

# ■ Claves psicopatológicas de las conductas autoagresivas en la adolescencia

Carmelo Ibáñez-Aguirre

Universidad del País Vasco, España

## Resumen

En este trabajo se abordan los principales comportamientos psicopatológicos autoagresivos en el adolescente. Se parte del enfoque teórico cognitivo-conductual que incluye el análisis funcional. El objetivo planteado consiste en analizar algunas de las patologías asociadas y variables (descriptivas y explicativas) relevantes, bien como antecedentes, características personales estables y consecuencias, asociadas a las conductas autoagresivas, incluyendo las autolesiones no suicidas. Se especifican algunos de los mecanismos o claves de las conductas autoagresivas, como el autoconcepto y autoestima negativos, las formas que adoptan las autolesiones y su intencionalidad. Finalmente, se ejemplifica con el caso de una adolescente con conducta autoagresiva y rasgos asociados por el trastorno de la personalidad límite.

*Palabras clave:* autoagresión, autolesiones, conflictos afectivos, adolescencia, trastornos psicopatológicos.

## Abstract

*Key psychopathological self-injurious behavior in adolescence.* This article addresses common psychopathological self-injurious behaviors in adolescents. This article utilizes a cognitive behavioral theoretical approach which includes functional analysis. The proposed objective is to analyze pathologies associated with self-injurious behaviors and relevant descriptive and explanatory variables. This study looks at personal history information, stable personality characteristics, and the consequences associated with self-injurious behavior, which includes self-harm without suicide. It also specifies key mechanisms of self-injurious behavior, such as negative self-concept and self-esteem, forms taken by self-harm and its intentionality. Finally, this article utilizes a case study of a teenager with borderline personality disorder to exemplify outlined self-injurious behaviors and traits addressed in the article.

*Keywords:* autoaggression, self-harm, emotional conflicts, adolescence, psychopathological disorders.

En las distintas formas que adopta el comportamiento humano autoagresivo late una paradoja. Normalmente las agresiones se dirigen a otros, cumplen la función de defensa frente a las amenazas del exterior. Sin embargo, las agresiones dirigidas hacia sí mismo atentan contra el instinto de supervivencia, de conservación y el impulso natural que induce a protegerse. Que los seres conscientes sean auto-críticos y se controlen es lo que cabe esperar, pero no se explica tan fácilmente que adopten comportamientos autoagresivos donde el victimario coincide con la víctima.

El tema de la autoagresión ha sido estudiado fijando preferentemente la atención en las autolesiones y, por lo general, asociadas a estereotipias. Son múltiples las motivaciones y variables implicadas en los comportamientos autoagresivos (Nock & Prinstein, 2005). Las explicaciones giran prioritariamente en torno a la teoría evolutiva, el marco conductual-ambiental y las patologías orgánicas, además de las funciones de homeostasis (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Matson, 1993; Nock & Prinstein, 2004). Recientemente el estudio de la autoagresión, con un mayor apoyo empírico, se ha conectado con teorías

del desarrollo (como la de los vínculos afectivos) y la psicopatología que se describe en el DSM-5 (APA, 2014) y la CIE-10.

Pese a todo, la psicopatología de la autoagresión se ha incorporado tímidamente a los principales manuales de diagnóstico internacionales. El campo más cercano a la misma que aborda la CIE-10 es el de los "trastornos de estereotipias motoras" (OMS, 2010). Por su parte, el DSM-5 (APA, 2014) lo estudia de manera aproximativa y tentativa al restringirse a las autolesiones; lo hace entre los asuntos pendientes de estudio más detenido.

La adolescencia es la etapa evolutiva en la que con mayor frecuencia se producen comportamientos autoagresivos (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012; Hilt, Nock, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2008; Vallés & Vallés, 2006). De ahí que en este trabajo se pretenda delimitar las variables clínicas principales asociadas a las conductas autoagresivas no suicidas en la adolescencia. Se ha evitado abordar tanto el masoquismo, estudiado con más frecuencia en el marco de las conductas sexuales (parafilias), como el "trastorno autodestructivo" (Othmer & Othmer, 1996), en conexión con los trastornos de

---

## Correspondencia:

Carmelo Ibáñez-Aguirre.

Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Facultad de Psicología.

Avda. de Tolosa, 70, 20080, San Sebastián, España.

