

GENERALIDADES EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA PSICOLÓGICA REFERENTES A LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS EN ADOLESCENTES

Angy Muñoz Muñoz

Jennifer Arroyave López

Tatiana Romero Montoya ¹

INTRODUCCIÓN

En el presente artículo se analizan los aspectos generales que son necesarios para tener en cuenta en la valoración psicológica, específicamente en el momento de la evaluación de casos de autolesión no suicida en adolescentes. Durante el momento de la evaluación es necesario recoger la mayor cantidad posible de información proveniente del paciente, así como información que indique su desempeño en distintos contextos ya sea familiar, social, educativo, laboral, etc. Para ello es necesario conocer el fenómeno, por eso se expone aquello a lo que se le considera una autolesión no suicida desde diferentes perspectivas psicológicas que en este caso son: la psicodinámica, la humanista, la cognitiva y la social, junto con sus clasificaciones, permitiendo así identificar los factores que pueden originar y mantener la conducta autolesiva para realizar una adecuada evaluación psicológica.

DEFINICIÓN DESDE PERSPECTIVAS PSICOLÓGICAS

La autolesión no suicida, (Castro, 2014a), también llamada Self-Harming, Self Destructive Behavior, autolesión deliberada, parasuicidio, (Ibáñez, Vásquez, Del Real, Sánchez, Ginè, 2012a), etc. Es considerada como una conducta con la cual muchas

¹ Estudiantes de Psicología FUNLAM

personas entre ellas una gran cantidad de adolescentes (Faura, 2011a) hieren sus propios cuerpos buscando expresar o desahogar sus emociones. Es un problema relativamente nuevo y complejo en cuanto a que ha llevado a muchos menores al suicidio o cerca de él en los últimos años.

Desde una perspectiva psicodinámica, las autolesiones buscan si bien expresar dependencia afectiva o desafío (Manca, 2011). El sí mismo se opone a la angustia del reconocimiento de las propias carencias, además de que no hay una versión integrada del ser, por lo cual el joven responde agrediendo su propio cuerpo para recobrar aquellos aspectos de sí que se encuentran perdidos o dañados. Acto que es comparable a los que realizan los niños autistas cuando se encuentran ante la dificultad de diferenciar su mundo interno del mundo que les rodea. Algunas de las razones que pueden explicar estas conductas se pueden hallar en una infancia carente de contacto cercano por parte del cuidador.

En psicología cognitiva se establece que la conducta autolesiva tiende a ser un mecanismo de afrontamiento de tipo evitativo y dirigido a la emoción que emplea el joven ante la dificultad de gestionar las demandas que le llegan del exterior o del interior. Al usar este mecanismo el joven aplica un refuerzo negativo hacia sí mismo para eliminar ciertas conductas o emociones que le producen malestar (Ibáñez, et al. 2012b).

Mientras que en la psicología humanista (Cruz, 2016) se establece que es importante indagar acerca de las lógicas familiares del adolescente. Las exigencias que presentan estas lógicas pueden llevar a la dificultad de joven por distinguir su propio ser y a actuar en pro de otros por lo cual usan este mecanismo como un medio para contrarrestar y ocultar las emociones negativas que los aquejan y que les resultan problemáticas. Según

la Gestalt este mecanismo puede ser denominado “retroflexión” que se presenta cuando el consultante siente que no va a poder solucionar una situación problemática por lo cual sienten un dolor que intentarán quitarse sin contactar antes con las necesidades propias y rompiendo el orden del ciclo de la experiencia.

Las perspectivas psicológicas permiten identificar algunas posibles causas de este fenómeno pero muchos también han explicado las causas de las autolesiones por medio de la teoría del contagio social, en la que intervienen factores como la curiosidad, la presión de grupo y la amplia difusión que se ha realizado en torno a este mecanismo en los medios de comunicación. Los adolescentes han pasado a convertirse en puntos débiles por ser mayormente susceptibles a estos factores, explicando así el porqué de que gran parte de la población que practica autolesiones son adolescentes, (Faura, 2011b).

Entrando a examinar específicamente las lesiones presentadas por diversos consultantes se encontró a partir de Castro (2014b) que contrario a lo que muchos creen, las autolesiones no necesariamente se hacen presentes de inmediato como lo son los daños a la piel resultado de cortes o quemaduras, sino que pueden evidenciarse en actos lentos o acumulativos como el consumo desmedido de drogas o alcohol, en los trastornos de conducta alimentaria (Castro, 2014c), en el envenenamiento, en la ingesta excesiva de medicamentos, etc... También es de aclarar que las lesiones suelen ser ocultadas por el menor usando ciertas prendas de vestir y accesorios (Morantes, 2016) o mintiendo acerca de la conducta realizada a padres y maestros.

