

Autolesiones en estudiantes de Secundaria: incidencia y factores circundantes

Enoc Obed DE LA SANCHA VILLA

Universidad de Guanajuato (México)

Emanuel MERAZ MEZA

Universidad Veracruzana (México)

Cirila CERVERA DELGADO

Universidad de Guanajuato (México)

Mireya MARTÍ REYES

Universidad de Guanajuato (México)

José Luis COLORADO HERNÁNDEZ

Universidad Veracruzana (México)

Resumen

La autolesión es el daño corporal que se infringe un individuo a sí mismo de manera intencional, sin el propósito de suicidarse y con la finalidad de reducir o mitigar sensaciones o pensamientos desagradables que interfieren con su bienestar. La autolesión es socialmente desaprobada y plantea múltiples dimensiones de análisis vinculadas a factores biológicos, cognitivos, contextuales, afectivos y conductuales. Se realizó una investigación con 1274 alumnos de secundaria para identificar la incidencia y elementos circundantes a las autolesiones entre adolescentes. Los resultados mostraron casi 20% de incidencia promedio; una razón de autolesión de 2 a 1 de mujeres respecto a hombres; la utilización de múltiples métodos para autolesionarse; mayor frecuencia en las modalidades de cortarse, rascarse y golpearse, así como muñeca y brazo como las zonas preferidas de autolesión; alta tolerancia al dolor y utilización mayoritaria de objetos punzocortantes en la situación de autolesión; emocionalidad negativa y situaciones familiares como elementos circundantes a la realización de autolesiones; actividades vinculadas a la vida diaria después de la autolesión. Se discute la coincidencia con resultados nacionales e internacionales y los requerimientos para profundizar en el fenómeno.

Abstract

Self-harm is the bodily harm that an individual infringes upon himself intentionally, without the purpose of committing suicide and with the purpose of reducing or mitigating unpleasant sensations or thoughts that interfere with his well-being. Self-harm is socially disapproved and poses multiple dimensions of analysis linked to biological, cognitive, contextual, affective and behavioral factors. An investigation was conducted with 1274 high school students to identify the incidence and elements surrounding self-harm among adolescents. The results showed almost 20% average incidence; a ratio of self-harm of 2 to 1 women compared to men; the use of multiple methods for self-harm; greater frequency in the modalities of cutting, scratching and hitting, as well as wrist and arm as the preferred areas of self-injury; high tolerance to pain and majority use of sharp objects in the situation of self-harm; negative emotionality and family situations as elements surrounding the realization of self-harm; activities linked to daily life after self-harm. The coincidence with national and international results and the requirements to deepen the phenomenon are discussed.

Dirección de los autores: Departamento de Educación, Sede Yerbabuena, Ex-Carretera Guanajuato-Juventino Rosas, km. 9. 36250 Yerbabuena, Guanajuato. *Correo electrónico:* eo.delasancha@ugto.mx

Recibido: diciembre de 2019. *Aceptado:* enero de 2020.

La autolesión es el daño corporal que se infringe un individuo a sí mismo de manera intencional, sin el propósito de suicidarse y con la finalidad de reducir o mitigar sensaciones o pensamientos desagradables que interfieren con su bienestar. La autolesión es socialmente desaprobada y plantea múltiples dimensiones de análisis vinculadas a factores biológicos, cognitivos, contextuales, afectivos y conductuales (Walsh, 2006). Aunque varios autores han reconocido que este fenómeno tiene una baja probabilidad de terminar en suicidio (Kroll, 1993; Ross y McKay, 1979; Walsh, 2006), su estudio cobra relevancia debido a las tasas de frecuencia y la incidencia que está teniendo en la población en general y en individuos cada vez más jóvenes. Estudios en Europa, Estados Unidos y Australia, mostraron que este fenómeno se incrementó en los años 60s, tuvo un periodo de estabilización durante la década de los 80s y un nuevo incremento en la década de los 90s (Shaffer, Garland, Gould y Fisher, 1988). Indagaciones internacionales más recientes han reportado que, en la población general, al menos el 4% ha tenido alguna situación de autolesión (Briere y Gil, 1998), mientras que investigaciones en el nivel universitario han mostrado que un 35% de alumnos han tenido algún episodio, con índices de 15% reportando más de 10 incidentes y 9% con más de 100 incidentes en su historia (Gratz, 2001).

Aunque algunos autores sostienen que las autolesiones son más comunes entre mujeres (por ejemplo, Suyemoto, 1998; Zlotnick, Mattia y Zimmerman, 1999), otros estudios han encontrado tasas similares entre hombres y mujeres (Briere y Gil, 1998; Klonsky, Oltmanns y Turkheimer, 2003; Stanley, Gameroff, Michalsen y Mann, 2001; Whitlock, Eckenrode y Silverman, 2006). Respecto al tipo de autolesión, la mayoría de los estudios reporta que cortarse es la forma más común (Briere y Gil, 1998; Gratz, 2001; Sornberger, Heath, Toste y Mc Louth, 2012), mientras que el segundo y tercer lugar se lo disputan los golpes hacia el cuerpo o pegarse con algún objeto, las quemaduras y la excoriación de heridas (Alderman, 1997; Conterio, Lader y Bloom, 1998; Favazza, 1987; Simeon & Hollander, 2001; Walsh y Rosen, 1988). Respecto a la variedad de autolesiones, estudios con muestras clínicas reportan que de un 50% (Walsh y Rosen, 1988) a un 78% (Favazza y Conterio, 1989) de individuos que se autolesionan utilizan más de un método, mientras que en muestras escolares universitarias se han observado porcentajes de hasta 26% de alumnos que han usado más de cuatro métodos (Gratz, 2001). La ubicación de las lesiones se presenta de manera preponderante en las muñecas, brazos y piernas en la mayoría de los estudios.

Aunque el fenómeno de la autolesión fue analizado inicialmente con sujetos con historia de problemas mentales (Alderman, 1997; Linehan, 1993), con jóvenes pertenecientes a escuelas de educación especial, en instalaciones de detención juvenil (Chowanec, Josephson, Coleman y Davis,

1991; Cullen, 1985; Ross y McKay, 1979) o con personas adultas recluidas en prisiones (*Howard League for Penal Reform*, 1999; Ireland, 2000; Motz, 2001), los estudios actuales han indicado que éste se presenta en personas sin problemas mentales reconocidos, en individuos de diversa edad, en sujetos con menores desafíos psicológicos y con menores requerimientos en las áreas de relaciones sociales, la escuela o el trabajo (Walsh, 2006).

