

Capítulo 3

Autolesiones no suicidas: abordaje integral desde el primer nivel de salud y sector educativo

Non-suicidal self-injury behavior: a comprehensive approach by the health primary care and the educational sectors

Comportamentos autolesivos não suicidas: abordagem integral desde os setores do primeiro nível de saúde e educação

Daniela Ferreiro¹, Karina López², Verónica Núñez³, Nancy González³, Ana Inés Boix³

“Con nuestro culto a la satisfacción inmediata, muchos de nosotros hemos perdido la capacidad de esperar.”
Zygmunt Bauman

Importancia del tema

Debido al aumento de su incidencia, las conductas autolesivas no suicidas se han transformado en un problema de salud pública con impacto clínico-social. Esto ha determinado que varios autores y organizaciones académicas se interesen en la temática⁽¹⁻³⁾.

Existen diferentes términos que hacen referencia a esta conducta entre ellos: lesiones autoinfligidas (LAIS), autoagresión, *cutting*, autoagresión deliberada, conducta autolesiva, comportamientos parasuicidas, conductas autodestructivas, violencia autodirigida, comportamiento autolesivo, y el más recientemente acuñado en la quinta versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V, American Psychiatric Association, 2013) como nueva categoría diagnóstica: autolesiones no suicidas (ANS). En este trabajo hemos optado por utilizar este último término^(2,3).

El objetivo de abordar esta temática es realizar una actualización y brindar herramientas clínicas que fortalezcan el abordaje integral desde el primer nivel de atención.

La metodología utilizada será la descripción de un caso clínico con preguntas disparadoras que nos guíen en el desarrollo del tema, centrándonos en algunos aspectos como prevalencia, curso y pronóstico, factores asociados a la ANS, su presentación en la adolescencia, su relación con la psicopatología, los intentos de autoeliminación y suicidios. Finalmente se plantean algunas herramientas y pro-

puestas de intervención, insistiendo en la necesidad del trabajo articulado entre la salud, educación y otros actores de relevancia del primer nivel de atención.

Caso clínico

Consulta en policlínica una adolescente de sexo femenino de 15 años de edad a quien conocemos y tratamos desde niña.

De los antecedentes personales se destaca que presenta sintomatología depresiva en seguimiento con psiquiatra.

Ha presentado autolesiones en ambos antebrazos en reiteradas oportunidades.

Con respecto a su núcleo familiar vive con su madre, recientemente separada del padrastro. Mal vínculo con ella.

Hace 2 días en el liceo la adscripta le observa heridas recientes en los antebrazos, por lo que desde la institución llaman a emergencia médica móvil. El médico que la asiste decide su traslado para valoración en el servicio de urgencia de su prestador de salud.

La paciente nos relata lo sucedido con gran angustia “no podían encontrar a mi madre, y llamaron a mi tía que les dijo que no quería venir”. “Después de mucho rato vino mi madre al liceo y me llevaron a la emergencia”.

En la emergencia es valorada por psiquiatría y dada de alta a domicilio con seguimiento con psiquiatra tratante en policlínica.

En la consulta del día de hoy nos relata: “hace 6 meses no me cortaba, pero ese día no aguanté más y cortarme me alivió”; “al final fue peor lo del traslado que lo de los cortes”.

1. Psiquiatra Infantil. Facultad de Medicina. UDELAR

2. Psicóloga. Facultad de Psicología. UDELAR

3. Pediatras. Facultad de Medicina. UDELAR

Tabla 1. Criterios DSM-5 para autolesiones no suicidas (ANS)

A) En al menos 5 días del último año (por ejemplo cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso) sin intención suicida.
B) Comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo. 2. Para resolver una dificultad interpersonal. 3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.
C) Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes situaciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades interpersonales. 2. Un periodo de preocupación. 3. Pensamientos acerca de autolesionarse.
D) El comportamiento no está aceptado socialmente (por ejemplo <i>piercings</i> , tatuajes, parte de un ritual religioso cultural) y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.
E) El comportamiento y sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.
F) El comportamiento no aparece exclusivamente en individuos con un trastorno del neurodesarrollo ni por otro trastorno mental.