E.mail: carmelo.ibanez@ehu.eus

personalidad. Se busca aislar los elementos claves que permitan evaluar las conductas autoagresivas para planificar el tratamiento o la prevención, incluyendo entre los riesgos los comportamientos suicidas. Tras explicar los mecanismos de las conductas autoagresivas y sus formas de manifestarse, se señalan las dimensiones funcionales de las autoagresiones. Seguidamente se detallan algunos tipos específicos de autolesiones no suicidas, su naturaleza e intencionalidad. Se alude asimismo a las estereotipias autoagresivas, el síndrome de automutilación y los principales trastornos mentales asociados. Por último, se articula la parte teórica con la ejemplificación de una adolescente con conducta autoagresiva.

### El fracaso autodefensivo

Para protegerse de las agresiones externas y el estrés el individuo utiliza mecanismos de afrontamiento (APA, 2002). Sin embargo, a menudo los niños y adolescentes se vuelven contra sí mismos, y en lugar de enfrentarse al problema tratan de evitarlo con el objetivo principal de estabilizar su estado emocional (Compas et al., 2001). En vez de manejarse con cogniciones y comportamientos tendentes a controlar los elementos amenazantes, se revuelven contra sí mismos agrediendo (Wadman et al., 2016). Esta errática forma de “autodefensa”, que incluye las conductas autolesivas y suicidas en adolescentes de 12-15 años, es típica de individuos traumatizados por abuso sexual infantil (Díaz de Neira et al., 2015) y en general de aquellos con vulnerabilidad alta, por ejemplo, los afectados por trastorno de estrés post-traumático (TEPT) (Echeburúa & Corral, 2008; López-Soler, 2008). El mecanismo defensivo del autosacrificio (DSM-IV-TR) se opone al del altruismo y conduce equivocadamente a dejar de satisfacer las necesidades, se priva de las gratificaciones normales y acaba por reforzar los problemas preexistentes.

Destacamos dos acercamientos al análisis de la causalidad de las conductas autoagresivas: a) *Temperamento difícil*, caracterizado por una emocionalidad negativa, nivel alto de actividad y baja sociabilidad, así como por una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de problemas en situaciones altamente estresantes (Buss, 1995). La reactividad negativa del niño de temperamento difícil y la falta de correcta autorregulación le inducen a adoptar comportamientos autoagresivos (Carter et al., 2001). b) *Apego inseguro*. Los esquemas de sí mismo, de los otros y el mundo, compuestos de emociones negativas en el niño de apego inseguro, dan lugar a baja autoestima, lo que propicia el autosacrificio (Bowlby, 1979; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). En este sentido, el “trastorno reactivo de la vinculación” (DSM-IV-TR) (APA, 2002), patología relacionada con una crianza extremadamente conflictiva para los menores, de tipo negligente, refleja el impedimento de que se creen vínculos afectivos estables, con las consecuencias negativas apuntadas.

### Negativismo de la mirada a sí mismo

El autoconcepto deriva en autoestima. Considerado como constructo general o bien parcialmente (autoconcepto físico, personal, académico, familiar y social), es un componente multifacético central en el desarrollo de la personalidad del niño y del adolescente. El autoconcepto positivo está en la base del buen funcionamiento personal, escolar y social (Burns, 1990; Livosky & Dusek, 1985). En cambio, si la autoestima es baja el individuo se siente desposeído, dependiente e inseguro, íntimamente desajustado consigo mismo y con el ambiente (Clark, Cledes, & Bean, 2000). Esto explica su asociación con diversos trastornos mentales, en concreto relacio-

nes inversas con síntomas psicopatológicos referidos a depresión, ansiedad, ansiedad fóbica y somatización (Garaigordobil, Pérez, & Mozaz, 2008) y con comportamientos autodestructivos (Adams, Rodham, & Gavi, 2005).

### Formas de autoagresión

Cabe clasificar las formas de autoagresión en cuatro niveles progresivos: 1) *Autoagresiones psicológicas*, a modo de procedimiento de acción intrapunitiva, por ejemplo, el desprecio hacia sí mismo; 2) *Comportamientos autolíticos o autolesivos*, como por ejemplo, los cortes en los brazos y muslos que el individuo se aplica a sí mismo; 3) *Autoaniquilación* sin deseo de suicidio, como las automutilaciones; 4) *Comportamientos suicidas*, que tienden a progresar: ideaciones, planificación, intentos fallidos y suicidio consumado (Klonsky, 2007; Klonsky & Glenn, 2008). Obviamente, la detección a tiempo de las expresiones de autoagresión menos graves en esta escala sirve para prevenir la ocurrencia de las más graves (Kirchner, Ferrer, Forns, & Zanini, 2011).