CLASIFICACIÓN

En Villarroel, Jerez, Montenegro, Montes, Igor, & Silva (2013a) se encuentran una amplia clasificación de las conductas autolesivas la cual está centrada en la recurrencia del acto y en la gravedad del mismo. A continuación, se presenta una tabla en la cual se puede visualizar la clasificación realizada:

Conductas autolesivas mayores	La conducta es infrecuente y produce daño en algún tejido del cuerpo, ya sea piel u otros órganos.
Conductas autolesivas estereotipadas	El acto no varía demasiado, pero se produce de manera repetitiva.
Conductas autolesivas compulsivas	La intensidad es leve a moderada, existe compulsividad en el acto.
Conductas autolesivas impulsivas	Su acto se presenta de manera ritualizada o simbólica <ul style="list-style-type: none"> • Episódica: Hay temor al daño y cierta resistencia por realizar la lesión. • Repetitiva: Presenta características obsesivo-compulsivas.

Al referirse a aspectos que representan factores de riesgo, Castro (2014d) estableció que muchos de estos tipos de lesiones se relacionan con diversos trastornos psicopatológicos entre los cuales se encuentran: El autismo, el trastorno de identidad de la integración corporal, el retardo mental, la tricotilomanía, trastornos de personalidad,

trastornos alimentarios, los trastornos del estado de ánimo, psicosis y trastornos por control de impulsos.

En cuanto a los actos que motivan la realización de las lesiones también se puede realizar una clasificación basada en modelos según Villarroel et al (2013b).

Modelo de regulación de los afectos	Se busca aliviar sentimientos negativos.
Modelo de disociación	Se implementa cuando hay existencia de estados de disociación, despersonalización o desrealización
Modelo de conducta suicida alternativa	Es usado como un mecanismo por el cual el joven se resiste al deseo de quitarse la vida
Modelo de influencia interpersonal	Se usa como un método para influir o manipular a terceros.
Modelo de límites interpersonales	Se presenta cuando no hay una identidad integrada, el joven busca diferenciarse de otros.
Modelo de castigo	Es usado como método de refuerzo o generación de conductas deseables socialmente.
Modelo de búsqueda de sensaciones	Usado como forma de generar satisfacción.

EVALUACIÓN CLÍNICA

Ahora al referirse propiamente a la evaluación clínica que se aplica en estos casos, es importante resaltar primero que todo que el proceso de evaluación necesariamente debe implicar según Fernández (2013a):

- Un proceso de toma de decisiones para llegar a la solución de un problema.
- La formulación y contrastación de hipótesis.

Según las fases mencionadas anteriormente lo primero que debe realizar el psicólogo en la evaluación clínica es recoger información sobre el motivo de consulta para así poder avanzar. Esto se realiza por medio de la exploración por parte del psicólogo de los contextos en los que se encuentra inmerso el consultante, los eventos vitales de importancia en su vida, su ocupación, las actividades que realiza en su tiempo libre, su estado de salud y otras condiciones potencialmente relevantes al caso (Fernández, 2013b).

En esta problemática debe examinarse y tenerse en cuenta la personalidad del consultante dentro de la cual se enmarcan posibles factores psicopatológicos y psicosociales que representan riesgos entre los cuales es de resaltar: El consumo de drogas, el humor depresivo, la ideación suicida, los problemas de la conducta alimentaria, el acoso escolar, la influencia social, los conflictos a nivel interpersonal, factores como la impulsividad o la desregulación emocional, una baja autoestima (Ibàñez et al, 2012c) o estilos de afrontamiento (Castro, 2014e).

Para Villarroel et al (2011c), la conducta autolesiva debe separarse de la conducta autolesiva en cuanto a evaluación debido a que ambas se diferencian en tres aspectos: letalidad, repetición e intención. Mientras que la conducta suicida suele presentar un alto nivel de letalidad que lleva a que no se repita muchas veces y que se inclina

necesariamente a terminar con la vida, la conducta autolesiva se presenta en repetidas ocasiones debido a que su nivel de letalidad puede no alcanzar un alto rango además de que en pocos casos se presenta una inmediata intención de morir. En la conducta suicida, el tratamiento puede incluso ser aplicado contra la voluntad del paciente mientras que la conducta autolesiva no requiere este tipo de reacción.

Según Castro (2014f) con la información que va recogiendo el psicólogo a medida que se va adentrando en la problemática puede comenzar a:

- Conocer el riesgo de una conducta o trastorno por deficiente control de impulsos como la ira o agresividad.
- Establecer la presencia o ausencia de sintomatología de tipo psicótico.
- Determinar el grado de rigidez o flexibilidad con la cual se instauran las creencias irracionales del paciente para empezar a planear la psicoterapia.
- Detectar el riesgo suicida para implementar medidas de seguridad que requiera el caso.
- Remitir al consultante según las necesidades que se vayan presentando en su caso.