Fuente: Precursors to self-injury. Disponible en: <https://www.lifesigns.org.uk/precursors-to-self-injury/>

Preguntas

- ¿Qué son las autolesiones no suicidas (ANS)?
- ¿Cuál es su frecuencia y a qué edad se presentan?
- ¿Se presentan siempre en personas con patología psiquiátrica? ¿Cuáles son los factores de riesgo?
- ¿Tienen relación con el suicidio?
- ¿Qué conducta habría tomado con la paciente? ¿La trasladaría a un centro de salud?
- ¿Qué estrategia adoptaría en el seguimiento de la adolescente?

¿Qué son las autolesiones no suicidas?

Las autolesiones no suicidas son la destrucción directa y deliberada de la superficie corporal sin intención letal^(1,4). Se excluyen en la definición comportamientos que puedan suponer autolesiones accidentales o indirectas (por ejemplo restricción alimentaria, consumo de drogas) o que son socialmente aceptados (por ejemplo tatuajes, en contexto de ritual religioso, etcétera)⁽¹⁾.

Con respecto al diagnóstico, la 5ª edición del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, lo incluye como trastorno de autolesión no suicida en la Sección III, que contiene “Medidas y modelos emergentes”, con el título de “Afecciones que necesitan más estudio”. En este apartado se incluyen afecciones que conviene seguir investigando en el futuro, con el fin de tomar decisiones acerca de su posible inclusión en las subsiguientes versiones del DSM^(1,2) (tabla 1).

¿Cuál es su incidencia y a qué edad se presentan?

A nivel mundial la incidencia viene en aumento con un perfil sostenido desde las últimas décadas en ado-

lescentes y adultos jóvenes, siendo un problema de salud pública⁽²⁾.

En las décadas de 1980-1990 era un fenómeno infrecuente con una prevalencia del 0,4%, y estaba asociado a trastornos mentales graves, a personas privadas de libertad o institucionalizadas. En la actualidad si bien siguen siendo más frecuentes en estas poblaciones, cada vez se dan más en adolescentes y jóvenes de la población general (prevalencia actual: 11%-19%)^(1,3,5-7).

Destacamos que existe una gran variabilidad en los datos epidemiológicos de las ANS, debido a la falta de homogeneidad de las muestras, método de recolección de datos, el período analizado, etcétera⁽¹⁾.

El período de presentación más frecuente es la adolescencia, con un inicio entre los 12 y 16 años, siendo muy infrecuente después de los 30 años^(1,8).

Las ANS no son frecuentes en la infancia, su presencia se ve en pacientes con esquizofrenia, síndrome de Gilles de la Tourette o formas graves de retraso mental o autismo⁽¹⁾.

No se conocen datos de incidencia en menores de 12 años, pero entre un 5,1% y un 24% de las personas que se autolesionan reportan haber iniciado la conducta antes de los 11 años⁽¹⁾.

Con respecto al género, las mujeres presentan historia de ANS más habitualmente que los hombres existiendo diferencias en cuanto al método utilizado, siendo en las adolescentes mujeres más frecuentes métodos que implican ver sangre (como cortarse y rascarse) y en los varones métodos como golpearse o quemarse^(4,9).

Destacamos que no contamos con datos epidemiológicos publicados en Uruguay.

Tabla 2

Mito	Realidad
Las personas que se autolesionan lo hacen para llamar la atención	La mayoría realiza las lesiones en secreto, no intenta manipular o llamar la atención de otros.
Las personas que se autolesionan son locas o peligrosas.	Si bien son frecuentes las comorbilidades psiquiátricas, etiquetar a estos pacientes genera estigma y dificultad para que consulten oportunamente al sistema de salud.
Si las heridas no son tan grandes no es tan serio el problema.	No se debe asumir que si hay lesiones pequeñas no hay porqué preocuparse.
La autolesión es un intento fallido de suicidio.	No es lo mismo, el objetivo de la persona que se autolesiona no es la muerte.

Adaptado de Smith M, Segal J, Shubin. Cutting and self-harm: how to feel better without hurting yourself. Disponible en: <https://www.helpguide.org/articles/anxiety/cutting-and-self-harm.htm>

La tabla 2 describe algunos mitos y realidades en relación a las ANS⁽²⁾.

¿Se presentan siempre en personas con patología psiquiátrica? ¿Cuáles son los factores de riesgo?

Las ANS no son exclusivas de los pacientes psiquiátricos.

La adolescencia es un periodo de especial vulnerabilidad para las ANS debido a su alta impulsividad y dificultad de control emocional propio del desarrollo cerebral en esta etapa de la vida⁽¹⁾.