Uno de los argumentos utilizados en la educación para la salud con el fin de prevenir el consumo de drogas suele ser que dicho uso perjudica de diferentes formas a quienes las consumen. ¿Pero qué porcentaje de adolescentes recurren, no siempre conscientemente, a las drogas (incluido el alcohol) precisamente con la intención de causarse daño?

La Figura 1 muestra la conexión entre el conjunto de variables implicadas en las conductas de autoagresión y múltiples variables (personales y ambientales) que las preceden, las acompañan o las siguen. En la primera columna se alude a los antecedentes o determinantes de las conductas autoagresivas. En la segunda, a los principales comportamientos autoagresivos (físicos o autolesivos y psicológicos). Y en la tercera se muestran algunos de sus efectos o consecuencias, que a su vez contribuyen a que se mantengan. Este planteamiento de análisis funcional resulta particularmente útil en la evaluación cognitivo-conductual, con la que planificar el tratamiento o la prevención.

Figura 1. Dimensiones funcionales de las autoagresiones.

ANTECEDENTES	COMPORTAMIENTOS AUTOLESIVOS	CONSECUENCIAS
<p><b>Factores de riesgo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Causales</li> <li>- Desencadenantes</li> <li>- Agravantes</li> </ul> <p>Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TEPT</li> <li>- T. Bipolar</li> <li>- T. Límite de Personalidad</li> <li>- T. Ansiedad</li> <li>- Autismo</li> <li>- Traumas</li> <li>- Adicciones</li> <li>- Abuso sexual</li> </ul>	<p><b>Autolesiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cortes</li> <li>- Golpes</li> <li>- Quemaduras</li> <li>- Etcétera</li> </ul> <p><b>Autoagresiones psicológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desvalorarse</li> <li>- Culpa</li> <li>- Desprecio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresión de malestar</li> <li>- Escape</li> <li>- Calmante</li> <li>- Excitante</li> <li>- Culpa reparatoria</li> <li>- Llamada de atención</li> <li>- Deterioro físico</li> <li>- Pérdida de salud</li> <li>- Conductas suicidas</li> </ul>
<p><b>Variables ambientales:</b> soledad, abandono, segregación, conflictos socio-familiares, estrés grave, carencia de apoyos y referentes.</p> <p><b>Variables personales:</b> Temperamento difícil, apego inseguro, carencias del desarrollo, conflictos afectivos graves y baja autoestima.</p>		

## Autolesiones no suicidas

Antes de exponer un fragmento del historial de una adolescente con conducta autoagresiva, se va a aludir a la naturaleza y la intencionalidad de ese tipo de conductas, que aunque se plasman en autolesiones (en el caso que se presenta se refiere repetidos cortes en su brazo), no incluyen de manera explícita conductas suicidas (Van-Vliet & Kalnins, 2011). Se trata de comportamientos por lo general ocultos, pero muy frecuentes, al punto de que han sido llamados “epidemia silenciosa” (Nader & Boehme, 2003). A pesar de que las “estereotipias motrices” se dan con más frecuencia en casos de autismo, conviene considerarlas entre las autolesiones no suicidas, como hace la CIE-10. Se analizan algunas de las conductas no suicidas y las claves principales que las explican.

### **Naturaleza e intencionalidad de las autolesiones**

Las autoagresiones pueden ser de distintos tipos, sin duda la más visible y alarmante es la *autolesión o autoagresión física*. Se ha observado que las conductas de autolesiones han de considerarse síndromes específicos, aparte de síntomas de otros trastornos mentales (Muehlenkamp, 2005; Ross & McKay, 1979). De hecho, las autolesiones no suicidas constituyen un capítulo de la psicopatología pendiente de un estudio más detenido, tal como lo expresa el DSM-5 (APA, 2014). Si bien las autolesiones se producen a cualquier edad, el pico de ingresos hospitalarios este motivo se da en personas entre 20 y 29 años, con más frecuencia en hombres que en mujeres, y su inicio suele ser en la adolescencia temprana (Wadman et al., 2016; Whitlock, 2010). Se estima que aproximadamente el diez por ciento de los jóvenes se autolesionan (Doyle, Treacy, & Sheridan, 2015).