RECOMENDACIONES

Se hace fundamental según el construccionismo social entender cómo las personas que se autolesionan han construido esa acción a partir de la interacción y el significado que le dan. A través de las relaciones que se establecen con el mundo es que cada uno construye

con base a lo que vive y explicita a través del lenguaje, el cual permite construir significados y dar sentido a la historia (Gergen, 2007).

Es así que los diferentes imaginarios sociales existentes alrededor de las conductas autolesivas se vuelven útiles para la comprensión, estudio y análisis de éste fenómeno debido a que se han convertido en generadores de malestar en cuanto a que mantienen la problemática cuando: Muchas personas deciden no darle la atención necesaria que lleva a que se generen vacíos en su diagnóstico. Por eso una de las soluciones a esta problemática reside en la concientización y alerta a padres y docentes acerca de la importancia de diagnosticar y tratar a tiempo el problema.

Para ello es necesario tomar la mayor información del individuo que presenta estas conductas, es decir, se debe analizar desde los diferentes imaginarios sociales las comprensiones que se hacen alrededor de las conductas autolesivas en un primer momento, cómo es percibido el individuo que realiza estas prácticas, cómo éste desarrolla estrategias de afrontamiento frente a esas percepciones sociales y de qué forma estas relaciones conllevan a que altere su comportamiento.

CONCLUSIONES

Las razones que llevan a que se presente cada una de estas explicaciones, están mediadas por variables que cambian de caso en caso, y que al fin y al cabo deben ser examinadas a partir del relato de las vivencias y cómo asume las mismas el adolescente, permitiendo mayor información acerca de la manera en que los seres humanos envían mensajes codificados en un lenguaje no verbal.

Teniendo en cuenta aspectos muy generales, el fenómeno de las autolesiones no suicidas pueden encuadrarse dentro de tres tipos de explicaciones: Como un producto de contagio generado gracias a la influencia de lo social (Faura, 2011), como un mecanismo desadaptativo por medio del cual muchas personas buscan desahogar sus malestares en algún punto de sus vidas (Castro, Planellas & Kirschner, 2014). O también como el fruto de la presencia de algún trastorno mental tales como el trastorno de personalidad límite y la depresión (Ávila & Pachar, 2016).

REFERENCIAS

- Ávila-Samaniego, M. E. & Pachar-Pesántez, M.C. (2016). Relación entre conductas autolesivas, ansiedad y depresión en adolescentes, una guía enfocada desde el modelo cognitivo conductual. Tesis previa a la obtención del título de Psicología Clínica. Universidad de Azuay.
- Castro, J. (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Revista Neuropsiquiatría*. 77(4). 226-234.
- Castro, K., Planellas, I & Kirschner, T. (2014). Predicción de conducta autodestructiva en adolescentes mediante tipologías de afrontamiento. *Universitas Psychologica*. 13(1). 1-22.
- Cornellá-Cannals, Josep. (15 de Enero 2015). Conducta autodestructiva del adolescente. Suicidio, su prevención. *Recursos socioeducativos*. Extraído de <https://recursosocioeducativos.wordpress.com/tag/adolescencia/> el 25 de septiembre de 2016.

Cruz, M. (2016). La autolesión: Una visión desde la psicoterapia humanista integrativa.

Revista Bonding. Extraído el 20 de octubre del 2016 de <http://bonding.es/la-autolesion-una-vision-desde-la-psicoterapia-humanista-integrativa>

Faura-García, J. (2011). Autolesión: Guía de medidas anticontagio y contra las desventajas de Internet. Foro: Red social de habla hispana sobre autolesión.

Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos. Segunda edición*. España-Madrid. Editorial Pirámide.

Frías-Ibáñez, A., Vásquez-Costa, M., Del Real-Peña, A., Sánchez-Del Castrillo, C. & Giné-Serven, E. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: Prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 103. 33-48.

Gergen, K., (2007). *Construccionismo social*. Colombia- Bogotá, Uniandes.

Manca, M. (2011). Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿Redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo?. *Psicoanálisis*. 33(1). 77-88.

Mollá, L., Batlle-Vila, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L., Pérez, V. & Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 20(1). 51-61.

Ulloa-Flores, R.E., Contreras-Hernández, C., Paniagua-Navarrete, K. & Figueroa, G.V. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud mental*. 36(5). 417-420.

Varona-Klioukina, S. A. (2015). Autolesiones en adolescentes: Estilos de afrontamiento y afecto. Tesis para optar el título de licenciado de psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima-Perú.

Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, A., Montes, C., Igor, M. & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. *Primera parte: Conceptualización y diagnóstico. Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*. 51(1). 38-45.