Los resultados observados con adolescentes resaltan la importancia de abordar este fenómeno. Ross y Heath (2002), por ejemplo, encontraron que un 59% de su muestra indicó haber iniciado a autolesionarse en el séptimo u octavo grado (12 o 13 años aproximadamente) y un 24% cuando se encontraban cursando el sexto grado o antes (11 años aproximadamente). Respecto a la incidencia juvenil, los estudios basados en poblaciones clínicas han mostrado que entre 14% y 24% de adolescentes se han autolesionado al menos una vez en su vida (Heat, Schaub, Holly y Nixon, 2009), y estudios con comunidades de adolescentes no atendidos clínicamente han reportado un rango de entre 14%-39% de prevalencia (Lloyd, 1997; Ross y Heath, 2002). Destaca el hecho que, a diferencia de estudios a larga escala, en la mayoría de las investigaciones llevadas con adolescentes se observa una predominancia de mujeres que se autolesionan y una mayor dificultad para distinguir entre el tipo de método y locación de la autolesión entre ambos géneros (Sornberger, Heath, Toste y Mc Louth, 2012).

Diversos factores han sido reportados como elementos circundantes y de influencia para las autolesiones. Por ejemplo, se ha documentado el efecto de la respuesta ante el dolor, observándose altos niveles de tolerancia al dolor en situaciones normales o de estrés en personas con o sin diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Bohus, Limberger, Ebner *et al.*, 2000; Russ, Roth, Kakuma *et al.*, 1994; Russ, Roth, Lerman *et al.*, 1992;). Dentro de los factores históricos que han mostrado estar asociados empíricamente con las autolesiones se encuentran la muerte, separación o abandono de padres o tutores (Carroll, Schaffer, Spensley y Abramowitz, 1980; Gratz, Conrad y Roemer, 2002; Walsh y Rosen, 1988), el abuso físico, emocional o sexual (Rodríguez-Srednicki, 2002; Shapiro y Dominiak, 1992; van der Kolk, Perry y Herman, 1991), así como enfermedades mentales, abuso de sustancias, violencia, suicidio o autolesiones entre los miembros de la familia (Favazza, 1987, 1998; Shapiro y Dominiak, 1992; Walsh y Rosen, 1988).

Otro gran factor de influencia documentado han sido las respuestas o estados emocionales que experimentan las personas que se autolesionan. El enojo, la ira, ansiedad, tristeza, depresión, vergüenza, preocupación y tensión, son las respuestas más comunes observadas en los estudios (Alderman, 1997; Conterio, Lader y Bloom, 1998; Favazza, 1987; Simeon y Hollander, 2001; Walsh y Rosen, 1988). De hecho, una revisión de estudios empíricos encontró que la

regulación del afecto es la principal función relacionada a las autolesiones en adolescentes y adultos (Klonsky, 2007). De manera específica, en poblaciones de adolescentes con o sin diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y con o sin tratamiento clínico, se han observado rangos de respuesta que van del 53% al 80% relacionadas con “el detener los malos sentimientos” (63% en Penn, Esposito, Schaeffer, Fritz y Spirito, 2003), “sentirse deprimido o infeliz” (80% en Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005) “ayuda a soltar la tensión o el estrés y relajar” (45% en Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005).

En el caso de México la investigación respecto a la frecuencia y tipos en que se presentan las autolesiones son escasas. Una búsqueda realizada evidenció cuatro publicaciones: una llevada con estudiantes de nuevo ingreso a la universidad (Benjet, Gutiérrez-García, Abrego-Ramírez *et al.*, 2019), dos realizadas entre adolescentes: una con sujetos escolares no clínicos (Albores, Méndez-Santos, Xóchitl-García *et al.*, 2014) y otra con pacientes psiquiátricos (Ulloa Flores, Contreras Hernández, Paniagua Navarrete y Victoria Figueroa, 2013); el cuarto estudio se vinculó con el análisis de propiedades psicométricas de un inventario (Castro Silva, Benjet, Juárez García *et al.*, 2016). Los resultados observados en México con adolescentes no pertenecientes a poblaciones clínicas han mostrado una incidencia del 17% con una edad de inicio de 11 años 8 meses aproximadamente. Así mismo, los métodos y zonas en las que se practican la autolesión concuerdan con los estudios internacionales, a saber: cortes, rascado de cicatrices y mordidas, así como antebrazos y muñecas como las zonas preferidas para lesionarse (Albores *et al.*, 2014).

La presencia y expansión de las autolesiones entre adolescentes es un fenómeno que debe estudiarse sistemáticamente, sobre todo en el momento formativo del nivel secundaria ya que, además de las implicaciones vinculadas a los cambios biopsicosociales que sufren los individuos en este momento de su vida, la literatura ha sugerido que el inicio de las autolesiones empieza a darse preponderantemente en este momento de formación. Aunado a lo anterior, es necesario reconocer si los datos evidenciados por estudios a nivel nacional e internacional se corresponden con los de otras regiones para dimensionar si las autolesiones son un fenómeno que se ha generalizado entre distintas zonas geográficas y, por lo tanto, empezar a idear formas de intervención propicias para las instituciones escolares.

Por lo anterior, el objetivo general del presente estudio fue describir la forma en que se presenta el fenómeno de la autolesión en poblaciones de estudiantes de secundarias. De manera específica se pretende: (a) comparar la frecuencia de autolesiones en la población de cinco escuelas secundarias: tres secundarias generales y dos telesecundarias; (b) reconocer el grado de incidencia y el tipo de autolesiones a partir del género y la edad; (c) indagar en el tipo, frecuencia, locación y objeto de autolesión que predomina entre chicos

y chicas; (d) reconocer las razones, así como las conductas, sentimientos y pensamientos previos y posteriores al episodio de autolesión.

Método

Participantes

Fueron encuestado todo el alumnado de primero, segundo y tercer grado de cinco escuelas de secundaria de la ciudad de Guanajuato, Guanajuato (México): tres secundarias generales y dos escuelas telesecundarias. La totalidad de participantes fue de 1274 de los cuales el 47.7% eran hombres y el 53.3% mujeres; el 99.5% de estudiantes estaban en un rango de 12 a 15 años. Los progenitores fueron informados a partir de una nota en su cuaderno la cual debían firmar de conformidad. No existieron casos que se negaran a contestar la encuesta.

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario impreso en papel con preguntas de opción múltiple y abiertas. El instrumento era anónimo y recolectaba datos sobre la escuela, edad, género, la realización o no de autolesiones, el tipo, frecuencia y locación de las autolesiones, situaciones pasadas y actuales que promovían la autolesión, el grado de dolor ante la autolesión, los pensamientos previos a la lesión, las emociones previas y posteriores a la autolesión, las actividades realizadas posterior a la autolesión, los objetos utilizados y la secuencia de actividades realizadas para autolesionarte. Con la finalidad de no evidenciar quién se autolesionaba, el instrumento contó con una hoja de preguntas distractoras: aquellos alumnos que contestaban que no se autolesionaban eran dirigidos a otra hoja y continuaban respondiendo varias preguntas vinculadas a su cotidianidad como estudiantes, esto con la finalidad de igualar el tiempo de entrega entre participantes que se autolesionaban y aquellos que no. Para promover la confianza para contestar libremente se realizaron urnas de cartón para que los estudiantes depositaran sus respuestas sin que otra persona pudiera observar sus respuestas.