En la adolescencia el cerebro continúa su proceso de desarrollo con cambios constantes y dinámicos que incluyen la proliferación y posterior “poda” sináptica y mielinización que evidenciaría un cambio en la complejidad y tamaño de la población neuronal más que en el número de las mismas⁽¹⁰⁾.

Los resultados recientes de investigaciones dirigidas por la neurocientífica Sarah Jayne Blakemore, sugieren que el córtex frontal es la zona del cerebro que lleva más tiempo en desarrollarse. En esta zona se procesan funciones cognitivas superiores como la planificación, la toma de decisiones, el comportamiento social, la empatía, la interacción con otros individuos, incluso en ella residen algunos rasgos de la personalidad. La maduración de esta parte del cerebro no está relacionada con los cambios hormonales, sino con la edad y el aprendizaje⁽¹⁰⁾.

Estas funciones son mediatizadas a través de una intensa red que vincula diferentes regiones corticales y subcorticales. De su adecuado funcionamiento depende, en gran medida, el cómo operar en la toma de decisiones cotidianas aplicando lo que denominamos “adecuada capacidad de juicio”.

En este contexto neuroanatómico, se dan cambios físicos propios de la pubertad y se incluyen también los cambios psíquicos, emocionales y relacionales, que transforman esta etapa en una metamorfosis completa

del sujeto. Uno de los procesos más importantes que debe pasar el adolescente es el de separarse del vínculo de dependencia que tenía con sus padres en la niñez y de las identificaciones y características que le habían sido impuestas, para intentar crear nuevos vínculos e identificaciones fuera del ámbito familiar que le permitan ir reestructurando su identidad⁽¹⁰⁾.

El primer psicólogo en formular una teoría de la adolescencia fue G. Stanley Hall quien planteaba que los cambios físicos más importantes de esta etapa, causan cambios psicológicos importantes.

Arminda Aberastury y Mauricio Knobelen, en el libro llamado “La adolescencia normal”, proponen aceptar la adolescencia, no como una etapa estabilizada, sino como proceso y desarrollo. El adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extrema. La adolescencia es: “...la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil”. La autora hace mención a una etapa signada por duelos, por el cuerpo infantil perdido, el rol y la identidad infantil y el duelo por los padres de la infancia⁽¹¹⁾.

Peter Blos postula la existencia de una segunda fase de individuación en la adolescencia. Basándose en el concepto de individuación de Mahler como el segundo proceso de separación individuación, se presenta como un período de crisis identitaria y de pérdidas: del cuerpo infantil, los padres de la infancia entre otros. **Este proceso ubica al adolescente en una vulnerabilidad que lo hace más expuesto a situaciones potencialmente peligrosas.**

Algunos factores de riesgo que se describen son la escasa habilidad comunicativa y dificultad en la

Tabla 3. Factores de riesgo para ANS

Poca habilidad emocional.
Dificultad en la solución de problemas.
Niveles altos de pensamientos y sentimientos negativos.
Diversidad sexual.
Baja autoestima.
Respuesta excesiva al estrés.
Sentimiento de necesidad de autocastigo.
Violencia familiar, violencia escolar.
Abuso sexual.

solución de problemas, la impulsividad, niveles altos de pensamientos y sentimientos no placenteros o negativos, orientación sexual diversa, baja autoestima, respuesta excesiva al estrés y sentimiento de necesidad de autocastigo^(3,12,13).

Otros factores de riesgo que se suman a los anteriores son las situaciones de violencia intrafamiliar, abuso sexual, *bullying*, situaciones traumáticas de la niñez, presión del entorno social y ciertas características de personalidad (baja tolerancia a la frustración, retraimiento, aislamiento).

Las ANS se asocian en un 50% a patologías psiquiátricas como trastorno depresivo mayor, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad, trastorno de conducta alimentaria, trastornos disociativos, rasgos de personalidad límite y antisocial, fobia social y consumo de sustancias psicoactivas y alcohol⁽⁴⁾. En un 80% los pacientes se presentan con rasgos muy marcados de personalidad de tipo *borderline* y en 25%-40% con trastornos de la conducta alimentaria. La prevalencia es mayor en pacientes ingresados en unidades psiquiátricas^(1,3).

