recorrer los sinuosos caminos por los que transitan las emociones y cogniciones que llevan a realizar estas conductas.

No se ha mencionado previamente en este trabajo, pero harían falta más investigaciones si la reciente pandemia mundial del COVID-19 ha colaborado en el desarrollo o mantenimiento de casos de autolesiones. Sabemos del tremendo impacto a nivel psicológico que ha generado el confinamiento en el desarrollo de sintomatología ansioso-depresiva (Sandín et al., 2020). Podría considerarse también una variable disposicional en este caso, quizás sin una conciencia clara por parte del paciente, pero sí con gran impacto a nivel inconsciente.

Aunque el tratamiento de L. no ha concluido todavía, podemos considerar que hay buen pronóstico de recuperación. La paciente respondió muy bien a las primeras sesiones disminuyendo la ideación autolítica y la conducta misma. Pese a que en algún momento hubo una pequeña recaída la paciente pudo controlar cometer la autolesión. Las habilidades interpersonales comunicativas están mejorando lo que permite una mayor ventilación emocional y una mejoría en la búsqueda de apoyo social. Es importante señalar el cambio cognitivo realizado respecto a los sesgos atencionales y el estilo atributivo que realizaba antes de la intervención. La culpa que en un principio se orientaba hacia sí misma se ha desviado fuera. Esta culpa que ahora externaliza hacia los márgenes del padre le ofrece un camino libre para avanzar en el desarrollo terapéutico dejando atrás el sentimiento de indefensión. No obstante, se considera que existen procesos no elaborados respecto a las vivencias domésticas pasadas y respecto a la relación con el padre, por lo que sigue siendo un punto importante para seguir trabajando.

La intervención psicológica ha sido en todo momento respetando los ritmos de la paciente. En cierta medida esto ha retrasado el tiempo de evaluación. Al principio le ha costado abrirse de una manera plena y de tomar conciencia del problema, pero gracias a respetar su proceso terapéutico se ha permitido elaborar una buena relación terapéutica, cómplice de su estado actual de mejoría.

Respecto a la prevención de recaídas se sigue en fase de seguimiento mientras se trabajan y refuerzan otros objetivos imprescindibles como son la comunicación, estado de ánimo, autoestima y relaciones familiares y de iguales.

Una de las limitaciones del estudio han sido los eventos externos que han interrumpido el devenir de la terapia causando gran impacto emocional. Uno de ellos fue la separación de los progenitores y los posteriores acontecimientos que han gravitado alrededor de este conflicto parental. Otro aspecto a tener en cuenta como limitación para el estudio futuro de las autolesiones es la falta de utilización de cuestionarios específicos de autolesiones como la Escala de Motivación de la autolesión (self-injury Scale) o la Escala de Evaluación Funcional de la Automutilación (Functional Assessments of Self-Mutilation) (Del Brio, 2019).

Este estudio de caso se ha enfocado en primera instancia en las autolesiones. Otra alternativa de tratamiento habría sido poner el foco de tratamiento en la violencia intrafamiliar. Son evidentes las huellas que han dejado estos eventos en ella y como han influido en su incapacidad de comunicación asertiva, en las dificultades de expresión emocional y en la resistencia afectiva que tiene con el padre.

En síntesis, podemos concluir que las autolesiones son una sintomatología de carácter multifactorial y de gran complejidad. El comportamiento humano es muy complejo y a veces resulta difícil comprender el por qué se da una problemática como la de autolesionarse. Por eso, la terapia psicológica se ha visto un tratamiento eficaz para el tratamiento de estas condiciones a fin de prevenir y la cronificación o el asentamiento de otros trastornos de carácter más extremo. Todo al fin y al cabo en aras de aliviar el sufrimiento emocional de las personas y asegurar un bienestar psicológico y una calidad de vida óptima.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agnew, R. (1992). FOUNDATION FOR A GENERAL STRAIN THEORY OF CRIME AND DELINQUENCY*. *Criminology*, 30(1), 47-88. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1992.tb01093.x>
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333>
- American Psychiatric Association & DSM-5 Task Force. (2020). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*.
- Andover, M. S., Primack, J. M., Gibb, B. E., & Pepper, C. M. (2010). An Examination of Non-Suicidal Self-Injury in Men: Do Men Differ From Women in Basic NSSI Characteristics? *Archives of Suicide Research*, 14(1), 79-88. <https://doi.org/10.1080/13811110903479086>
- Asgeirsdottir, B. B., Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., & Sigfusdottir, I. D. (2010). Protective processes for depressed mood and anger among sexually abused adolescents: The importance of self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 402-407. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.04.007>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
- Bebbington, P. E., Cooper, C., Minot, S., Brugha, T. S., Jenkins, R., Meltzer, H., & Dennis, M. (2009). Suicide Attempts, Gender, and Sexual Abuse: Data From the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1135-1140. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09030310>

Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, *68*(4), 609-620.