Las *autolesiones* se infligen, intencionadamente, con alguno de estos fines: 1) *Aliviar sentimientos negativos*; 2) *Ayudar a afrontar dificultades* personales o problemas interpersonales; 3) *Reducir los efectos del estrés* introduciendo con la autolesión algún componente positivo, tranquilizador...; 4) *Como forma de autocastigo* para reparar las faltas y el daño ocasionado a otras personas. De entre estas explicaciones son varias las hipótesis explicativas de interés a considerar en el ejemplo que se expondrá parcialmente en este trabajo (Figura 1). Cabe precisar que los conflictos que, en general, afectan más a los adolescentes (de ambos sexos), y que ellos citan como principales, son los asociados a la relación (Forns et al., 2004; Masten & Coatsworth, 1998).

Las funciones básicas que cumplen las autolesiones, en relación con los conflictos de interrelación en los adolescentes, son de refuerzo en las dos formas siguientes: a) refuerzo social negativo, a fin de escapar de demandas sociales, aunque sentidas como necesarias, difíciles de afrontar, que generan ansiedad; y b) refuerzo social positivo, donde la autolesión serviría para atraer la atención, la compasión y la ayuda de otros (Mental Health Foundation, 2000; Nock & Prinstein, 2005). Las autolesiones no suicidas, aunque se repitan, no forman parte de un patrón de estereotipias (Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006).

### **Estereotipias autoagresivas**

En el grupo de trastornos de estereotipias motrices que contempla la CIE-10 (OMS, 1992) figuran las estereotipias autoagresivas. Se caracterizan por la presencia de movimientos voluntarios, repetitivos y estereotipados, como son los balanceos, que carecen de una función concreta y no forman parte de ningún trastorno específico. Estas formas de autoagresión física (que pueden originar autolesiones) se plasman en cabezazos, golpes contra la pared, etcétera.

Estos trastornos de estereotipias autoagresivas aparecen por lo general acompañados de otros como la discapacidad intelectual grave y el autismo. En concreto, cuanto más grave sea la discapacidad intelectual o el autismo, es más probable que se den comportamientos autolesivos (Paula & Artigas, 2016).

### **El Síndrome de automutilación**

Otra manera de entender y formular el problema de las autolesiones físicas es el llamado Síndrome de automutilación (SAM). Se refiere a un grupo de síntomas, conectados con emociones, caracterizado por reiterados episodios de descarga de angustia, ira y frustración a través de heridas que el individuo se provoca a sí mismo (Lester, 1972; Nader & Boehme, 2003).

Con las autolesiones o automutilaciones se busca producir alguno o algunos de los siguientes efectos: catarsis o liberación (SAM catártico), conexión consigo mismo y con la realidad (SAM reintegrativo), recuperar la calma, y reparar la culpa con los que se entenderían como rituales de purificación. Con las agresiones a sí mismo no se busca el suicidio, pero hay que contar con que en algunas ocasiones las autolesiones conducen a la muerte (Kumar, Pepe, & Steer, 2004; Klonsky, 2007). Es asimismo necesario diferenciar los casos de autolesiones sin suicidio (afán de hacerse daño) de aquellos otros en los que la intención es quitarse la vida. La emoción predominante en el primer caso es la angustia y la rabia, y en el segundo la desesperanza.

### **Trastornos mentales asociados**

Las autolesiones se relacionan con distintos trastornos (APA, 2002): derivados de experiencias traumáticas en la infancia (abuso sexual, maltrato físico y psicológico, negligencia, abandono, acoso escolar); trastorno de estrés postraumático; trastornos de afectos negativos (ansiedad, depresión, con mayor prevalencia el trastorno bipolar); esquizofrenia; trastornos de la conducta alimentaria; autismo y retrasos en el desarrollo; trastornos por consumo de sustancias; y, en particular, con alta frecuencia (70-80%), el trastorno límite de la personalidad (TLP) (Brown, Comtois, & Linehan, 2002; Goldstein, 2009).

La influencia de alguno o algunos de los trastornos mentales referidos, unido a otros problemas clínicos y sociales, sometidos al influjo de situaciones estresantes que actúan como desencadenante, merma la capacidad de afrontamiento de los pacientes. Esta realidad abona la idea de que las autolesiones, a menudo, son para el paciente métodos disfuncionales de hacer frente a las emociones negativas (Mikolajczak, Petrides, & Hurry, 2009).