Si bien las ANS se definen por no tener asociado una ideación suicida, destacamos que puede ser un factor de riesgo para un intento de autoeliminación o suicidio. El contexto sintomático que acompaña y las características de personalidad donde subyace ANS son muy importantes para determinar el riesgo suicida⁽⁹⁾.

La tabla 3 describe los factores de riesgo para ANS.

¿Qué papel juega la conducta imitativa en las ANS en adolescentes?

La imitación y el aprendizaje social tienen un papel importante en el inicio de las ANS⁽¹⁾.

El presenciar este tipo de lesiones en el ámbito educativo, la televisión o internet, puede suponer un

factor evidente de aumento de riesgo de la participación inicial de ANS entre individuos con ciertas características individuales y/o psiquiátricas⁽¹⁴⁾. Existe un interés científico creciente, existiendo controversias entre los potenciales riesgos y beneficios de la información disponible⁽¹⁴⁾.

Diversos estudios muestran que las redes sociales e internet adquieren un rol importante, siendo un medio habitual donde los adolescentes comparten y buscan información.

Funciones de las autolesiones

La regulación emocional es un proceso en el cual se produce el monitoreo, la evaluación y la modificación de los estados emocionales, que incluye esfuerzos por regular las emociones, tanto positivas como negativas, a fin de acceder a metas propias⁽³⁾.

Los adolescentes con ANS hacen uso de las estrategias centradas en la emoción y evitación, además que presentan déficits en cuanto a la estrategia de resolución de problemas.

La desregulación emocional constituye un factor etiológico de importancia en la aparición y mantenimiento de las conductas de auto daño, que son utilizadas para reducir la experiencia emocional negativa y producen un alivio temporal del sufrimiento emocional. Es decir, las autolesiones usualmente funcionan como una estrategia para la regulación emocional⁽³⁾.

Es importante destacar que a nivel emocional, el daño físico genera la experiencia de hacer visible y neutralizar el sufrimiento y la emoción, que no encuentran otra posibilidad de ser tramitados. El mayor impedimento está en la incapacidad de poner en palabras dicho dolor y en la dificultad para pedir ayuda frente al malestar emocional. La conducta autolesiva genera una percepción de control altamente peligrosa, dado que se presenta la falsa convicción del inicio y finalización del dolor vinculada a la voluntad, siendo esta percepción un fuerte factor de riesgo.

Existe una variedad de formas de presentación de las ANS:

- Como forma de castigo: la baja autoestima, sentimientos de rechazo, odio o culpabilidad hacia sí mismo, sentirse responsable o no merecedor, pueden llevar a la persona a sentir que merece un castigo.
- Como forma de recibir atención y /o reconocimiento: puede utilizarse la conducta autolesiva como forma de demostrar públicamente el sufrimiento interno que la persona no puede expresar verbalmente y la necesidad de obtener afecto, cuidado y preocupación de quienes la rodean. Del mismo modo, la práctica de este tipo de conductas