<https://doi.org/10.1037/h0080369>

Calvete, E., Orue, I., & Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*, *27*.3, 223-228. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.262>

Chávez-Flores, Y. V., Hidalgo-Rasmussen, C. A., & Yanez-Peñúñuri, L. Y. (2019). Instrumentos de evaluación de la autolesión no suicida en adolescentes 1990-2016: Una revisión sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, *24*(8), 2871-2882. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.18502017>

Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>

Del Brio, P. (2019). Adolescente con autolesiones no suicidas en un entorno de adversidad psicosocial. *Archivos Argentinos de Pediatría*, *117*(5). <https://doi.org/10.5546/aap.2019.e485>

Del Rosario Flores-Soto, Miriam, Cancino-Marentes, Martha Edith, & Figueroa Varela, Ma. del Rocío. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, *44*(4), 200-216.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662018000400200&lng=es&tlng=es.

Elices, M., & Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, conocimiento y sociedad*, *1*(3), 132-152.

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*(1), 19-25. <https://doi.org/10.1017/S003329179800765X>

Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd ed). Johns Hopkins University Press.

Feeny, N. C., Foa, E. B., Treadwell, K. R. H., & March, J. (2004). Posttraumatic Stress Disorder in Youth: A Critical Review of the Cognitive and Behavioral Treatment Outcome Literature. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*(5), 466-476. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.5.466>

Forti Sampietro, L., & Forti Buratti, M. A. (2012). Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Revista Española de Medicina Legal, 38*(4), 149-154.

<https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.08.001>

Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., & Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review, 42*, 156-167.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.002>

Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 1*(1), 67-75.

<https://doi.org/10.1037/a0017427>

Hasking, P., Lewis, S. P., Bloom, E., Brausch, A., Kaess, M., & Robinson, K. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on students at elevated risk of self-injury: The importance of virtual and online resources. *School Psychology International, 42*(1), 57-78. <https://doi.org/10.1177/0143034320974414>

Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 3*(8), 740-750. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30070-](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30070-0)

0

Hymel, S., & Swearer, S. M. (2015). Four decades of research on school bullying: An introduction. *American Psychologist, 70*(4), 293-299. <https://doi.org/10.1037/a0038928>

Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, *206*(2-3), 265-272.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>

Kaltiala-Heino, R., & Fröjd, S. (2011). Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, *2*, 37-44.

<https://doi.org/10.2147/AHMT.S11554>

Kirchner, T., Forns, M., & Mohiáno, S. (2008). Identifying the Risk of Deliberate Self-Harm Among Young Prisoners by Means of Coping Typologies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *38*(4), 442-448.

<https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.4.442>

Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, *27*(2), 226-239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>

Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *51*(7), 1057-1067.

<https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>

Kvernmo, S., & Rosenvinge, J. H. (2009). Self-mutilation and suicidal behaviour in Sami and Norwegian adolescents: Prevalence and correlates. *International Journal of Circumpolar Health*, *68*(3), 235-248. <https://doi.org/10.3402/ijch.v68i3.18331>

Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, *37*(8), 1183-1192. <https://doi.org/10.1017/S003329170700027X>

Marshall, S. K., Tilton-Weaver, L. C., & Stattin, H. (2013). Non-Suicidal Self-Injury and Depressive Symptoms During Middle Adolescence: A Longitudinal Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1234-1242. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9919-3>

Mollà, L., Batlle Vila, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., Pérez, V., & Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: Revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(1). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408>

Mosquera, D. (2008). *La autolesión el lenguaje del dolor*. Pléyades.

Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>

Nock, M. K. (Ed.). (2009a). *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11875-000>

Nock, M. K. (2009b). Why Do People Hurt Themselves?: New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>

Nock, M. K. (Ed.). (2014). *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195388565.001.0001>

Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>

Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, 144(1), 65-72.

Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>

Organización Mundial de la Salud. (2019, noviembre 26). *Salud del adolescente*. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>

Sigfusdottir, I. D., Asgeirsdottir, B. B., Gudjonsson, G. H., & Sigurdsson, J. F. (2013). Suicidal ideations and attempts among adolescents subjected to childhood sexual abuse and family conflict/violence: The mediating role of anger and depressed mood. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1227-1236. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.10.001>

Sornberger, M. J., Smith, N. G., Toste, J. R., & Heath, N. L. (2013). Nonsuicidal Self-Injury, Coping Strategies, and Sexual Orientation: NSSI, Coping, and, Sexual Orientation. *Journal of Clinical Psychology*, 69(6), 571-583. <https://doi.org/10.1002/jclp.21947>

Suárez, L. F. G., Hurtado, I. C. V., & Betancurt, L. N. (2016). Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), 41-56.

Tang, J., Ma, Y., Guo, Y., Ahmed, N. I., Yu, Y., & Wang, J. (2013). Association of Aggression and Non-Suicidal Self Injury: A School-Based Sample of Adolescents. *PLoS ONE*, 8(10), e78149. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078149>

Taylor, L. M. W., Oldershaw, A., Richards, C., Davidson, K., Schmidt, U., & Simic, M. (2011). Development and Pilot Evaluation of a Manualized Cognitive-Behavioural Treatment Package for Adolescent Self-Harm. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *39*(5), 619-625. <https://doi.org/10.1017/S1352465811000075>

Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *59*(11), 576-585. <https://doi.org/10.1177/070674371405901103>

Tyrer, P., Tom, B., Byford, S., Schmidt, U., Jones, V., Davidson, K., Knapp, M., MacLeod, A., & Catalan, J. (2004). Differential Effects of Manual Assisted Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Recurrent Deliberate Self-harm and Personality Disturbance: The Popmact Study. *Journal of Personality Disorders*, *18*(1), 102-116. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.102.32770>

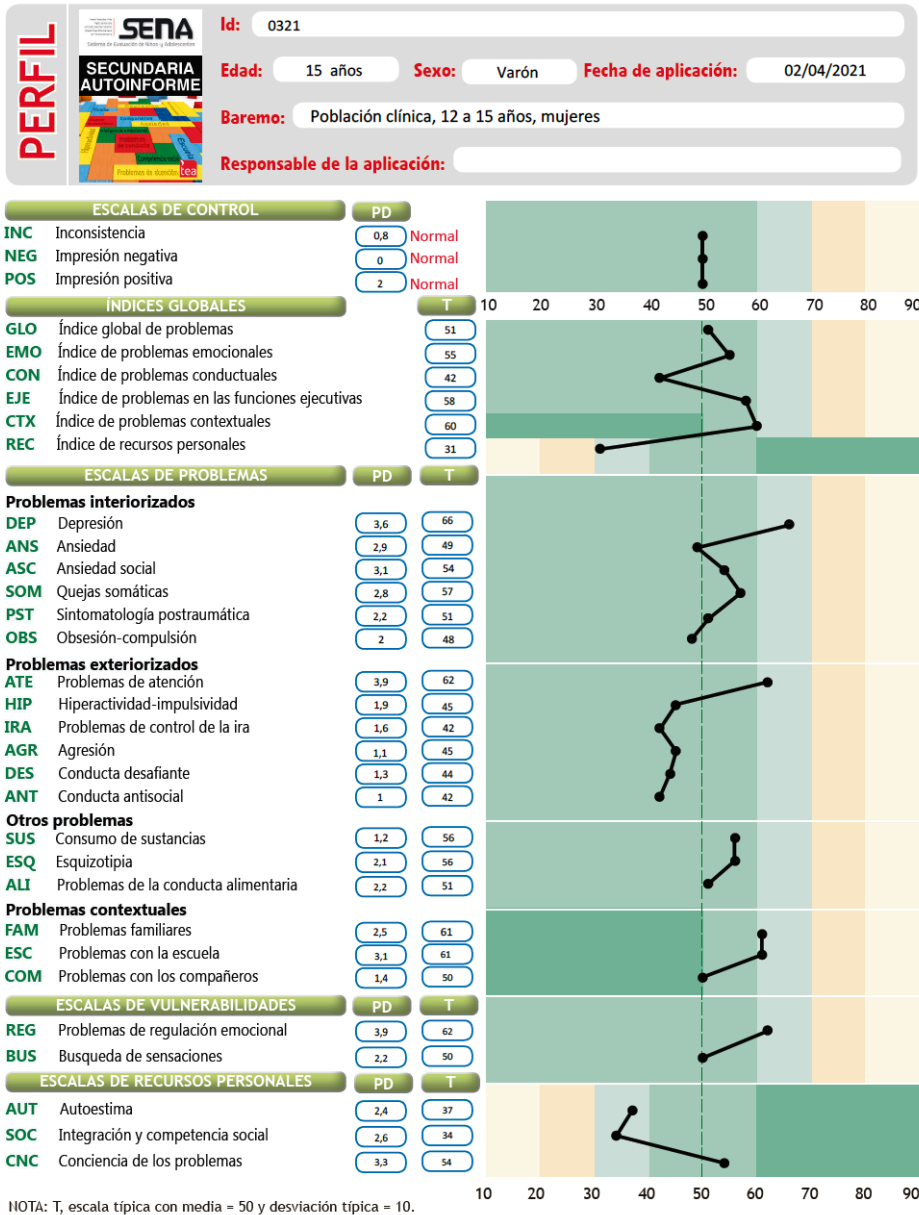
Yust, C. C., & Pérez-Díaz, Á. G. L. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *international Journal of psychology and psychological Therapy*, *12*(1), 97-114