Procedimiento

Semanas antes de la aplicación del cuestionario se visitaron cada una de las cinco escuelas y se entregó un oficio al director de cada institución donde se explicaban las razones y el objetivo de llevar a cabo el estudio. El instrumento fue presentado a los directores para su revisión y en dos de las escuelas fue necesario mostrárselo a la psicóloga de la institución para recibir la aprobación. A los maestros se les entregó un escrito que debían dictar a sus alumnos para que lo escribieran en su libreta de recados.

El texto mencionaba la finalidad de la encuesta, la secrecía y anonimato en la recolección y tratamiento de datos, la importancia de realizarla y se solicitaba la aprobación de los padres con su rúbrica.

Una vez concedido el permiso se agendó un día para asistir a cada escuela. El día de la aplicación cada uno de los investigadores se dirigía a un grupo con las encuestas necesarias y la urna elaborada. Dentro del grupo se les explicaba a los jóvenes que se estaba realizando una encuesta para reconocer conductas de riesgo en los estudiantes de secundaria, que las respuestas eran totalmente confidenciales y que se sintieran en libertad de contestar con toda veracidad ya que los resultados no serían entregados ni a padres de familia ni a maestros. El investigador hacía énfasis en la necesidad de contestar todas las preguntas que se presentaban, les comentaba que si tenían una duda levantarán la mano para recibir apoyo y que al finalizar de contestar la encuesta le mostrarán la segunda página donde se encontraban las preguntas de opción múltiple para revisar que se habían contestado todas. Si las preguntas de opción múltiple estaban contestadas totalmente el encuestador les pedía que la doblaran y la colocaran en la urna, si no estaban contestadas les pedía que terminaran de contestarlas. Al finalizar cada jornada de recolección los investigadores colocaban en una bolsa todas las encuestas para poder agruparlas por escuela.

Análisis de datos

Se consideraron los datos de los participantes que mencionaron autolesionarse y que además reportaron los siguientes rubros: género, edad, número y tipo de métodos utilizados, zona de autolesión, grado de dolor manifestado. Las preguntas de opción múltiple fueron analizadas y graficadas tomando en cuenta el género. Las preguntas abiertas fueron categorizadas y presentadas sin distinción de género.

Presentación y discusión de resultados

La figura 1 muestra el porcentaje de chicos y chicas que reportaron autolesionarse en cada una de las escuelas secundarias. En ninguna de las secundarias el porcentaje de hombres iguala o supera al de mujeres, encontrándose tres casos (SG2, SG3, TS2) en donde la autolesión en mujeres supera en casi o más del doble el porcentaje de hombres. Adicionalmente se observa que en ninguna institución el porcentaje es menor a 16% y en dos de ellas se presentan resultados de 22% y 23%. La media de autolesión entre las cinco instituciones evidenció un 19'3%, distribuida en un 6'8% de hombres y 12'5% de mujeres reportando autolesionarse, una relación de casi 2:1 de mujeres respecto de hombres. Estos resultados coinciden con indagaciones en adolescentes donde se observa una mayor incidencia de autolesiones en las chicas (Sornberger, Heath, Toste y

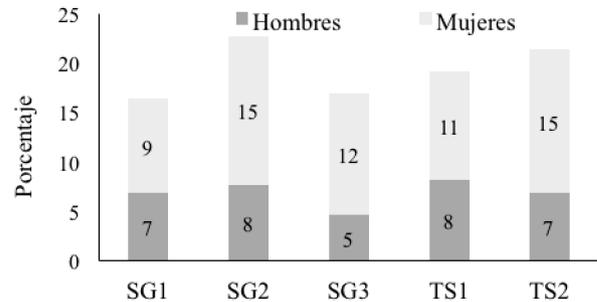


Figura 1. Porcentaje de autolesiones reportadas por chicos y chicas en cada una de los centros de Secundaria General (SG) y TeleSecundaria (TS).

Mc Louth, 2012). El rango de incidencia de autolesiones también coincide con lo reportado en estudios a nivel nacional, aunque en cualquiera de los cinco casos se encuentra alejado del valor máximo reportado en la literatura internacional, que es el 35% (Lloyd, 1997; Ross y Heath, 2002). Tampoco se observaron diferencias entre las modalidades de escuelas secundarias, lo cual sugiere que entre jóvenes el fenómeno se presenta de igual manera ante modalidades educativas diferenciadas.

La figura 2 presenta la cantidad total de alumnos en función de la edad y género y la compara con la frecuencia de alumnos que reportaron autolesionarse; dado que no todas las edades presentan la misma frecuencia, la figura también muestra la razón de alumnos que no se autolesionan respecto de aquellos que reportaron autolesionarse. En todas las edades la cantidad de alumnos que se autolesionan es mayor en el caso de las mujeres, observándose amplias diferencias en la razón de autolesión a la edad de 15 años ya que las mujeres superan por 5 a 1 a los hombres. De manera específica, se observa que en el caso de los hombres la razón de alumnos que se autolesionan disminuye conforme a la edad, observándose un decremento drástico a la edad de 15 años, ya que por cada alumno que se autolesiona 11'1 no lo hacen. En el caso de las mujeres también se observa una disminución en la frecuencia de autolesiones hasta los 14 años y sobresale el incremento en la frecuencia de autolesiones a la edad de 15 años, observándose que por cada 2 alumnas que no se autolesionan una sí lo hace. Estos resultados refuerzan lo mencionado en la literatura respecto a la edad de inicio de las autolesiones y la superioridad en la incidencia de las jóvenes mujeres respecto de los hombres. Los resultados anteriores apuntalan la necesidad de indagar en poblaciones de menor edad para reconocer cómo se está presentando este fenómeno e indagar si la alta frecuencia a la edad de 15 años en el caso de las mujeres y la baja frecuencia en el caso de los hombres se presenta como una constante en poblaciones donde se observe mayor población de esta edad. Adicionalmente, deben reconocerse