Respecto a la confluencia de las autolesiones con el mencionado TLP (Trastorno Límite de Personalidad o “Bordeline”), cuando aquellas aparecen en conexión con una buena parte del grupo de factores mencionados, que se han relacionado con dicho comportamiento patológico, en la adolescencia temprana, se pueden utilizar como factores de riesgo para la prevención del TLP. Véase al respecto la coincidencia de ambas patologías analizando las principales características del TLP que - según la CIE-10 (OMS, 1992) - además de autolesiones, presenta: a) inestabilidad emocional y afectiva; b) debilidad de la imagen personal; c) impulsividad; d) patrón inestable de las relaciones interpersonales; e) trastorno de la identidad; f) cólera, ira.

Los episodios de autolesiones se acentúan coincidiendo, entre otros, con los factores de riesgo siguientes: la crisis de identidad típica de la adolescencia, la baja autoestima y la confluencia de situaciones promotoras de estrés grave (Gratz, 2003). La desregulación emocional severa, que se manifiesta con irritabilidad, hiperexcitabilidad, e hiperreactividad a los estímulos emocionales negativos, se asocia a otro de los trastornos mentales de mayor riesgo, la depresión bipolar (Tomás, Baeza, & Rafael, 2013).

## Un caso de una adolescente con conducta autoagresiva

Algunas de las claves principales de los comportamientos autoagresivos no suicidas analizados se presentan en un caso clínico sobre una adolescente con conducta autoagresiva (Tabla 1). Se trata de una adolescente (13 años), de identidad protegida (Ioana como pseudónimo), atendida en pisos de protección por psicólogos educadores. A sus problemas psicopatológicos y de autoagresión, que se explicitan, se suman graves dificultades emocionales y relacionales complicadas por la influencia de una familia desestructurada y sobrecargada de graves problemas.

Habría que considerar en el análisis clínico el influjo negativo del apego inseguro y sus efectos. Se sabe que los niños y adolescentes abusados y maltratados son vulnerables a los comportamientos autoagresivos, incluidos los autolesivos (Cortés & Cantón, 1997; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000). Según Jutengren, Kerr y Stattin (2011),

en una investigación en Suecia con adolescentes de la misma edad que Ioana (edad media=13.72), asocian sus conductas autoagresivas con factores psicosociales ambientales (maltrato entre iguales y familiar).

A continuación se expone la descripción vívida, versionada por el psicólogo educador, de una parte del historial de Ioana, que en la transcripción se interrumpe con escuetos epígrafes a fin de estructurar el relato y avanzar algunas claves del análisis clínico. La idea principal a tener en cuenta por el clínico sería que en cada caso son distintas las razones, motivaciones y circunstancias que explican los comportamientos autoagresivos y, por ende, las maneras de corregirlos y prevenirlos (Nock & Prinstein, 2005). El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) presenta una guía con estándares de calidad y principios a seguir en el manejo de las conductas autolesivas. Entre ellos figura la necesidad de realizar, junto a la actuación inicial, una "evaluación psicosocial comprehensiva" del estado de salud, físico y mental, con el fin de desarrollar un plan de intervención eficaz y seguimiento (NICE, 2011).

Tabla 1. El caso de Ioana, una adolescente con conductas autoagresivas.

