

Curso en prevención y manejo de autolesiones y
comportamiento suicida

Tema 5. Manejo de la autolesión no suicida

Autor: Juan Faura-García

Índice

Ideas clave

- 5.1. Introducción y objetivos
- 5.2. Praxis clínica adecuada
- 5.3. Documentación del caso
- 5.4. Coordinación con agentes implicados
- 5.5. Seguimiento
- 5.6. Consideraciones ético-legales
- 5.7. Caso clínico
- 5.8. Referencias bibliográficas

A fondo

Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia

Conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante

Test

5.1. Introducción y objetivos

Este tema se enfoca en el manejo de la **autolesión no suicida** (ANS), incluyendo su evaluación e intervención específica desde el primer nivel de atención sanitaria. En los siguientes apartados se analizarán las prácticas clínicas recomendadas, la evaluación y manejo de las autolesiones, la coordinación con otros agentes y las consideraciones ético-legales pertinentes.

El tema tiene como **objetivos**:

- ▶ Proporcionar las prácticas clínicas adecuadas para el manejo de la ANS en atención primaria, a través de su comprensión y de las intervenciones más adecuadas.
- ▶ Conocer la evaluación básica de la ANS, sus indicadores, los instrumentos que tenemos a nuestra disposición y el uso de la entrevista clínica.
- ▶ Adquirir conocimientos sobre el manejo de la ANS respecto a terceros: otros agentes implicados, su seguimiento y sus consideraciones ético-legales.

En la actualidad, la **prevalencia** de ANS se da en aproximadamente el 20 % de los adolescentes, generalmente de manera esporádica y con baja gravedad. Sin embargo, las formas más graves de ANS son menos frecuentes (3-7 %).

Además, las ANS tienden a **disminuir en la edad adulta** y se relacionan con la presencia de un perfil de problemas de salud mental diferente (Faura-García et al, 2021). En personas diagnosticadas con trastornos de salud mental, las ANS pueden llegar a encontrarse en más de la mitad de los pacientes en algún momento de su vida.

Por lo tanto, es relativamente frecuente que la presenten los adolescentes. Además, **la intervención con adolescentes tiene diversas peculiaridades**. Dado que son particularmente frecuentes en esta población, centraremos el mensaje en la intervención en estas poblaciones: adolescentes y adultos jóvenes en transición a la madurez.

5.2. Praxis clínica adecuada

Las **intervenciones psicológicas** más recomendadas para ANS incluyen aquellas que están dirigidas específicamente para abordar la ANS:

- ▶ La terapia cognitivo-conductual para ANS.
- ▶ La terapia dialéctico conductual.
- ▶ La terapia basada en mentalización.

Estas son el tratamiento de elección para la ANS frente a otros tratamientos, como el farmacológico (Dobias, 2023). El **tratamiento farmacológico** no se recomienda como primera línea de tratamiento y se sugiere su uso solo para el tratamiento de los trastornos mentales comórbidos subyacentes.

El conjunto de revisiones, consensos de expertos y guías de práctica clínica sobre el manejo de la ANS no han identificado cuál es el nivel asistencial más adecuado para el manejo de las autolesiones ni cuáles son los criterios de derivación entre niveles asistenciales (GOPBE, 2022; Fox et al, 2020). Se sugiere que sea en **atención primaria** donde se evalúe psicosocialmente, valorando además los factores de riesgo de la ANS y la conducta suicida.

Se puede considerar la **derivación** a los dispositivos de salud mental cuando el malestar de la persona o sus familiares es alto, existe riesgo de repetición, o solicitan ayuda profesional especializada. Así, en el caso de que las ANS sean repetitivas o se prevea la repetición o escalada a intentos de suicidio (IS) es aconsejable la derivación a salud mental (Harris et al, 2022).

Las actitudes, habilidades de comunicación y formas de evaluar son similares entre la conducta suicida y la ANS. Tras establecer una mínima relación de confianza, se realizará una **evaluación de todo el espectro autolesivo**. Después de abordar el riesgo inminente de suicidio y una vez estudiada la historia previa de conducta suicida podremos valorar si se trata de una ANS.

En este punto la evaluación se enfocará en la ANS, así como en su **intervención**. Puesto que la ANS puede relacionarse con la conducta suicida, a lo largo de las siguientes intervenciones y seguimiento se evaluará de forma transversal la conducta suicida. Es decir, primero evaluaremos el riesgo vital inmediato, luego el riesgo vital futuro y después la ocurrencia futura de ANS repetitivas.