Villaruel G, J., Jerez C, S., Montenegro M, M. A., Montes A, C., Igor M, M., & Silva I, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, *51*(1), 38-45. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>

Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious Behaviors in a College Population. *Pediatrics*, *117*(6), 1939-1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>

9. ANEXOS

Anexo 1



Ítems críticos

Riesgo de autolesión

- 85. Siento que nada me importa.(Muchas veces)
- 124. Quiero morirme.(Algunas veces)
- 141. Pienso que mi vida no tiene sentido.(Muchas veces)

Estresores traumáticos

- 86. Me han pasado cosas horribles.(Muchas veces)

Petición de ayuda

- 118. Hay cosas que van mal en mi vida y necesitaría ayuda.(Muchas veces)

Falta de apoyo social

- 50. Siento que a nadie le importa lo que hago.(Muchas veces)
- 137. Me siento solo.(Muchas veces)
- 143. Cuando tengo problemas, hay personas que me escuchan.(Pocas veces)

Indicadores inespecíficos de problemas

- 104. Duermo mal.(Siempre o casi siempre)

Sentimientos de culpa

- 75. Me siento culpable.(Muchas veces)

0321

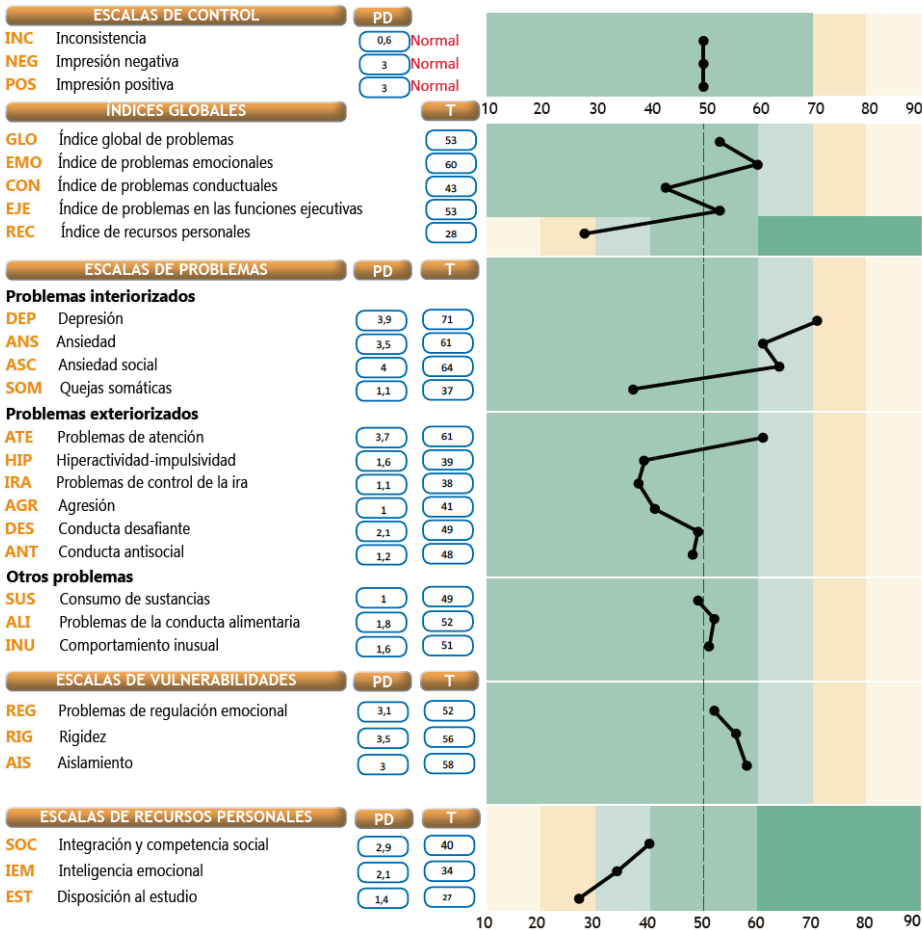
Anexo 2

PERFIL **SENA** **SECUNDARIA FAMILIA** **Id:** 0321

Edad: 15 años **Sexo:** Mujer **Fecha de aplicación:** 14/02/2022

Baremo: Población clínica, 12 a 15 años, mujeres

Responsable de la aplicación: Otros



NOTA: T, escala típica con media = 50 y desviación típica = 10.

Ítems críticos

Riesgo de autolesión

- 91. Dice que le gustaría morirse.(Pocas veces)
- 136. Se lesiona a sí mismo.(Algunas veces)

Comportamiento inusual

- 111. Cuando habla dice cosas incoherentes o sin sentido.(Algunas veces)

Riesgo de acoso escolar

- 104. Sus compañeros de clase le aíslan.(Algunas veces)