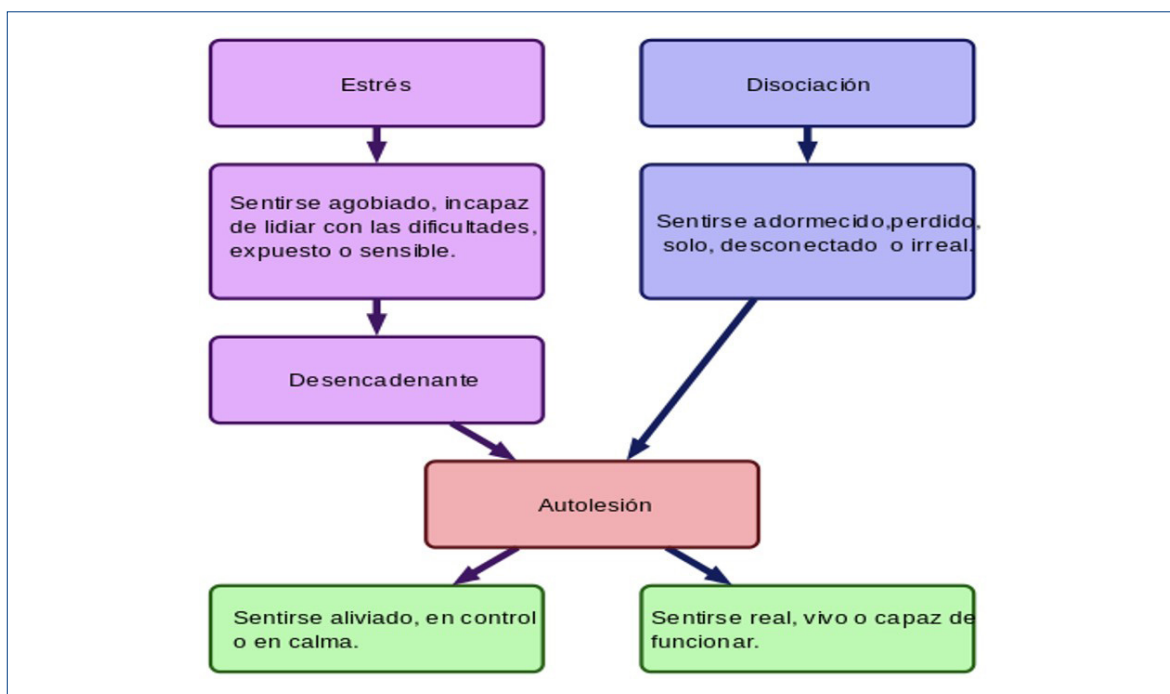


Figura 1. Precusores de la autolesión. Fuente: Precursors to self-injury. Disponible en: <https://www.lifesigns.org.uk/precursors-to-self-injury/>

vinculadas a retos o desafíos tienen la finalidad de buscar el reconocimiento y la aprobación en el ámbito social como forma de asegurarse la pertenencia a un grupo.

- Como forma de evadir, anestesiar o neutralizar el dolor emocional: a través del dolor físico se detiene el proceso del pensamiento negativo y se focaliza en los sentimientos que produce el dolor de la autolesión. Ante la aparición constante de pensamientos negativos como en los casos con sintomatología ansiosa y/o depresiva, la autolesión permitirá bloquear, evadir o anestesiar temporalmente esos pensamientos.
- Como forma de obtener placer: a través de la repetición de ciertas conductas se logra la obtención de placer, ya sea porque hay un aumento en el umbral de dolor físico o por la sensación de alivio del sufrimiento psíquico.

¿Cuáles son los métodos y su evolución?

Los métodos son muy variados e incluyen: cortes en la piel, quemaduras, pellizcos, pinchazos, golpes con objetos duros, introducción de objetos, golpes en la cabeza o derramamiento de productos químicos sobre su propio cuerpo y pellizcos en la piel, así como el arrancamiento del pelo ya sea del cuero cabelludo, cejas o pestañas, comportamiento denominado tricotilomanía⁽¹⁵⁾.

En los adolescentes el método más utilizado son los cortes (70%-97%) con algún utensilio afilado en antebrazos, piernas y abdomen. Otros métodos frecuentes son golpearse (21%-44%) y quemarse (15%-35%)⁽¹⁾.

Las zonas del cuerpo son seleccionadas en muchos casos por su facilidad de acceso y de ocultamiento o en otros casos por ser zonas que “merecen” el castigo⁽¹⁵⁾.

El curso evolutivo es heterogéneo, algunos lo hacen de manera esporádica y puntual y otros de forma recurrente en el tiempo. Esto va a depender del método utilizado o la función de la autolesión, por ello es fundamental explorar cuáles son los mecanismos y las herramientas que utilizan en su cotidianidad para disminuir y/o enmascarar el sufrimiento psíquico y su intensidad. La recurrencia se ve en aquellos adolescentes que tienen más problemas de autorregulación emocional, peor rendimiento académico, más problemas interpersonales y un estilo atribucional negativo⁽¹⁾.

Hay estudios que sugieren que para un porcentaje importante de adolescentes la ANS es una conducta estable que persiste en el tiempo y que se asocia a un importante deterioro funcional⁽⁴⁾. El 63% de las personas que se autolesionan continúan haciéndolo después de un año de haber comenzado⁽⁴⁾.

El inicio temprano se ha visto asociado con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno límite de la personalidad.

¿Tienen relación con el suicidio?

Aunque la intencionalidad de las ANS no es el suicidio, algunos estudios han demostrado que es el factor de riesgo más importante para futuros intentos de suicidio, multiplicando por 3 el riesgo de cometer algún acto suicida en el futuro. Es independiente del sexo, edad y el método utilizado⁽¹⁾.