Es muy importante recordar que cuando alguien pide ayuda por sus autolesiones o simplemente las comunica, una **primera respuesta estigmatizante o discriminante**, que culpabilice o invalide, probablemente cerrará la puerta a recibir ayuda o realizar otras peticiones (OMS, 2017 y 2021). La atención primaria posiblemente será una de las primeras receptoras de la persona que se autolesiona, de ahí la relevancia de que la asistencia en primaria sea lo más adecuada posible y que sus profesionales tengan una formación adecuada al respecto.

Seguiremos los **principios básicos** abordados en anteriores temas:

- ▶ Facilitar un ambiente cálido, de confianza, seguridad y privacidad; tanto físico como emocional.
- ▶ Mantener un tono de calma, evitando alarmar.
- ▶ Utilizar la escucha activa y apoyo, evitando banalizar o prejuzgar.
- ▶ Activar una atención de curiosidad respetuosa.
- ▶ Favorecer la colaboración y actitud proactiva de la persona empoderándola.

- Informar sobre la ANS y la conducta suicida.

A continuación, se describe un **algoritmo de evaluación y manejo de las autolesiones** (GOPBE, 2022) que incluyen también la ANS (ver Figura 1):

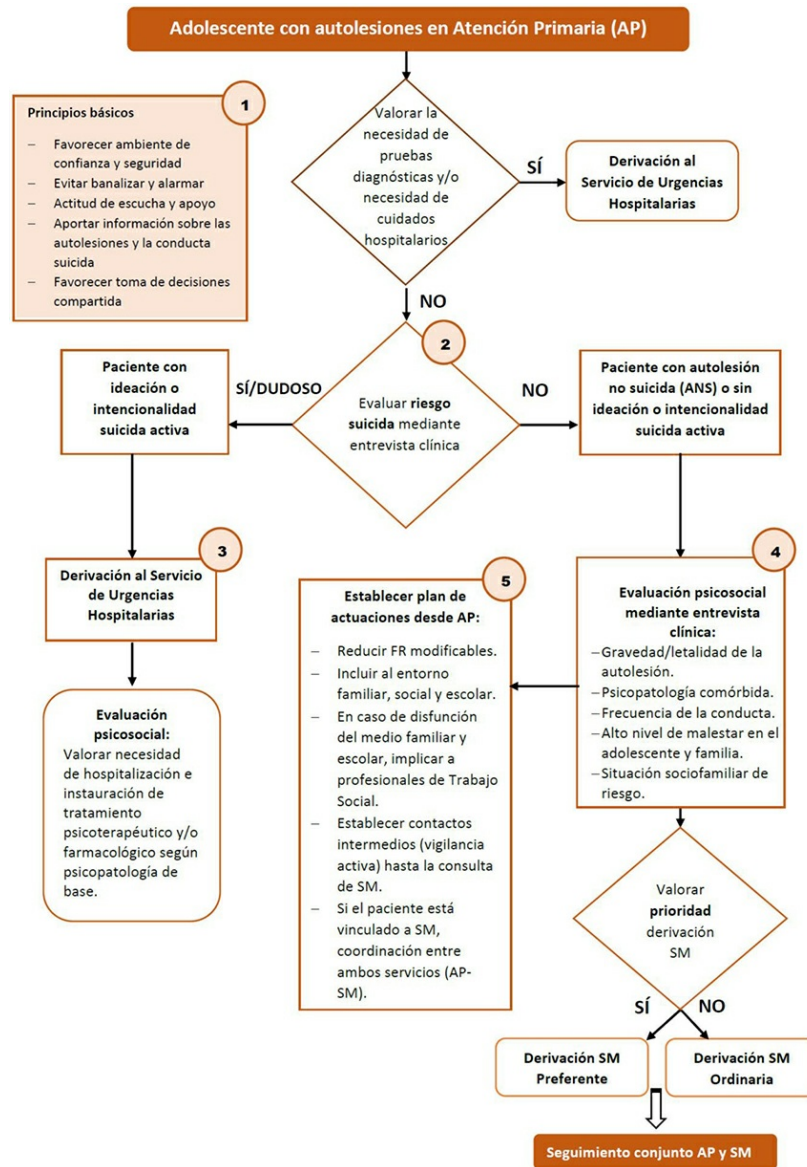


Figura 1. Algoritmo para la evaluación y manejo de las autolesiones en la adolescencia en Atención Primaria. Fuente: GOPBE, 2022.

En un primer momento y siempre a través de las habilidades y actitudes eficaces para el manejo de la ANS, **se valorará la necesidad de atención a la salud física** incluyendo la necesidad de pruebas diagnósticas y cuidados hospitalarios. Se atenderá la autolesión o se derivará al servicio de urgencias hospitalarias si la intervención no puede ser realizada en el centro de salud.