<p><b>Autoconcepto negativo</b>  <i>Me dicen que me van a llevar a otro piso, estoy cansada, es el tercero que llevo en este año. Esta vez me dicen que el cambio es porque el "cole" está cerca del piso, pero estos qué se creen que soy tonta, porque me humillan de esa manera, que me lo digan claramente, eres muy conflictiva y ya no podemos más contigo, necesitamos deshacernos de ti.</i></p>
<p><b>Carencia afectiva (1). Real</b>  <i>Eso es lo que hizo mi madre hace ya cuatro años y en el momento presente sigue actuando igual, aunque no viva con ella, en las visitas semanales que tenemos la mitad de las veces ni aparece y cuando viene es como si yo fuera invisible a sus ojos.</i></p>
<p><b>Las autolesiones como salida (1). Escapar</b>  <i>Cuando acaba la visita vuelvo a mi rutina de siempre, me escapo de los ineptos y me refugio en mi "txoko" [rincón] donde solo yo puedo hacerme daño, saco mi moneda afilada y me corto repetidamente en el brazo, mi sangre fluye, el dolor me calma., Cuando acabo de disfrutar de ese dolor, saco el calcetín y lo impregno de disolvente.</i></p>
<p><b>Carencia afectiva (2). Sueño</b>  <i>Me sumerjo en un estado de bienestar, todo va ir bien, esta vez mi madre entra por la puerta, sonrío y me abraza, me besa, me mira fijamente a los ojos y me dice que jamás va abandonarme, comienzo a llorar, la alegría me envuelve de tal forma que el mundo se me antoja pequeño. Mi mamá está junto a mí.</i></p>
<p><b>Vuelta a la realidad (1). Muy estresante</b>  <i>Me despierta un golpe tremendo en mi carrillo izquierdo, una pareja de "munipas" [policías municipales] me invitan a levantarme y largarme. Tambaleante cojo rumbo al piso.</i></p>
<p><b>Psicopatología asociada al Trastorno Límite de la Personalidad o <i>Bordeline</i></b>  <i>Justo antes de mi traslado una compañera de piso me entrega mi informe personal que ha tomado del despacho del "educa" mientras ellos seguían pegados al ordenador. Tenemos que hacer informes nos dicen, hay muy poco tiempo para vosotros, es de las pocas veces que no mienten, algo es algo. Decido meterme en el baño a leer mi informe, no entiendo nada, me dicen que estoy diagnosticada de un trastorno de la personalidad que se llama <i>bordeline</i>, me estremezco, conozco por fin a quien me aturde se llama olanzapina y la que me quita la tristeza se llama escitalopram, qué amigas tan raras tengo pero yo también soy rara, me llamo <i>Bordeline</i>.</i></p>
<p><b>Carencia afectiva (3). Familia ausente</b>  <i>Habla [el informe] también de los cuatro psicólogos por los que he pasado, creo que siguen en su puesto, paso página no me interesa, por fin llego al apartado que hace referencia a mi madre, mi cara sonrío, pero me dura poco, hablan de ella como si tuviese una enfermedad rara y hay que mantenerla en cuarentena, todo son comentarios negativos, insultantes. No saben lo que es la delicadeza, del resto de mi familia casi no hablan, también es verdad que mi padre no sé quién es, no le he conocido nunca, mis abuelos fallecieron y mi tío está en la cárcel.</i></p>
<p><b>Las autolesiones como salida (2). Calmarse</b>  <i>Esto me supera tanto, que saco de nuevo la moneda, se va directa a mi brazo y se ensaña con tanta fuerza que el dolor me taladra, me retumba la cabeza, al cabo de poco tiempo llega la calma, el disolvente me cierra los ojos.</i></p>
<p><b>Carencia afectiva (4). Soledad</b>  <i>Esta vez mi madre no acude a rescatarme.</i></p>

**Vuelta a la realidad (2). Inestable**

*Ya estoy en mi nuevo piso, nada más llegar me presentan a mi nuevo tutor, me digo que a éste me lo meriendo en un pestaño.*

**Vuelta a la realidad (3). Tanteos y dudas**

*Estamos en el despacho, hago gala de mi poderío y le enseño mis armas, según voy hablando y hablando mi moneda hace su trabajo, miro a mi tutor con cara de victoria. Al punto me doy cuenta de que algo no va bien, no veo asombro, miedo, ni inseguridad en él, en vez de reclinarse en su asiento, se incorpora hacia a mí, me mira, sonríe pero no detecto malicia en su mirada, me digo: ya he ganado, ahora me parará la mano y me soltará la misma "chapa" por la que he pasado ya infinidad de veces. Con su sonrisa tranquila me dice que los cortes que me estoy infligiendo están bien, pero que en el cuerpo hay sitios más sensibles al dolor y que sería más efectivo realizarlos allí.*

**Vuelta a la realidad (4). Encuentro terapéutico**

*Algo va mal, muy mal. Sin decirme nada más se levanta y hace el amago de irse, no quiero que se vaya, pero no se lo digo. Como si me hubiese escuchado, se vuelve y me pregunta si me gusta la cocina, le contesto que me horroriza, no se corta, insiste y me invita a dejar los cortes, me pide ayuda para confeccionar una tarta de queso casera. Me dice su nombre y me pregunta: "¿cómo te llamas?" "bienvenida", "¿cómo estás?"...*