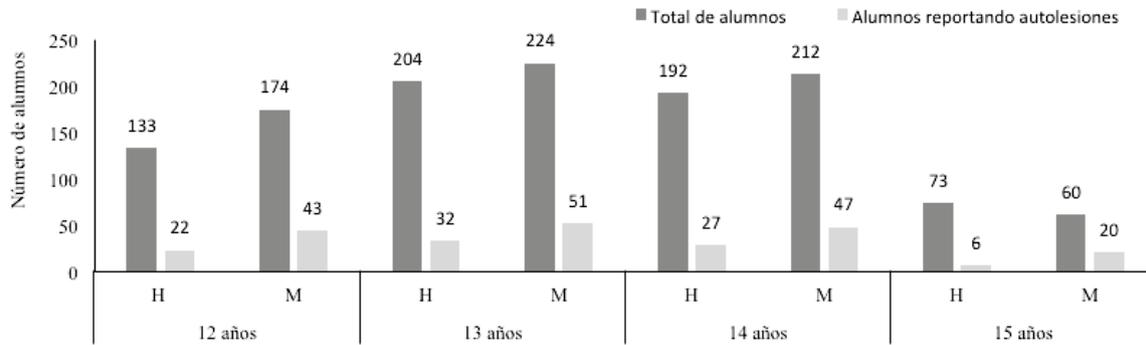


Figura 2. Frecuencia de autolesiones reportadas por chicos y chicas de Secundaria en función de la edad (M= mujer; H= hombre. R= Razón de alumnos que no se autolesionan respecto de los que reportaron hacerlo; a mayor razón, la incidencia de autolesiones es menor).

los factores y explicaciones brindadas a la edad de 15 años y aquellas brindadas por los estudiantes más jóvenes para reconocer posibles diferencias y semejanzas.

Por su parte, la figura 3 muestra el porcentaje de chicos y chicas que se autolesionan con uno o más métodos. El mayor porcentaje se observa en la utilización de 5 o más métodos para autolesionarse, independientemente del género. Adicionalmente, no se observan diferencias importantes entre hombres y mujeres respecto a la cantidad de métodos

utilizados. Es importante resaltar que los resultados de este estudio superan el 26% mencionado en la literatura respecto a la utilización del multimétodo en poblaciones no clínicas (Gratz, 2001) y afianzan la posibilidad de que el multimétodo sea una constante, más que una rareza, entre las personas que se autolesionan. De hecho, si se comparan los porcentajes de personas que sólo usan un método respecto de aquellas que usan más de uno la proporción es de 1:4 en el caso de las mujeres y de 1:5 en el caso de los hombres.

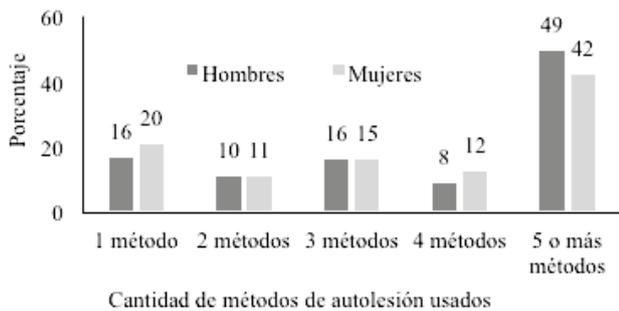


Figura 3. Porcentaje de hombres y mujeres que reportan utilizar uno o más métodos para autolesionarse.

La figura 4 muestra los diferentes tipos de métodos para autolesionarse y el porcentaje de incidencia que cada uno de estos tiene entre hombres y mujeres. El cortarse se ubica en primer lugar de incidencia, seguido muy de cerca por rascado excesivo, golpearse y quitarse costra. En todos los casos, la frecuencia al interior de cada método es similar entre hombres y mujeres, aunque se aprecia una mayor incidencia en los métodos de cortarse, morderse o arrancarse cabello por parte de las mujeres. Los resultados coinciden con lo reportado en la literatura respecto al tipo de autolesión, así como en la dificultad para distinguir entre tipos de método en función del género (Sornberger, Heath, Toste y Mc Louth, 2012).

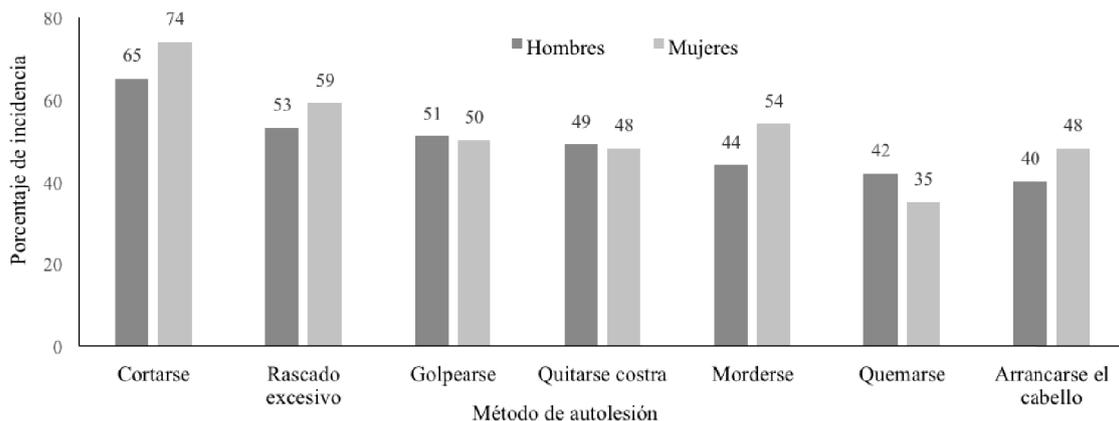


Figura 4. Porcentaje de incidencia reportado por chicas y chicos en función del tipo de autolesión. La suma de los porcentajes, tanto en hombres como en mujeres, es más de 100% debido a la utilización de múltiples métodos para autolesionarse.

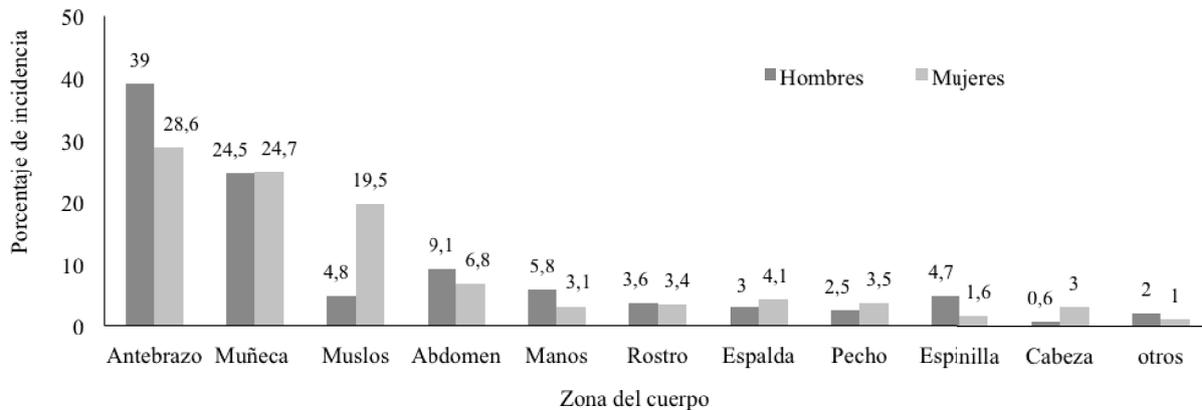


Figura 5. Porcentaje de incidencia de autolesiones reportado por hombres y mujeres de acuerdo con la zona del cuerpo.