En el caso de que **no requerir asistencia médica** se evaluará el riesgo de conducta suicida a través de entrevista clínica, que abordaremos en la siguiente sección. En esta situación pueden darse los siguientes casos:

- ▶ La persona **tiene una ideación o intencionalidad suicida activa en ese momento**. En caso de duda se optará por esta vía. Se derivará al servicio de urgencias hospitalarias, donde se realizará una evaluación psicosocial para valorar la necesidad de hospitalización.
- ▶ La persona **se ha autolesionado sin intencionalidad suicida** (ANS) o no tiene una ideación o intencionalidad suicida activa. Se evaluarán mediante entrevista clínica las características de la ANS, así como psicopatología comórbida, malestar y situación sociofamiliar de riesgo. En este punto se valorará derivar a salud mental preferentemente o de forma ordinaria. El seguimiento se hará conjuntamente entre atención primaria y especializada.

Puedes ampliar información sobre los protocolos de actuación en el apartado «Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia» de la sección A fondo.

5.3. Documentación del caso

Existen diversas escalas diseñadas para predecir el riesgo de autolesiones, pero según la evidencia científica actual, ninguna puede utilizarse como único método de evaluación. **Estas escalas e instrumentos deben complementar**, no reemplazar la entrevista clínica (Washburn, 2019; Walsh, 2012). Las diferentes entrevistas clínicas estandarizadas o estructuradas también requieren de una evaluación más abierta que permita explorar a la persona, situación y factores.

El caso se documentará según los programas y protocolos de registro de información habituales en cada centro de salud. En ellos se recogerá la información de la evaluación. **La evaluación debe comenzar con preguntas abiertas** no solo con la función de cribar de lo más amplio a lo más concreto, sino para permitir que el paciente se exprese e ir estableciendo una relación de confianza. Es decir, para no preguntar de forma prejuiciosa sin tener información de primera mano de la persona.

Las preguntas directas, particularmente al inicio de la entrevista clínica, pueden percibirse como amenazantes por parte del paciente y generar todo lo contrario de lo que pretendemos: que el paciente nos abra sus sentimientos de manera sincera para poder ayudarlo.

Después, se acotará información con preguntas cerradas, pero siempre cerciorándonos de que esta es comprendida por el paciente. De esta forma, la evaluación no es tan solo una forma de recoger información para conocer si debe ser atendida médicamente o si debe ser derivada, sino que **es una forma de intervención que incide sobre los principales factores de riesgo** de la ANS, pues permite a la persona:

- ▶ Ser escuchada y valorada en lugar de que se la invalide.
- ▶ Conectar con otra persona y obtener apoyo en lugar de desconectar de los demás y sus problemas relacionales como el acoso o la negligencia de los tutores.
- ▶ Descargar la intensidad emocional negativa dado el ambiente y la conversación en lugar de autolesionarse para obtener alivio.
- ▶ Conocer su situación más en profundidad, incluyendo factores de riesgo y protección, en lugar de desconocer su problema, los factores que lo propician o los que le ayudan a solucionarlo.
- ▶ Ser proactiva en su problemática y encontrar soluciones en lugar de desesperanza, controlabilidad o atrapamiento.
- ▶ Confiar en recibir ayuda de otros cuando la pide o generalizarlo al sistema sanitario u otros agentes de ayuda en lugar de ocultarlo o negarse a pedir ayuda.

Evaluación específica de la ANS

Entre los **instrumentos y entrevistas semiestructuradas** específicas para la evaluación de ANS en adolescentes contamos con los recogidos en Faura-García et al (2021):

- ▶ Cédula de autolesiones sin intención suicida basada en el DSM-5–Métodos (CA-M; Albores-Gallo et al., 2014).
- ▶ Cédula diagnóstica de autolesiones (Emiliano, 2014).
- ▶ Cuestionario de riesgo de autolesión (Solis-Espinoza y Gómez-Peresmitré, 2020).
- ▶ *Self harm questionnaire* (SHQ; adaptado por García-Mijares et al., 2015).
- ▶ *Impulse, self-harm and suicide ideation questionnaire for adolescents* (ISSQ-A adaptado por Chávez-Flores et al., 2018).

Más concretamente, **los siguientes han sido validados en españoles** y evalúan un gran número de características de la ANS:

- ▶ *Functional assessment of self-mutilation* (FASM; adaptado por Calvete et al., 2015).
- ▶ *Inventory of statements about self-injury* (ISAS; adaptado por Pérez et al., 2020).
- ▶ La entrevista semiestructurada *self-injurious thoughts and behaviors interview* (SITBI-NSSI; adaptado por Faura-Garcia et al., 2022).

Puedes ampliar sobre estos instrumentos en el apartado «Conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante» de la sección A fondo

De cualquier manera, **antes de usar alguno de estos instrumentos** hay que asegurarse de que el personal que los aplica tiene la experiencia suficiente y que se cuenta con los recursos humanos y temporales para ponerlos en práctica. Si no es el caso, es mejor centrarse en realizar una buena entrevista clínica, que puede ser apoyada por preguntas específicas entresacadas de estos u otros cuestionarios adecuadamente validados.