*Algunos epígrafes intercalados en el texto del caso van acompañados de numeración. Se pretende con ello marcar la progresividad de las claves sugeridas para el análisis clínico. Por ejemplo, "Carencia afectiva": su expresión en la realidad (1), en el sueño (2), en relación con la ausencia familiar (3) y la resultante de soledad (4).*

**Discusión**

Las autoagresiones derivan de motivaciones idiosincrásicas múltiples, destacando las carencias afectivas y los desajustes del individuo consigo mismo y el ambiente. Esto en ocasiones se agrava por el efecto de determinados trastornos mentales y el desencadenante de situaciones de estrés que el paciente considera insoportables. La evaluación de constructos autorreferidos como el autoconcepto y la autoestima prestan utilidad clínica, incluyendo la de predictores de conductas autoagresivas.

El origen y mantenimiento de las conductas autoagresivas en la adolescencia se aborda a través del análisis funcional, en el que además de los factores personales, se tienen en cuenta variables ambientales/sociales, familiares y educacionales en particular. La complejidad de los conflictos afectivos, psicosociales y psicopatológicos que se suscitan, sobre todo en esta etapa evolutiva y en casos de abandono y maltrato familiar, invitan a un abordaje clínico multidisciplinar.

El fenómeno de la autoagresión en la adolescencia forma un continuo que va desde las autoagresiones encubiertas (conducción temeraria, consumo de drogas...) a las ideaciones y comportamientos abiertamente suicidas. Este riesgo avala todavía más la necesidad de intervenir, preventiva y terapéuticamente, con el fin de atajar y corregir cuanto antes las conductas autoagresivas de los adolescentes. Desde el marco general cognitivo-conductual, en el abordaje psicoterapéutico se tratarán los efectos e impactos principales que resulten de los problemas del adolescente que le inducen a las conductas autoagresivas. En primer lugar, como se ha dicho, las autolesiones y las conductas que, en su caso, impliquen riesgo de suicidio. Se prestará asimismo la necesaria atención a la interrelación de factores implicados y a aquellas medidas que modifiquen conductas y actitudes, y que desarrollen habilidades. Todo ello a fin de conseguir la mejora de la autoestima del adolescente, de tal modo que haga no sólo innecesario sino impropio para él recurrir a conductas autoagresivas.

*Artículo recibido: 20/06/2016*

*Aceptado: 08/09/2016*

**Conflicto de intereses**

El autor de este trabajo declara que no existe conflicto de intereses.

**Agradecimientos**

Agradezco a Alejandro Pidal Louit, psicólogo social y educador en los pisos de protección del Servicio Social de la Diputación de Gipuzkoa (España), que haya cedido la Tabla 1 para ser incluida en el presente trabajo.

**Referencias**

- Adams, J., Rodham, K., & Gavin, J. (2005). Investigating the "self" in deliberate self-harm. *Qualitative Health Research, 15*, 1293-1309. doi:10.1177/1049732305281761
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.) (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and non suicidal self-injury in women with borderline personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(1), 198-202. doi: org/10.1037/0021-843X.111.1.198
- Burns, R. B. (1990). *El autoconcepto. Teoría, medición, desarrollo y comportamiento*. Bilbao: EGA.
- Buss, A. H. (1995). *Personality: Temperament, social behavior and self*. Needham Heights, Mass.: Allyn y Bacon.
- Carter, J. D., Peter, R., Mulder, R. T., & Luty, S. E. (2001). The contribution of temperament, childhood neglect and abuse to the development of personality dysfunction: A comparison of three models. *Journal of Personality Disorders, 15*, 123-135. doi: 10.1521/pedi.15.2.123.19216
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy, 44*(3), 371-394. doi: 10.1016/j.brat.2005.03.005
- Clark, A., Cledes, H., & Bean, R. (2000). *Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes*. Barcelona: Debate.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127*(1), 87-127. doi: 10.1037//0033-2909.127.1.87