En la figura 5 se observan los porcentajes de autolesiones reportados por chicas y chicos de acuerdo con la zona en que éstas se realizan. Sobresale que tanto el antebrazo como las muñecas se ubican como las áreas con mayor recurrencia tanto en ellos como en ellas; de hecho, en estas dos áreas se ubica más del 50% de incidencia en ambos géneros. De manera interesante el área de las muñecas muestra porcentajes iguales entre hombres y mujeres, mientras que en el antebrazo presenta una mayor incidencia por parte de los hombres y lo inverso sucede con la zona de los muslos donde las mujeres superan ampliamente. Aunque con porcentajes bajos, en la gráfica se registran zonas de autolesión alarmantes o de posible canalización psiquiátrica como el pecho y el rostro (Walsh, 2006) y otros no tan comunes como la espalda y la espinilla. Las zonas de autolesión coinciden con lo mencionado en la literatura y con el multimétodo reportado por los encuestados.

La figura 6 presenta el grado de dolor reportado por hombres y mujeres que mencionan autolesionarse. Como es evidente, la mayoría de los hombres y mujeres reportan sentir poco o nada de dolor ante una autolesión. Llama la atención los resultados cercanos a cero ante la respuesta demasiado dolorosa manifestados por los participantes. De hecho, la proporción entre aquellos que mencionan sentir demasiado dolor y nada de dolor es de 1 estudiante por cada 20 en el caso de los hombres y 1 por cada 6 en el caso de las mujeres. Los resultados obtenidos, aunque coincidentes con estudios controlados donde se observa alta tolerancia al dolor en personas con o sin diagnóstico de trastorno límite de personalidad, deben tomarse con cautela ya que lo mencionado por los alumnos es el grado de dolor que consideran sentir, por lo que estudios posteriores deberán explorar este fenómeno a partir de variables vinculadas a diversos parámetros como el tipo y tiempo que llevan realizándose autolesiones, las condiciones ante las que se encuentran, así como factores contextuales y de tipo biológico.

La figura 7 muestra el tipo y porcentaje de respuestas de alumnos que reportaron autolesionarse ante la pregunta ¿Qué objeto utilizas para autolesionarte? Es evidente que los

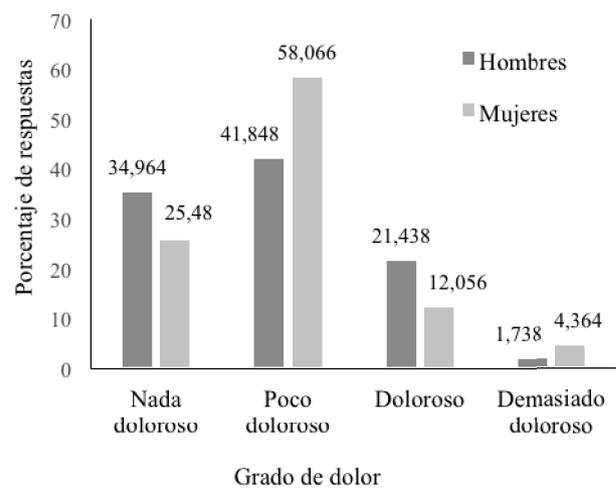


Figura 6. Grado de dolor reportado por hombres y mujeres al autolesionarse.

objetos punzocortantes son los instrumentos más utilizados por las personas que se autolesionan, superando a las otras opciones en una proporción de al menos 5 a 1. Es de señalar que un 5% reportaron utilizar objetos singulares como pedazos de madera, la bicicleta para provocar una caída,

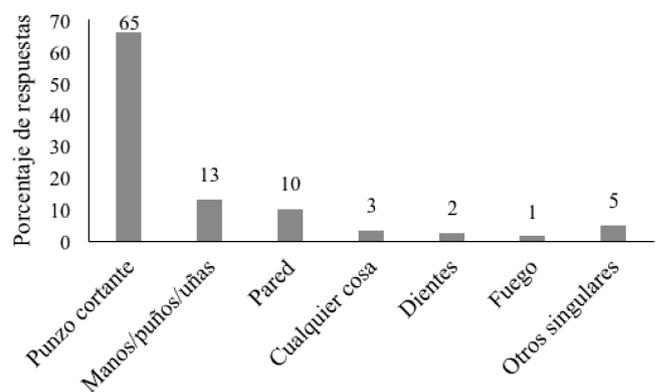


Figura 7. Tipo de objeto utilizado para autolesionarse.

pedras, zapatos, hilos e incluso una grieta en el suelo. Los resultados, además de coincidir con lo reportado en la literatura nacional e internacional, sugieren que el fenómeno de las autolesiones, aunque manifestado en diversas formas, se presenta preponderantemente como el denominado *cutting*, infligirse cortes finos y superficiales que dejan cicatrices reconocibles, lo que llama a indagar en el grado de influencia de los diferentes agentes o medios con los que interactúa las personas para promover este tipo de acción en específico.

La figura 8 muestra el tipo y porcentaje de respuestas de los estudiantes que reportaron autolesionarse ante la pregunta ¿En el pasado te ha sucedido algo que te promueva autolesionarte? El 40% de los alumnos negó un acontecimiento previo como elemento promotor de la autolesión, mientras el restó contestó aludiendo a diversos factores y,

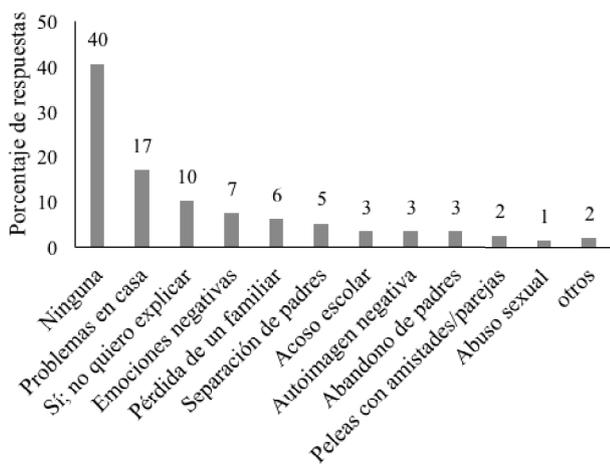


Figura 8. Situaciones del pasado vinculadas a la realización de autolesiones.