La entrevista clínica permitirá evaluar otros parámetros, así como incidir en los más relevantes y personalizar la evaluación. Los **parámetros comúnmente evaluados** de la ANS son los relacionados con los pensamientos, emociones, funciones, frecuencia, gravedad, lugar de autolesión y usos de otras formas de regulación emocional más adaptativas, como por ejemplo deportes en los que se golpea como boxeo, pádel...

Existen **otros muchos indicadores**, entre los que destacan:

- ▶ Pensamientos y conductas suicidas u otras formas de autolesión que atentan contra la vida. Por ejemplo, autolesión psicótica o deseo suicida.
- ▶ Factores de riesgo y protección, así como elementos y mecanismos del modelo explicativo desde el que parte el modelo terapéutico. Por ejemplo, desregulación emocional, desesperanza, desconexión o capacidad suicida.
- ▶ Otros trastornos asociados a autolesión o comórbidos. Por ejemplo, trastornos de personalidad, depresión o trastorno de alimentación.
- ▶ Historia previa de ANS. Por ejemplo, edad de inicio o últimos episodios.
- ▶ Metodología. Por ejemplo, cortes o golpes.

Además de los ya destacados, podemos encontrar otros indicadores como frecuencia funciones, motivos o razones, letalidad o riesgo de muerte, urgencia, impulso, sensación de necesidad o apego, atención médica necesitada o utilizada, zona corporal dañada, afecto, consumo de sustancias, severidad, ideación, dolor, planificación, haberlo contado a otros, tratamiento previo, influencia social, práctica grupal, historia de trauma infantil, motivación y razones para parar, características adictivas, antecedentes al episodio, duración, asunción de riesgo, habituación, riesgos de la conducta, consecuencias psicosociales y disposición al cambio.

5.4. Coordinación con agentes implicados

Para **determinar la urgencia de remitir a un paciente al servicio de salud mental** es necesario llevar a cabo una evaluación psicosocial detallada, así como una valoración del nivel de riesgo. Así, podrá determinarse la derivación preferente u ordinaria. Se derivará de forma preferente si existe un gran malestar, gravedad o dificultad de su manejo.

Esta **valoración** debe incluir una revisión cuidadosa de los factores que podrían aumentar la probabilidad de que la persona vuelva a autolesionarse. Se procederá a una derivación preferente u ordinaria al servicio de salud mental en caso de identificar alguno de estos factores de riesgo (ver Tabla 1).

PREFERENTE	ORDINARIA
Gravedad o letalidad de la autolesión alto: requiere tratamiento médico o quirúrgico.	Alivio o mejora tras la entrevista.
Presencia de psicopatología comórbida: depresión, ansiedad, estrés, alimentación, consumo de alcohol o drogas o trastornos de la personalidad, entre otros.	Intención de controlar los impulsos de autolesión.
Autolesiones previas o alta frecuencia de las autolesiones: cinco o más veces en un año se considera frecuente y de mayor riesgo.	Tomar decisiones drásticas inmediatamente.
Alto nivel de malestar en la persona y familiares: alto malestar emocional, dificultad en la regulación emocional, desesperanza, aislamiento, ideación suicida o estrés.	Adherencia y aceptación a la intervención y medidas de contención pactadas.
Factores de riesgo de la ANS: historia o exposición previas a cualquier expresión del espectro autolesivo (sobre todo ANS previas), dificultades de regulación emocional, problemas interpersonales o de violencia como acoso o invalidación.	Apoyo sociofamiliar eficaz, incluyendo compromiso de supervisión familiar, sin que esta sea excesiva o inexistente.
Situación sociofamiliar de riesgo: presencia de factores contextuales estresantes. En el caso del adolescente son principalmente familiares, académicos y sociales.	

Tabla 1. Derivación preferente u ordinaria a los servicios de salud mental. Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, la atención primaria se coordinará con los agentes que desarrollamos en los siguientes apartados.

Familia y allegados

Los amigos suelen ser los primeros en conocer la ANS y se convierten en la primera puerta de entrada. También los familiares más cercanos o parejas. En el caso de adolescentes, probablemente lleguen acompañados de sus seres queridos y sean estos quienes transmitan el problema. Su percepción enriquecerá la formulación del caso, pero recuerda que la valoración y una entrevista clínica cálida incluye el **derecho a la privacidad**, de forma que la mayor parte de la entrevista puede ser sin otras personas delante.