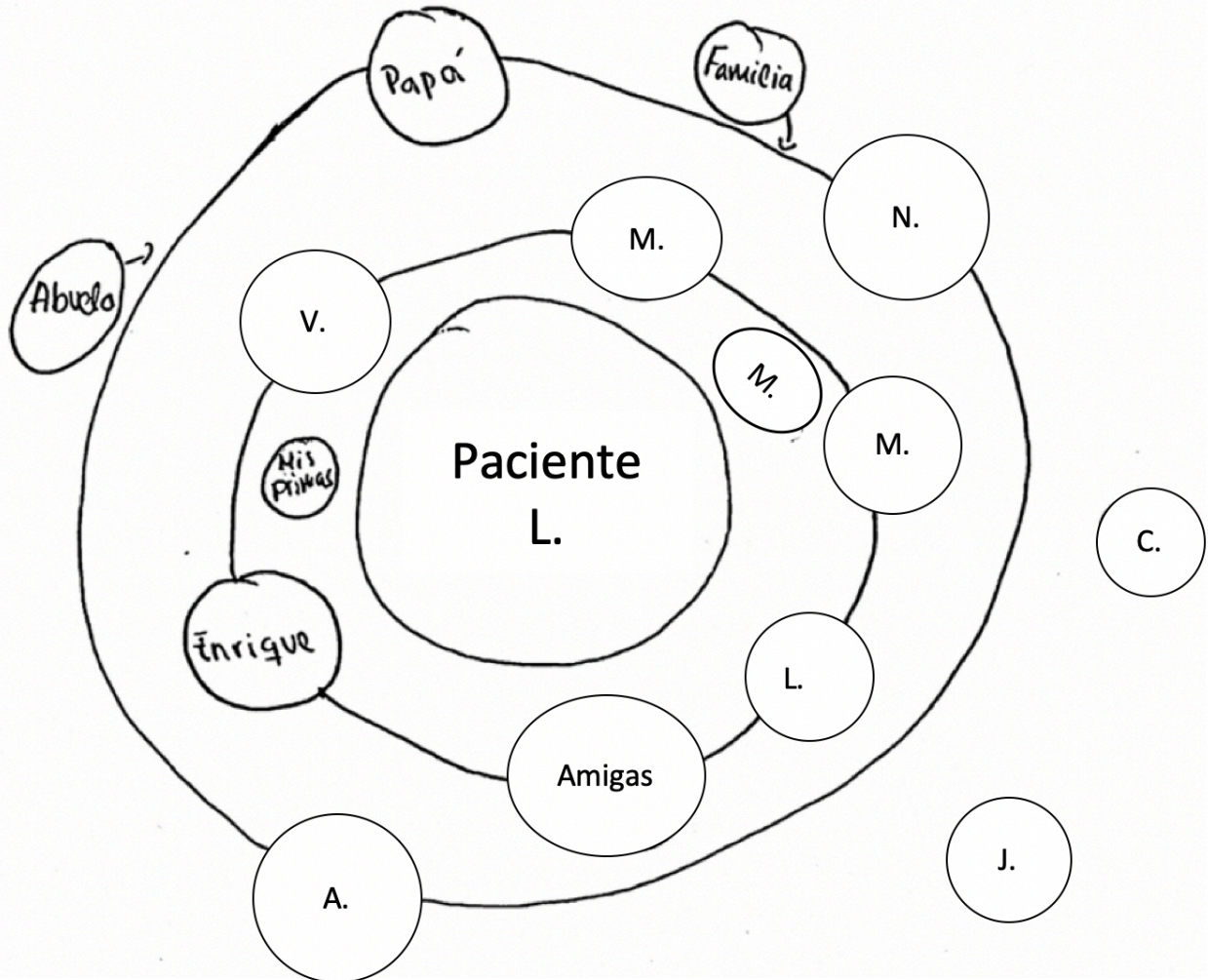
Falta de apoyo social

- 31. Tiene amigos íntimos.(Pocas veces)