Algunas variables clínicas de las ANS aumentan el riesgo de conducta suicida como ser la frecuencia de los episodios (más de 20 episodios), la historia prolongada, el uso de varios métodos (más de tres métodos diferentes), la ausencia de dolor, el alivio emocional inmediato y la presencia de síntomas depresivos. La severidad de los síntomas o la presencia de síntomas depresivos también pueden modular esta asociación⁽¹⁾.

En la búsqueda de liberarse de emociones o sentimientos que no pueden expresar (como rabia, ira, frustración, tristeza, soledad, vergüenza) la gravedad de la autolesión puede llevar a la muerte, aunque ese no sea el fin.

Muchas veces, ante el sentimiento de no estar vivo, quienes se autolesionan recurren a esta conducta para evitar sentimientos de vacío crónico. Estos sentimientos de vacío pueden verse en estos casos como una motivación en la búsqueda de encontrar sentimientos o emociones por malos que estos sean. El dolor producido por la autolesión genera sentimientos que pueden hacer que la persona los utilice para cerciorarse de que siguen vivos y, por lo tanto, la escalada en intensidad de las lesiones son un factor importante que puede resultar en un intento de autoeliminación.

Debemos estar atentos a los espacios que no están abiertos al diálogo, los prejuicios y los juicios que minimizan este tipo de conductas y las enmarcan con características generales vinculadas a la etapa etaria o a la necesidad de atención.

Hay una contraposición recurrente entre suicidio y autolesión que resulta en la afirmación que *“El suicidio es una solución permanente a un problema temporal mientras que la automutilación es una solución temporal a un problema permanente”* (Muñoz Algar, 2016).

¿Qué conducta habría tomado con la paciente? ¿La trasladaría a un centro de salud?

Las ANS no implican que deba realizarse un traslado a una emergencia de un centro asistencial, pero siempre amerita una consulta con los servicios de salud y conseguir una consulta a la brevedad con un servicio de salud mental.

En el caso de realizar un traslado a un centro asis-

tencial se debe generar primero un espacio de intercambio para que el/la adolescente pueda entender la importancia de poder evaluar su salud y en especial sus lesiones. Eso permitirá que el adolescente se involucre en la importancia del cuidado de su salud además de poder ser participe de la situación. El profesional deberá minimizar y evaluar los factores de riesgo particulares de ese adolescente frente a la situación familiar y personal tratando de evitar factores de estrés y ansiedad que puedan ser un disparador de un nuevo malestar.

Estrategias de abordaje

Destacamos que los pediatras en el control en salud de adolescentes deben estar atentos en detectar este tipo de lesiones. Muchas veces no surgen elementos que nos hagan pensar en ellas en el interrogatorio, por lo cual debemos ir a buscarlas específicamente en el examen físico. Estas lesiones pueden quedar ocultas por pañuelos atados en las muñecas o por numerosas pulseras, por eso es tan importante el examen de toda la piel.

Tener presente como primer gesto, no hacer juicio de valor, generando un vínculo de confianza con el/la adolescente y profundizar en la búsqueda de la intencionalidad de dichas lesiones, diferenciándolas de los intentos de autoeliminación. Esto es relevante a la hora de tomar la decisión de realizar una consulta urgente con psiquiatra y la necesidad de internación⁽⁵⁾.

Es importante generar espacios de escucha y reflexión para entender qué está ocurriendo desde la preocupación real, tomando como premisa que la autolesión es, en la mayoría de los casos, la forma de comunicar un dolor psíquico. Romper el tabú y desestigmatizar estas conductas genera oportunidades de abordaje tempranas y efectivas posibilitando aprendizajes de autorregulación emocional.

Brindar información y orientar a los actores involucrados en la vida de la población infantojuvenil es una herramienta fundamental para la contención y el aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento al malestar.

Sensibilizar sobre las causas y consecuencias permite una mirada más amplia a la hora de abordar y detectar la práctica de conductas autolesivas, generando un importante espacio de prevención.

Tener presente que las ANS tienen una función específica (neutralizar y/o enmascarar el sufrimiento psíquico) y por ello generar conductas alternativas que difieran el impulso de autolesionarse (ejercicios de respiración, meditar, escribir las emociones, hablar con alguien) o permitan experimentar visual o perceptivamente el efecto de dolor sin daño físico (pintar la piel con un marcador rojo, sostener hielo, masticar limón o jengibre), es una alternativa válida para lograr disminuir o evitar dicha práctica.