Es posible que los familiares y amigos no conozcan la autolesión, tengan prejuicios, información errónea o no traten adecuadamente la situación llegando a alarmarse, culpabilizar, retirar control, dar ultimátums, invalidar, negar o reforzar la conducta que se pretende corregir. En la mayoría de los casos, **los familiares y seres queridos querrán ayudarle**.

Durante la evaluación hay que valorar el **apoyo sociofamiliar** y estimular el compromiso por la colaboración y supervisión. Con una adecuada psicoeducación, la familia y amigos apoyará a quien se autolesiona en el proceso de mejoría, incentivando colaborativamente la sustitución de la ANS por habilidades y conductas de regulación emocional más saludables.

Eso sí, hay que intentar que las conductas de los familiares y amigos sean **contenedoras, pero no excesivamente efusivas**, ya que las mismas podrían generar un refuerzo positivo de las autolesiones.

Por ejemplo, un adolescente cuyos padres se están divorciando y «descubre» que, autolesionándose, sus padres le dedican más tiempo y se mantiene la estructura familiar, podría autolesionarse precisamente para evitar que se diera el divorcio de los padres.

Educadores y orientadores

Los adolescentes se encuentran inmersos gran parte del día en el **ámbito educativo**. Profesores, orientadores, enfermeros y consejeros tutelan a los adolescentes y jóvenes.

Es posible que la derivación a atención primaria se haya dado tras activar el **protocolo de autolesión del centro educativo**. En ese caso, muchos de los protocolos proveen información relevante sobre la ANS que puede servir para enriquecer y cotejar los datos que vas a evaluar mediante la entrevista clínica.

Otros profesionales del ámbito social o sanitarios

Enfermeros o psicólogos pueden haber derivado a la persona a atención primaria o disponer de más información sobre su situación. Los informes y entrevistas con ellos aportarán más información al caso, sobre todo si tienen experiencia psicosocial.

Servicios de emergencias o de seguridad

Es posible que la persona haya pasado a través del **servicio de bomberos o policía** si han tenido que intervenir durante la autolesión o el intento de autolesión. La primera asistencia suele ser emocionalmente intensa para quien se ha autolesionado, así como para sus familiares o allegados.

La actuación de los servicios de urgencias **puede haber sido una buena o mala experiencia**. Conocer cómo han percibido la situación, así como disponer información de los profesionales que la han atendido, ayudará a formular el caso.

5.5. Seguimiento

La **coordinación con el servicio de salud mental** se dará, sobre todo, en los casos de ANS leves; es decir, en aquellos pacientes que han presentado una autolesión y no existen factores de riesgo. En este caso, el servicio de salud mental se coordinará con atención primaria para compartir el seguimiento o para que se agenden consultas de monitorización desde atención primaria.

Durante el seguimiento se realizará de nuevo una evaluación de la ANS como hemos visto anteriormente. Los **elementos que más ayudan el proceso de recuperación** a los pacientes con ANS son:

- ▶ Permitir su autonomía.
- ▶ Ver las cosas desde otra perspectiva.
- ▶ Darles un espacio sin enjuiciarles.
- ▶ Entender las razones detrás de la autolesión.
- ▶ Desarrollo de conexiones genuinas y significativas.
- ▶ Tomar la ANS de forma seria.
- ▶ Centrarse en las fortalezas únicas del individuo.
- ▶ Preguntar periódicamente.
- ▶ Recordarle que no está solo.

Puedes identificar y favorecer aquellos **factores que prevén menos tiempo para cesar la autolesión**. El principal es querer detenerla y estar preparado para encontrar otras formas de sobrellevar las situaciones (Claes y Muehlenkamp, 2016; Nixo y Heath, 2008). Le siguen dotar a la vida de significado y tener altos niveles de satisfacción con la vida, reconocer la ANS como un problema en su vida, disponer de un gran número de maneras de lidiar con las emociones; tener un bajo número de motivos, razones o de funciones para autolesionarse, tener un nivel bajo de angustia psicológica o baja cronicidad de los mismos, sentirse socialmente apoyado y tener una baja frecuencia de autolesión.

Por otro lado, el **proceso de recuperación** suele darse tal y como sucede con el curso de la ANS; es decir, no de forma lineal, sino con momentos de mejoría y empeoramiento, y con cambios de humor, emocionales y de pensamiento respecto al propio proceso (Nock, 2014; Washburn, 2019). También pueden darse resistencia al cambio y recaídas. Cuando suceden la adquisición, el entrenamiento y la generalización de formas más saludables de afrontamiento suele hacerse progresivamente y con subidas y bajadas para, finalmente, instaurarse en la vida diaria de las personas. Las **recaídas** pueden ser comunes, pero son parte de un adecuado proceso de mejoría. Es importante transmitir este mensaje a los menores.

Para apoyar el cese de la autolesión a lo largo del seguimiento se aconseja ver la siguiente tabla.