- Cortés, M. R., & Cantón, J. (1997). Consecuencias del abuso sexual infantil. En J. Cantón & M. R. Cortés (Eds.), *Malos tratos y abuso sexual infantil* (pp. 221-283). Madrid: Siglo XXI.
- Díaz de Neira, M., García-Nieto, R., León-Martínez, V., Pérez-Fominaya, M., Baca, E., & Carballo, J. J. (2015). Prevalencias y funciones de los pensamientos y conductas agresivas en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(3), 137-145. doi: 10.1016/j.rpsm.2013.09.003
- Doyle, L., Treacy, M. P., & Sheridan, A. (2015). Self-harm in young people: Prevalence, associated factors, and help-seeking in school-going adolescents. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 485-495. doi: 10.1111/inm.12144
- Echiburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echiburúa, E., & Corral, P. (2008). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (vol. 2) (pp.137-148). Madrid: McGraw-Hill.
- Forns, M., Amador, J. A., Kirchner, T., Martorell, B., Zamini, D., & Muro, P. (2004). Sistema de codificación y análisis diferencial de los problemas de los adolescentes. *Psicothema*, 16(4), 647-654.
- Garaigordobil, M., Pérez, J. I., & Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20(1), 114-123.
- Goldstein, T. R. (2009). Suicidality in pediatric bipolar disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(2), 339-352. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2008.11.005
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-204. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379, 2373-2382. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 28, 455-469. doi: 10.1177/0272431608316604
- Jutengren, G., Kerr, M., & Stattin, H. (2011). Adolescents' deliberate self-harm, interpersonal stress, and the moderating effects of self-regulation: A two-wave longitudinal analysis. *Journal of School Psychology*, 49(2), 249-264. doi:10.1016/j.jsp.2010.11.001
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 226-235.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2008). Resisting urges to self-injure. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 211-220. doi:10.1017/S1352465808004128
- Kumar, G., Pepe, D., & Steer, R. A. (2004). Adolescent psychiatric inpatients self-reported reasons for cutting themselves. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(2), 830-836.
- Lester, D. (1972). Self-mutilating behavior. *Psychological Bulletin*, 78, 119-128. doi.org/10.1037/h0033066
- Livosky, V. G., & Dusek, J. B. (1985). Perceptions of child rearing and self-concept development during the early adolescent years. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 373-387.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. En I. Bretherton & E. Walters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the society Research in child development*, 50(2) 66-102. doi: 10.2307/3333827
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220. doi:10.1037/0003-066X.53.2.205
- Matson, J. L. (1993). Autolesiones y estereotipias. En T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), *Psicopatología infantil* (pp. 309-321). Barcelona: Martínez Roca.
- Mental Health Foundation (2000). *Self-harm factsheet*. Recuperado de www.mentalhealth.org.uk
- Mikolajczak, M., Petrides, K., & Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(2), 181-193. doi: 10.1348/014466508X386027
- Muehlenkamp, J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 324-333. doi:10.1037/0002-9432.75.2.324
- Nader, A., & Boehme, V. (2003). Automutilación: Síntoma o Síndrome. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 14(1), 32-37.
- NICE. National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). *Clinical guideline*, 133. Recuperado de https://www.nice.org.uk/
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 140-146. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.140
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Othmer, E., & Othmer, S. C. (1996). *DSM-IV. La entrevista clínica. Fundamentos* (vol. 1). Barcelona: Masson.
- Paula, I., & Artigas, J. (2016). Vulnerabilidad a la autolesión en el autismo. *Revista de Neurología*, 62(1), 27-32.
- Ross, R. R., & McKay, H. B. (1979). *Self-mutilation*. Lexington, MA: DC Heath and Company.
- Tomás, J., Baeza, E., & Rafael, A. (2013). Trastorno de la desregulación emocional severa: características clínicas. En J. Tomás, A. Bielsa, & A. Rafael (Eds.), *Trastorno bipolar de inicio precoz* (pp. 85-93). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Vallés, A., & Vallés, C. (2006). *Autoconcepto y autoestima en adolescentes: Educación secundaria, primer ciclo*. Valencia: Promolibro.
- Van-Vliet, J. V., & Kalnins, G. R. (2011). A compassion-focused approach to non suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(4) 95-311. doi: 10.17744/mehc.33.4.j7540338q223t417
- Wadman, R., Clarke, D., Sayal, K., Vostanis, P., Armstrong, M., Harroe, C., & Townsend, E. (2016). An interpretative phenomenological analysis of the experience of self-harm repetition and recovery in young adults. *Journal of Health Psychology*, 1-11. doi:10.1177/1359105316631405
- Whitlock, J. (2010). Self-injurious behavior in adolescents. *PLOS Medicine*, 7(5). doi:10.1371/journal.pmed.1000240
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939-1948. doi: 10.1542/peds.2005-2543