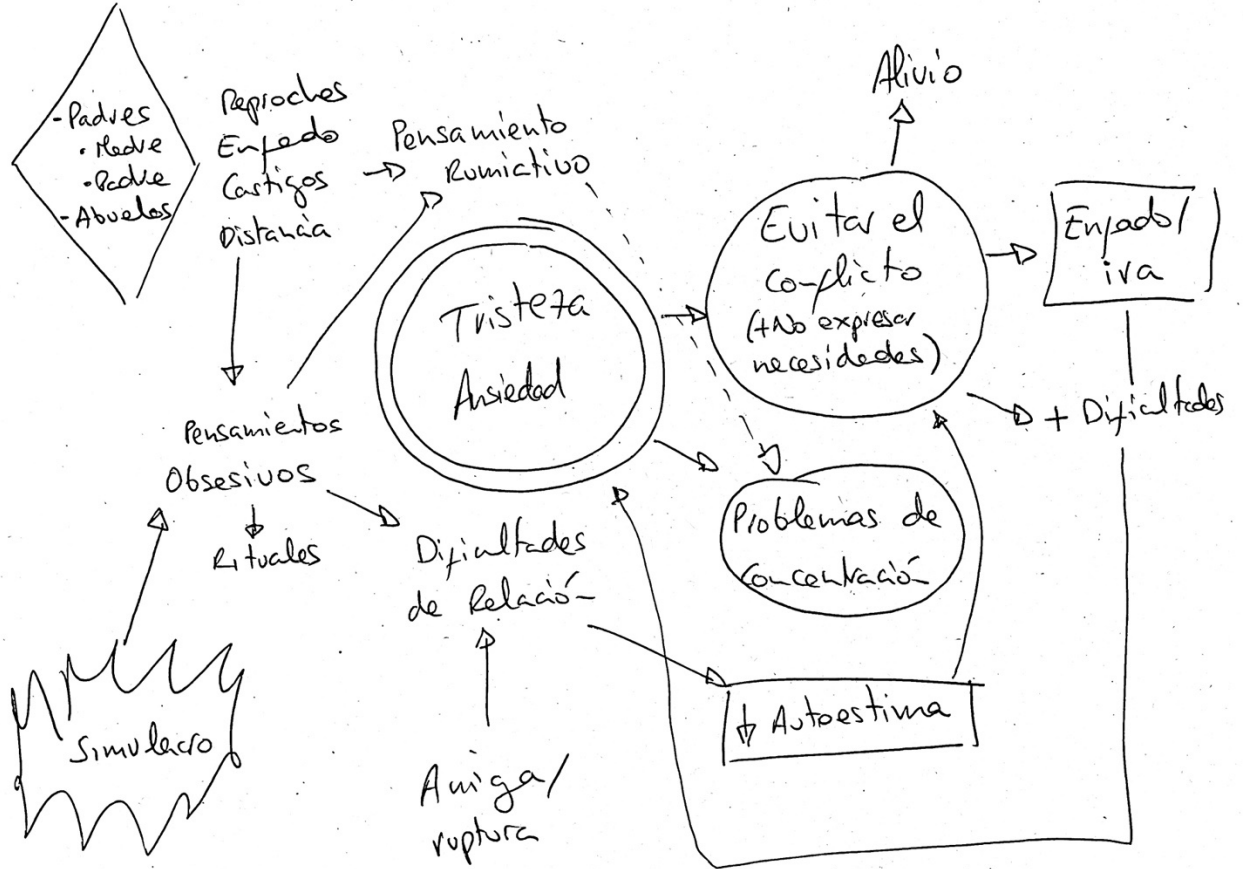
Indicadores inespecíficos de problemas

- 14. Parece muy nervioso sin motivo aparente.(Muchas veces)
- 30. Duerme mal.(Siempre o casi siempre)

Anexo 3:



Anexo 4:



Anexo 5:

Análisis topográfico de la conducta

Antecedentes	Conducta	Consecuentes
<p>Lejanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relación parental conflictiva. - Padre estilo educativo autoritario - Bajo estado de ánimo. - Aislamiento social (disminución de las relaciones interpersonales) - Falta de relaciones familiares íntimas - Rasgos de personalidad evitativos - Estilo de afrontamiento evitativo - Dificultades en la gestión emocional - Estilo atribucional negativo <p>Desencadenantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Episodios de violencia del padre: <ul style="list-style-type: none"> • Hacia la madre • Hacia el hermano - Reacciones agresivas en cualquier entorno. 	<p>Nivel cognitivo</p> <p>Pensamientos relacionados con ideación suicida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “si no existiese dejaría de sufrir” • “quiero acabar con todo este sufrimiento” <p>Bloqueo de expresión emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “lo que yo sienta no le importa a nadie”. • “no se como expresar a mi padre que su actitud me hace sufrir”. • “no se porqué me siento así”. • “no se hablar de cómo me siento”. • “siento que mis emociones me arrastran”. <p>Nivel motor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autolesión: quemarse - Autocastigarse - Conductas de aislamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Encerrarse en su habitación 	<p>Corto plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución malestar emocional (R-) - Disminución emociones negativas (tristeza, soledad) (R-) - Sensación de alivio (R +) - Eliminación del conflicto (R-) <p>Largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de