Consejos

Mostrar una actitud desde la convicción de que las cosas pueden mejorar.
Evaluar y respetar la disposición para cambiar.
Comprender y apoyar tareas y procesos clave para el cambio. Potenciar y motivar al cambio sabiendo en qué etapa del cambio se encuentra y obrando en consecuencia.
Ser claro sobre las expectativas y límites desde la compasión y paciencia, exponiendo los límites claros y lo que se espera.
Mantener las líneas de comunicación abiertas.
Proporcionar comentarios y observaciones productivas.
Reconocer y apoyar a otros miembros y agentes de ayuda en la comunidad.
Celebrar los éxitos.
Ayudarle a conocer sus fortalezas y recursos.

Tabla 2. Consejos para reducir las ANS. Fuente: elaboración propia.

5.6. Consideraciones ético-legales

Las consideraciones legales y éticas **dependen de la región, profesión, ámbito de actuación e institución** desde la que se presta la atención. Las políticas institucionales deben cumplir con las leyes regionales, estatales y otras políticas, como las sanitarias, ya vigentes en relación con el manejo de las conductas de alto riesgo y autolesivas. Además, en el caso de menores y adolescentes deberá asumirse las políticas específicas para esta población (Claes y Muehlenkamp, 2016). Las políticas de intervención sobre la ANS deberán compartirse con todos los miembros del personal que puedan identificar, evaluar, intervenir o derivar un caso de autolesión.

La **confidencialidad** deberá ser considerada y dependerá de la identificación de factores de riesgo, la dificultad en la adquisición de las habilidades previstas o la identificación como caso autolesivo. Dependiendo de las circunstancias y de ser necesario para minimizar el riesgo vital se informará a terceros, incluyendo personal sanitario o de urgencias.

En casos de ANS en adolescentes se deberá informar a sus **tutores**, aunque siempre puede hacerse mediante estrategias que no vulneren la confianza de la persona que se autolesiona. El personal sanitario debe tomar los pasos necesarios para mantener seguro a quien se autolesiona.

Si se tiene alguna duda sobre la seguridad o el riesgo de suicidio de un joven, es preferible pecar de cautelosos y hacer que otros participen.

Los **límites de los servicios** que se pueden proporcionar en el contexto de atención primaria deben ser reconocidos por el personal, así como conocer quiénes pueden ofrecer los servicios necesarios, como sucede en el caso de derivación a urgencias hospitalarias. Los jóvenes que se autolesionan gravemente probablemente no puedan ser tratados en atención primaria. El personal debe estar bien informado sobre los procedimientos de derivación.

Los **datos** sobre la salud mental, concretamente sobre la autolesión, deberán ser protegidos y salvaguardados correctamente. De cara a la intervención actual y futura será necesario documentar todo lo posible el caso. Se documentarán todos los contactos, llamadas telefónicas, evaluaciones, consultas, derivaciones e informes a la persona, autoridades y familiares con respecto a la ANS.

Debido a la volatilidad e incertidumbre en estas situaciones, pueden surgir demandas legales y la necesidad de proporcionar **pruebas de que se tomaron las medidas apropiadas**. Aunque la salud y el bienestar de quien se autolesiona es una preocupación primordial, los agentes de ayuda también necesitan protegerse con la correcta documentación de lo sucedido.

Derechos de quienes se autolesionan

Deb Martinson recopiló y publicó la Declaración de derechos de quienes se autolesionan en 1998 (Walsh, 2012). Este decálogo de derechos nació fruto de cientos de experiencias negativas reportadas por quienes se autolesionaban acerca del estigma, la escasa información y el trato de los profesionales que desconocían la ANS.

Lo resumimos en la siguiente tabla y se extienden en el texto traducido por la Sociedad Internacional de Autolesión (2012):

Derechos

1. Derecho a obtener un trato médico humano y comprensivo.
2. Derecho a participar activamente en las decisiones sobre tu tratamiento psiquiátrico de urgencia siempre y cuando la vida de alguien no esté en peligro inmediato.
3. Derecho a la privacidad corporal.
4. Derecho a sentir que tus sentimientos tras las autolesiones son validados.
5. Derecho de dar a conocer lo que se quiera y a quien se quiera revelar.
6. Derecho a elegir qué mecanismos utilizarás para lidiar con tus sentimientos.
7. Derecho a tener personas a cargo de tu cuidado que no permitan que sus sentimientos sobre la autolesión distorsionen la terapia.
8. Derecho a que tus autolesiones sean validadas como un mecanismo para lidiar con tus sentimientos.
9. Derecho a no ser automáticamente considerada como una persona peligrosa simplemente por las lesiones autoinfligidas.
10. Derecho a que tus autolesiones sean consideradas como un intento de comunicar, no de manipular

Tabla 3. Derechos de las personas que presentan ANS. Fuente: elaboración propia.