El abordaje integral multi e interdisciplinario es fundamental, siempre haciendo énfasis principalmente en los aspectos emocionales y el trabajo psicoterapéutico.

Identificar, fortalecer y validar los aspectos positivos y las habilidades sociales de ese adolescente permitirán el reconocimiento de los mismos y contribuirán a la autorregulación

Reflexión final

“Lo importante es el modo en el que enfocamos y resolvemos nuestro pensamiento, la idea que nos hacemos de lo que sucede. Si aprendemos a gestionar nuestro pensamiento crítico, lograremos disminuir el poder de las circunstancias y potenciar el autocontrol. Si esto lo aplicamos a nuestra vida de cara a entendernos mejor a nosotros mismos, bien podríamos decidir que las emociones que nos afectan no son provocadas directamente por las cosas que suceden, sino por las ideas que nos hacemos de ellas.” José Carlos Ruiz, El arte de pensar.

“Donde existe el desafío de un joven en crecimiento, que haya un adulto para encararlo”
(Mannoni. 1992: 23)

Agradecimiento

A la Dra Patricia Ferreiro, que participó en esta mesa en las Jornadas de Adolescencia realizadas el 15 de octubre de 2022, y a la Dra Marianoel Valdez y al Dr. Edgar Tesoro que colaboraron en su elaboración.

Referencias bibliográficas

- Vega D, Sintés A, Fernández M, Puntí J, Soler J, Santamarina P, et al. Revisión y actualización de la autolesión: ¿quién, cómo y por qué? *Actas Esp Psiquiatr* 2018; 46(4):146-55.
- Sarmiento M, Pérez C, Durán Y, Upegui D, Rodríguez F. Conducta autolesiva no suicida en adolescentes. *Adolescere* 2019; 7(3):65e1-65e9.
- González L, Vasco I, Nieto L. Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuad Hispanoam Psicol* 2016; 16(1):41-56.
- Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin J, et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet* 2012; 379(9812):236-43. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61141-0.
- Maurente L, García L, García I, Grunbaum S, Pérez W. Las automutilaciones en la adolescencia, cómo reconocerlas y tratarlas. *Arch Pediatr Urug* 2018; 89(1):36-9. doi: 10.31134/ap.89.1.7.
- Pattison E, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry* 1983; 140(7):867-72. doi: 10.1176/ajp.140.7.867.
- Favazza A, Conterio K. The plight of chronic self-mutilators. *Community Ment Health J* 1988; 24(1):22-30. doi: 10.1007/BF00755050.
- Dörr A, Viani S, Quevedo Y, Salinas P. Autolesiones en adolescentes: manifestación del malestar subjetivo en la sociedad actual. *Psicopatol Fenomenol Contemp* 2022; 11(2):23-40.
- Somberger M, Heath N, Toste J, McLouth R. Nonsuicidal self-injury and gender: patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2012; 42(3):266-78. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.0088.x.
- Núñez V, Fernández G, González N. Cerebro adolescente. En: Alonso F, Ferreiro P, González N. *Adolescencias: una mirada integral*. Montevideo: Bibliomédica 2022:53-62.
- Aberastury A, Knobel M. *La adolescencia normal un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós, 1971.
- Albores L, Méndez J, Xóchitl A, Delgadillo Y, Chávez C, Martínez O. Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr* 2014; 42(4):159-68.
- Wilcox H, Arria A, Caldeira K, Vincent K, Pinchevsky G, O'Grady K. Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychol Med* 2012; 42(4):717-26. doi: 10.1017/S0033291711001814.
- Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Arch Suicide Res* 2013; 17(1):1-19. doi: 10.1080/13811118.2013.748404.
- Myer T. Inside intentional self-injury. *Nursing* 2011; 41(7):26-31; quiz 31-2. doi: 10.1097/01.NURSE.0000398833.67045.5e.

Correspondencia: Dra. Verónica Núñez.
Correo electrónico: veronu@adinet.com.uy

Todos los autores declaran haber colaborado en forma significativa
Daniela Ferreiro, ORCID 0000-0001-5233-6647.
Karina López, ORCID 0000-0002-3972-6509.
Verónica Núñez, ORCID 0000-0001-6955-9417.
Nancy González, ORCID 0000-0002-5423-5935.
Ana Inés Boix, ORCID 0000-0001-8899-9311.