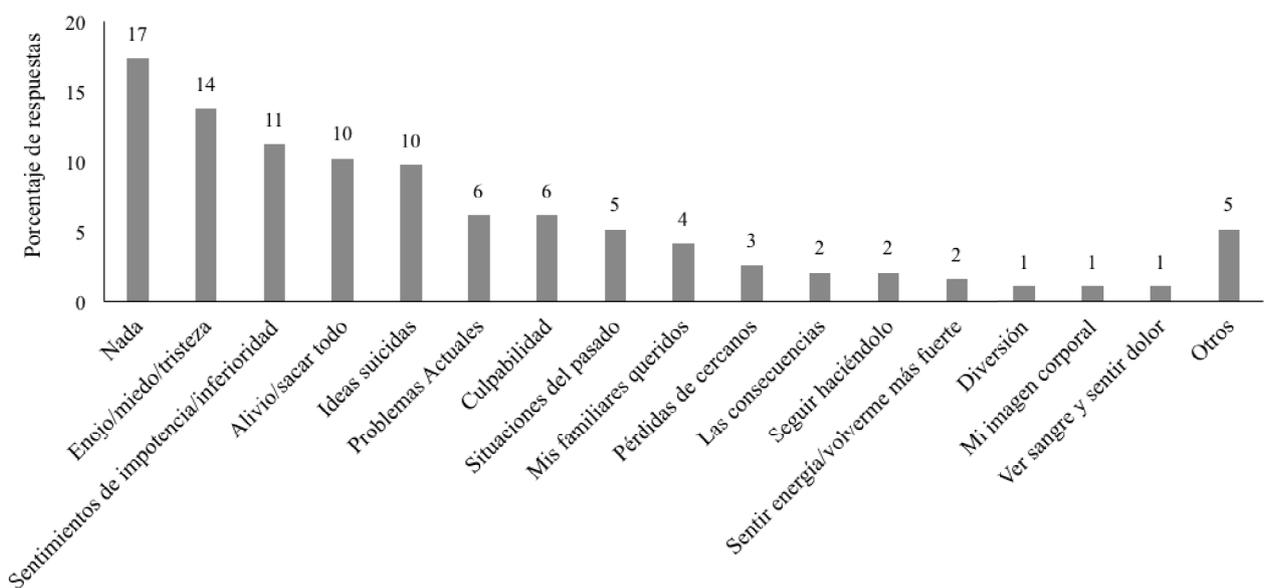


Figura 9. Pensamientos previos a la realización de autolesiones.

de estos, un alto porcentaje no quiso explicar la situación por la que pasaron. Los problemas en casa fue la respuesta que más incidencia tuvo, seguida de emociones negativas, pérdida de un familiar y separación de padres. Los resultados coinciden parcialmente con lo reportado en la literatura y sobre todo invita a indagar en mayor profundidad en factores como la pérdida de cercanos, la emocionalidad negativa presente en los alumnos y lo que Linehan (1993) ha denominado como *ambientes invalidantes*. Por otra parte, el abuso sexual, aunque considerado un factor importante en la autolesión (Walsh, 2006), presentó la menor incidencia con 1% de respuestas, lo que invita a considerar dos aspectos: la evaluación de estos factores a partir de estrategias que permitan profundizar en situaciones que pueden ser difíciles de plasmar en una encuesta y en la posibilidad de que las autolesiones se presenten ante condiciones no tan extremas como el abuso sexual.

La figura 9 muestra el tipo y porcentaje de respuestas que reportaron los estudiantes que se autolesionan ante la pregunta ¿Qué pensamientos vienen a tu mente antes de autolesionarte? Las respuestas de los alumnos, aunque variadas, se relacionan principalmente con sentimientos negativos, de impotencia o inferioridad, sensaciones de alivio e ideas suicidas. Los resultados coinciden con lo mencionado en la literatura al mostrar que el factor emocional y las situaciones de alivio son aspectos circundantes en el fenómeno de la autolesión, no obstante, contradicen lo mencionado en las investigaciones respecto a la finalidad suicida de tal acto. Este último dato, la ideación suicida, debe tomarse con cautela debido a dos situaciones: (1) que para algunos autores comprende desde expresiones como “no vale la pena vivir” hasta manifestaciones que se acompañan de intención de morir o un plan suicida (Sánchez

Sosa, Villarreal y Musitu, 2013); y (2) a la alta prevalencia de la ideación suicida que existe entre jóvenes sin que ésta necesariamente llegue a suicidio o intentos de realizarlo (Evans, Hawton, Rodham y Deeks, 2005). Por otra parte, debe destacarse que algunas respuestas, aunque bajas en porcentaje, se relacionaron con situaciones de canalización psiquiátrica como el poder ver sangre y sentir dolor, aspectos vinculados con posibles estados de disociación previos a la situación de autolesión (Walsh, 2006).

La figura 10 muestra el tipo y porcentaje de respuestas de los estudiantes que reportaron autolesionarse ante la pregunta ¿Cómo te sientes después de autolesionarte? Destaca el hecho que los sentimientos y emociones negativas representan más del 50% de las respuestas y que los aspectos de alivio, considerados en diversos escritos como el factor preponderante para la realización de autolesiones, obtengan bajos niveles de respuesta. Una posible explicación de esta contradicción puede relacionarse con

la poca habilidad de los jóvenes para poder identificar con claridad que en efecto se trata de una situación de alivio, esto porque respuestas como emocionado, con energía, normal e incluso relajado, podrían vincularse con situaciones de alivio o cambio de situación emocional y las cuales en situaciones de encuesta se dificulta reconocer, indagar o profundizar. La segunda posibilidad es que los jóvenes consideren la situación de alivio en los momentos previos a la autolesión como fue mostrado en la Figura 9, pero muestren sentimientos de culpa o desanimo en momentos posteriores. Como fue sugerido en párrafos previos, la estrategia de la entrevista puede ser de mayor utilidad para abordar este aspecto.

Por último, la figura 11 muestra el tipo y porcentaje de respuestas de los estudiantes que reportaron autolesionarse ante la pregunta ¿Qué actividades realizas después de autolesionarte? Las respuestas fueron variadas, no obstante, sobresale la concentración en dos tipos: actividades cotidianas y el dormir, abarcando entre ambas casi el 50% de los registros. Debe resaltarse que, aunque en bajos porcentajes, también se reportaron conductas de aislamiento y emocionalidad negativa como el llorar y muy pocas vinculadas a la atención de las heridas. Aunque es necesario profundizar en las razones, los datos apoyan la hipótesis de “alivio psicológico”, ya que la mayoría de los jóvenes después de autolesionarse retorna a sus actividades normales o duermen, situaciones que han sido reportadas en entrevistas clínicas como situaciones promotoras de reducción del estrés (Walsh, 2006). No obstante, como algunos autores sugieren, es necesario considerar aquellas situaciones en las que la autolesión no promueve el alivio terapéutico y que, por el contrario, resulta en mayor angustia, emocionalidad negativa o desesperanza, ya que pueden resultar en situaciones poco controlables y de mayor peligro.