1. Derecho a obtener un trato médico humano y comprensivo

Tienes derecho a recibir el mismo nivel y calidad de atención que una persona que presenta tus mismas lesiones, pero causadas de forma accidental. Los procedimientos deberían llevarse a cabo de una manera igualmente bondadosa y, en el caso de requerir puntos, tienes el derecho a exigir anestesia local. El tratamiento de las autolesiones y de las lesiones accidentales deberían ser exactamente igual.

2. Derecho a participar activamente en las decisiones sobre tu tratamiento psiquiátrico de urgencia siempre y cuando la vida de alguien no esté en peligro inmediato.

Al presentarte en la urgencia con una autolesión, la necesidad de una evaluación psicológica debería ser considerada. Si no estás evidentemente angustiada ni con pensamientos suicidas, no se te deberían obligar a someterte a una evaluación psicológica.

Los médicos deberían estar capacitados para evaluar el riesgo de suicidio u homicidio y, aunque un seguimiento ambulatorio es aconsejable, hospitalizarte exclusivamente por las autolesiones no es justificable.

3. Derecho a la privacidad corporal

Los exámenes visuales para poder determinar la extensión y frecuencia de las autolesiones deberían llevarse a cabo solo cuando sea absolutamente necesario y, de realizarse, deberían hacerse dignamente. Muchas personas que se autolesionan han sido abusadas; la humillación de desnudarte muy posiblemente aumente la frecuencia y el nivel de tus futuras autolesiones, al igual que incitarte a buscar mejores maneras de esconder tus marcas.

4. Derecho a sentir que tus sentimientos tras las autolesiones son validados

Tienes el derecho a que se te reconozcan y validen los sentimientos angustiantes que te llevaron a autolesionarte. Aunque el personal médico pueda no entender por qué una situación particular es tan agobiante, por lo menos debe entender que sí es angustiante y debe respetar tu derecho a estar afligido.

5. Derecho de dar a conocer lo que se quiera y a quien se quiera revelar

Nadie debería revelar a otros que tus lesiones son autoinfligidas sin tu previo consentimiento. Las únicas excepciones son casos en los que tu tratamiento involucra a un equipo clínico o cuando la información de que las lesiones fueron autoinfligidas es esencial para poder brindarte el cuidado apropiado. Tienes el derecho de saber cuándo y a quién se le revela esta información.

6. Derecho a elegir qué mecanismos utilizarás para lidiar con tus sentimientos

Nadie tiene el derecho a forzarte a elegir entre las autolesiones o la terapia. Los terapeutas no deben obligar a sus clientes a firmar un contrato para no autolesionarse; en su lugar, el terapeuta y tú deberíais trabajar juntos para desarrollar un plan para tratar con tus impulsos y actos autodestructivos. No deberías sentir que tienes que mentir sobre tus autolesiones ni deberían denegarte la terapia por este motivo.

7. Derecho a tener personas a cargo de tu cuidado que no permitan que sus sentimientos sobre la autolesión distorsionen la terapia

Aquellas personas que trabajan con gente que se autolesiona no deben permitir que sus sentimientos de miedo, repulsión, rabia y ansiedad interfieran con la terapia. Esto se aplica tanto a las personas que proporcionan cuidados médicos, como a los terapeutas. Tú ya tienes suficiente carga sobre ti mismo para, además, estar soportando los prejuicios y sesgos de las personas que te brindan cuidados.

8. Derecho a que tus autolesiones sean validadas como un mecanismo para lidiar con tus sentimientos

No deberías sentirte avergonzado, amonestado o castigado por haberte autolesionado. Las autolesiones son un mecanismo para lidiar con sentimientos abrumadores y pueden ser usadas como un último intento para evitar el suicidio. Deberías honrar los efectos positivos de las autolesiones, pero también reconocer que los efectos negativos sobrepasan los positivos y que existen otros métodos para poder tratar con tus sentimientos que no son tan autodestructivos ni interfieren tanto con tu vida.

9. El derecho a no ser automáticamente considerada como una persona peligrosa simplemente por las lesiones autoinfligidas

No deberías tener que someterte a ningún tipo de contención ni aceptar ser encerrado en una sala en la urgencia simplemente porque te autoinfligiste tus lesiones. No deberías ser contenido involuntariamente. Los médicos solo tienen derecho a decidir por ti en caso de presencia de síntomas psicóticos o intentos de suicidio u homicidio.

10. Derecho a que tus autolesiones sean consideradas como un intento de comunicar, no de manipular

La principal razón por la que te autolesionas es porque estás tratando de expresar cosas que no puedes exteriorizar de otra manera. Aunque a muchas personas este tipo de intento de comunicación pueda parecerle manipulador, tratarlo de esta manera solo lo empeora. Tienes el derecho a que se te respete la naturaleza comunicativa de tus lesiones y a que las personas que te rodean asuman que no es un comportamiento manipulador hasta que exista clara evidencia de que así sea.