emociones negativas (tristeza, soledad, vacío) - Estado anímico bajo - Confirmación de sus creencias de: <ul style="list-style-type: none"> • “nadie me quiere” • “no valgo” • “mis emociones me arrastran” - Mantenimiento de las autolesiones. - Sensación de culpabilidad - Incremento de la ideación suicida - Sensación de pérdida de control

<p>- Situaciones donde se siente aislada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alguien le habla o contesta mal • La ignoran <p>Próximos externos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vivir con el padre. - Que sus amigos no le avisen de quedar - No hacer planes con sus amigos - Presenciar discusiones o eventos agresivos <p>Próximos internos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creencias cognitivas disfuncionales/distorsionadas. <ul style="list-style-type: none"> • Visión del mundo negativa y como peligroso - Sentimientos de no ser querida - Sentimientos de que no vale. - Sentir que no puede cambiar nada - Insatisfacción vital <p>Estímulos delta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar con su familia materna 	<ul style="list-style-type: none"> • Dejar de hablar • No quedar con amigos <ul style="list-style-type: none"> - Evitar discusiones - Ver series - Comer dulces <p>Nivel fisiológico</p> <p>Tensión muscular, sudoración, taquicardia, palpitaciones, aceleración de la respiración y dificultad para respirar, sensación de mareo, insomnio, cansancio, incapacidad para concentrarse, disociación</p> <p>Nivel emocional</p> <p>Sensación de vacío, tristeza, anhedonia, abulia, ansiedad, miedo, desesperanza, culpa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro relación padre-hija - Problemas en la calidad del sueño (insomnio) - Bajo rendimiento académico - Déficit de afrontamiento ante cualquier evento aversivo
---	---	--