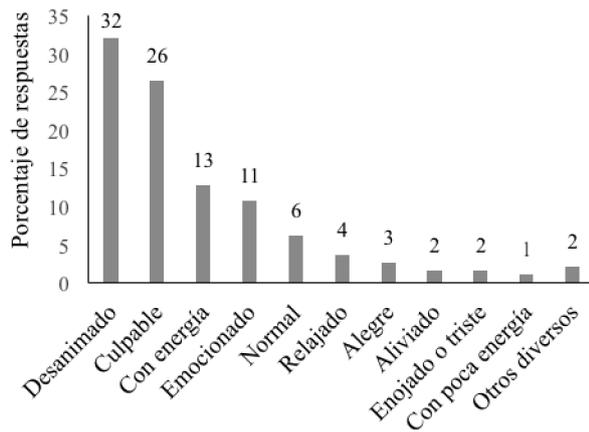


Figura 10. Estados de ánimos después de la autolesión.

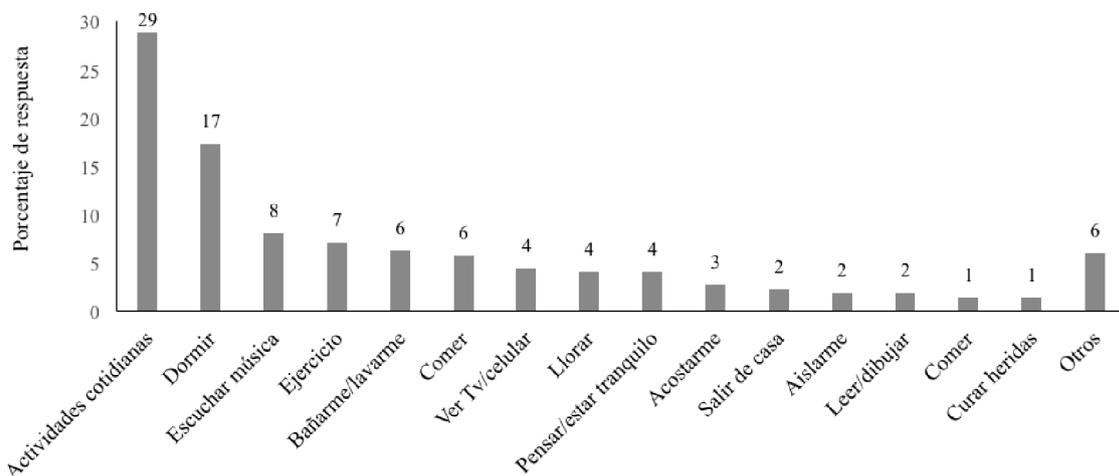


Figura 11. Actividades realizadas después de la autolesión.

Discusión y conclusiones

El estudio mostró que las autolesiones tienen una prevalencia relativamente alta entre estudiantes de secundaria, se presenta al menos desde los 12 años y existe una mayor incidencia entre mujeres que entre hombres. Los resultados coincidieron con la mayoría de lo planteado en la literatura nacional e internacional, respecto al tipo, número y razones para llevar a cabo la autolesión. El inicio cada vez más temprano de este fenómeno, la diversidad de autolesiones practicadas, las razones brindadas por los alumnos, así como la concentración de respuestas en modalidades distintivas de autolesión invita a una serie de consideraciones:

- Se requiere del análisis de los factores que circunscriben cada uno de los casos para poder atender sus causas.
- Es una práctica común que, en muchas de los casos, alivia situaciones de angustia, tensión o pensamientos aversivos, sin embargo, es importante reconocer cómo se llega a la decisión de realizar tal acto y si la simple sensación física es lo que mantiene tal conducta o si existen factores psicosociales que se encuentran promoviéndola y de qué manera.
- Es necesario indagar tanto en la frecuencia como en las razones para autolesionarse en edades más tempranas, esto con la finalidad de plantear intervenciones preventivas con base en las necesidades detectadas.
- El estudio a partir de encuestas aunque permite abarcar las respuestas de múltiples personas de manera más económica, no permite indagar en profundidad respecto de situaciones que han sido documentadas en la literatura, en este sentido es necesario combinar tanto la aplicación de encuestas para indagar en factores que pueden ser comunes en la presentación, persistencia y promoción del fenómeno en poblaciones, como en entrevistas a grupos de personas con características similares respecto a las situaciones y razones brindadas para profundizar y buscar alternativas de apoyo.
- Por último, el autolesionarse es un fenómeno con una prevalencia que debe ser tomada en cuenta por los expertos en la salud y en la educación, sobre todo porque los resultados y la literatura sugieren que es un fenómeno multifactorial, que no solamente se presenta en situaciones de familias disfuncionales o en personas con problemas de tipo mental, y principalmente, porque su incidencia se observa en personas cada vez más jóvenes.

Referencias

Albores-Gallo, L., Méndez-Santos, J., Xóchitl-García, Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C. y Martínez, O. (2014). [Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México](#). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 159-168.

- Alderman, T. (1997). *The Scarred Soul: Understanding and ending self-inflicted violence*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Benjet, C., Gutiérrez-García, R.A., Abrego-Ramírez, A., Borges, G., Covarrubias-Díaz, A., Durán, M.S., González-González, R., Hermosillo-de la Torre, A.E., Martínez-Martínez, K.I., Medina-Mora, M.E., Mejía-Zarazúa, H., Pérez-Tarango, G., Zavala-Berbena, M.A. y Mortier, P. (2019). [Psychopathology and self-harm among incoming first-year students in six Mexican universities](#). *Salud Pública de México*, 61(1), 16-26.
- Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., Glocker, F.X., Schwarz, B., Wernz, M. y Lieb, K. (2000). [Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior](#). *Psychiatry Research*, 95(3), 251-260 [DOI: 10.1016/S0165-1781(00)00179-7].
- Briere, J. y Gil, E. (1998). [Self-Mutilation in Clinical and General Population Samples: Prevalence, Correlates, and Functions](#). *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620 [DOI: 10.1037/h0080369].
- Carroll, J., Schaffer, C., Spensley, J. y Abramowitz, S.I. (1980). [Family Experiences of Self-Mutilating Patients](#). *The American Journal of Psychiatry*, 137(7), 852-853 [DOI: 10.1176/ajp.137.7.852].
- Castro Silva, E., Benjet, C., Juárez García, F., Jurado Cárdenas, S., Lucio Gómez-Maqueo, M. y Valencia Cruz, A. (2016). [Adaptación y propiedades psicométricas del Inventory of Statements About Self-injury en estudiantes mexicanos](#). *Acta de Investigación Psicológica*, 6(3), 2544-2551 [DOI: 10.1016/j.ai-prr.2016.08.004].
- Chowanec, G.D., Josephson, A.M., Coleman, B. y Davis, H. (1991). [Self-Harming Behavior in Incarcerated Male Delinquent Adolescents](#). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(2), 202-207 [DOI: 10.1097/00004583-199103000-00007].
- Conterio, K., Lader, W. y J.K. Bloom (1998). *Bodily Harm: The Breakthrough Healing Program for Self-Injurers*. Nueva York: Hyperion Press.
- Cullen, J.E. (1985). Prediction and Treatment of Self-Injury by Female Young Offenders. En D. Farrington y R. Tarling (Eds.), *Prediction in Criminology*. Albany: State University of New York Press.
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K. y Deeks, J. (2005). [The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies](#). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239-250.
- Favazza, A.R. (1987). *Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Favazza, A.R. (1998). The Coming of Age of Self-Mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259-268 [DOI: 10.1097/00005053-199805000-00001].

- Favazza, A.R. y Conterio, K. (1989). [Female habitual self-mutilators](#). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 283-289 [DOI: 10.1111/j.1600-0447.1989.tb10259.x].
- Gratz, K.L. (2001). [Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory](#). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263 [DOI: 10.1023/A:1012779403943].
- Gratz, K.L., Conrad, S.D. y Roemer, L. (2002). [Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among College Students](#). *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140 [DOI: 10.1037/0002-9432.72.1.128].
- Heath, N.L., Schaub, K., Holly, S. y Nixon, M.K. (2009). Self-Injury Today: Review of Population and Clinical Studies in Adolescents. En M.K. Nixon y N.L. Heath (Eds.), *Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention* (pp. 9-27). Nueva York: Routledge.
- Howard League for Penal Reform (1999). *Scratching the Surface: The Hidden Problem of Self-Harm in Prison*. Londres: Howard League for Penal Reform.
- Ireland, J.L. (2000). [A descriptive analysis of self-harm reports among a sample of incarcerated adolescent males](#). *Journal of Adolescence*, 23(5), 605-613 [DOI:10.1006/jado.2000.0347].
- Klonsky, E.D. (2007). [The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence](#). *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239 [DOI: 10.1016/j.cpr.2006.08.002].
- Klonsky, E.D., Oltmanns, T.F. y Turkheimer, E. (2003). [Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates](#). *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508 [DOI: 10.1176/appi.ajp.160.8.1501].
- Kroll, J. (1993). *PTSD/Borderlines in Therapy: Finding the Balance*. Nueva York: Norton
- Laye-Gindhu A. y Schonert-Reichl, K.A. (2005). [Non-suicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the "Whats" And the "Whys" of Self-Harm](#). *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-457 [DOI: 10.1007/s10964-005-7262-z].
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Lloyd, E.E. (1997). [Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents](#). Tesis doctoral. Louisiana State.
- Motz, A. (2001). *The Psychology of Female Violence: Crimes Against the Body*. Nueva York: Routledge.
- Penn, J.V., Esposito, C.L., Schaeffer, L.E., Fritz, G.K. y Spirito, A. (2003). [Suicide Attempts and Self-Mutilative Behavior in a Juvenile Correctional Facility](#). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(7), 762-769 [DOI: 10.1097/01.CHI.0000046869.56865.46].
- Rodríguez-Srednicki, O. (2002). [Childhood Sexual Abuse, Dissociation and Adult Self-Destructive Behavior](#). *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(3), 75-89 [DOI: 10.1300/J070v10n03_05].
- Ross, R.R. y McKay, H.R. (1979). *Self-Mutilation*. Nueva York: Lexington Books.
- Ross, S. y Heath, N. (2002). [A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents](#). *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77 [DOI: 10.1023/A:1014089117419].
- Russ, M.J., Roth, S.D., Kakuma, T., Harrison, K. y Hull, J.W. (1994). [Pain Perception in Self-Injurious Borderline Patients: Naloxone Effects](#). *Biological Psychiatry*, 35(3), 207-209 [DOI: 10.1016/0006-3223(94)91154-1].
- Russ, M.J., Roth, S.D., Lerman, A., Kakuma, T., Harrison, K., Shindedecker, R.D., Hull, J. y Matttis, S. (1992). [Pain Perception in Self-Injurious Patients with Borderline Personality Disorder](#). *Biological Psychiatry*, 32(6), 501-511 [DOI: 10.1016/0006-3223(92)90218-O].
- Sánchez-Sosa, J., Villarreal, M. y Musitu, G. (2013). [Idea-ción suicida](#). En G. Musitu (Coord.), *Adolescencia y familia. Nuevos retos en el siglo XXI* (pp.273-290). México: Trillas.
- Shaffer D., Garland A., Gould M. y Fisher P. (1988). [Preventing Teenage Suicide: A Critical Review](#). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 675-687 [DOI: 10.1097/00004583-198811000-00001].
- Shapiro, S. y Dominiak, G.M. (1992). *Sexual Trauma and Psychopathology. Clinical Intervention with Adult Survivors*. Nueva York: Lexington Books.
- Simeon, D. y Hollander, E. (2001). *Self-Injurious Behaviors: Assessment and Treatment*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Sornberger, M.J., Heath, N.L., Toste, J.R. y McLouth, R. (2012). [Nonsuicidal Self-Injury and Gender: Patterns of Prevalence, Methods, and Locations among Adolescents](#). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(3), 266-278 [DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.0088.x].
- Stanley, B., Gameroff, M.J., Michalsen, V. y Mann, J.J. (2001). [Are Suicide Attempters Who Self-Mutilate a Unique Population?](#) *The American Journal of Psychiatry*, 158(3), 427-432 [DOI: 10.1176/appi.ajp.158.3.427].
- Suyemoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554 [DOI: 10.1016/s0272-7358(97)00105-0].
- Ulloa Flores, R.E., Contreras Hernández, C., Paniagua Navarrete, K. y Victoria Figueroa, G. (2013). [Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil](#). *Salud Mental*, 36(5), 417-420.

- van der Kolk, B.A., Perry, J.C. y Herman, J.L. (1991). [Childhood Origins of Self-Destructive Behavior](#). *The American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665-1671 [DOI: 10.1176/ajp.148.12.1665].
- Walsh, B.W. (2006). *Treating Self-Injury: A Practical Guide*. Nueva York: Guilford Press.
- Walsh, B.W. y Rosen, P.M. (1988). *Self-Mutilation: Theory, Research, and Treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Whitlock, J., Eckenrode, J. y Silverman, D. (2006). [Self-injurious Behavior in a College Population](#). *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948 [DOI: 10.1542/peds.2005-2543].
- Zlotnick, C., Mattia, J.I. y Zimmerman, M. (1999). Clinical Correlates of Self-Mutilation in a Sample of General Psychiatric Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(5), 296-301.