5.7. Caso clínico

Cicatrices

Arancha es una adolescente de 16 años conocida tanto en atención primaria como en el centro de salud mental porque es una gran «frecuentadora» de todo tipo de servicios sanitarios. En los últimos dos años, además de haberse metido en muchos problemas legales por tráfico de cannabis, se ha autolesionado más de doscientas veces, generalmente con cortes de poca profundidad en los antebrazos. Sin embargo, ha habido ocasiones en las que ha acudido al servicio de urgencias con todo el cuerpo lleno de cortes.

Ella siempre ha negado que se quiera matar. Por eso, lo que te preocupa hoy es que Arancha, por primera vez, ha reconocido que, como las autolesiones ya no le ayudaban a autorregularse, se ha tomado un frasco de pastillas, sin precisar lo que contenían, para acabar con todo.

Como tienes buena relación con la paciente y sabes que en su historia hay antecedentes de suicidio consumado (su madre) y de abuso sexual por su padrastro cuando ella tenía entre cuatro y seis años (fue tutelada por la comunidad y, poco después, su madre se suicidó), decides no explorarla físicamente. Además, su consumo de cannabis ha empeorado e, incluso, ha dejado de salir con sus colegas («solo me meten en más movidas»). Dice que no puede más, y que quiere acabar con todo «para estar con mi madre».

Decides derivarla al servicio de urgencias para ingreso urgente y, como tiene buena relación contigo, lo acepta sin problemas.

5.8. Referencias bibliográficas

Claes, L. y Muehlenkamp, J. J. (2016). *Non-suicidal self-injury in eating disorders*. Springer.

Dobias, M., Chen, S., Fox, K. y Schleider, J. L. (2023). Brief interventions for self-injurious thoughts and behaviors in young people: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(2), pp. 482-568. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00424-9>

Faura-Garcia, J., Calvete, E. y Orue, I. (2021). Autolesión no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles Del Psicólogo*, 42(3), pp. 207-214. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2964>

Fox, K. R., et al. (2020). Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 146(12), pp. 1117-1145. <https://doi.org/10.1037/bul0000305>

GOPBE. (2022). *Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia*. Ministerio de Sanidad; Agencia Gallega para la Gestión del conocimiento en Salud; Unidad de asesoramiento científico-técnico, avalia-t. https://doi.org/10.46995/pr_4

Harris, L. M., Huang, X., Funsch, K. M., Fox, K. R. y Ribeiro, J. D. (2022). Efficacy of interventions for suicide and self-injury in children and adolescents: a meta-analysis. *Scientific Reports*, 12(1), 12313. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-16567-8>

Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J., Lewis, S. P. y Walsh, B. (2011). *Nonsuicidal self-injury* (vol. 22). Hogrefe.

Nixon, M. K. y Heath, N. L. (2008). *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. Taylor & Francis.

Nock, M. K. (Ed.). (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford University Press.

OMS. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. PAHO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>

OMS. (2021). *Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. PAHO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54718>

Sociedad Internacional de Autolesión (14 de septiembre de 2012). *Derechos de quien se autolesiona*. Autolesion.com. Recuperado de: <https://www.autolesion.com/2012/09/14/derechos-de-quien-se-autolesiona/>

Walsh, B. W. (2012). *Treating self-injury: A practical guide*. Guilford Press.

Washburn, J. J. (2019). *Nonsuicidal Self-Injury: Advances in Research and Practice* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/978131516418>

Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia

GOPBE. (2022). *Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia*. Ministerio de Sanidad; Agencia Gallega para la Gestión del conocimiento en Salud; Unidad de asesoramiento científico-técnico, avalia-t. https://doi.org/10.46995/pr_4

Documento de elaboración y descripción de un protocolo basado en la evidencia científica y consenso de expertos para la evaluación y manejo clínico de la autolesión no suicida en adolescentes.

Conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante

Faura-Garcia, J., Calvete, E. y Orue, I. (2021). Autolesión no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles Del Psicólogo*, 42(3), pp. 207-2014. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2964>

El documento identifica y revisa los instrumentos de evaluación disponibles en español, incluyendo los validados en muestras españolas. Se trata de una introducción a la conceptualización y evaluación de la autolesión no suicida en adolescentes de habla hispana.

1. ¿Cuál es el primer paso al abordar a un paciente que se autolesiona?
 - A. Prescribir medicación inmediatamente.
 - B. Asegurar la estabilización física de las lesiones.
 - C. Discutir sobre las consecuencias legales de sus actos.
 - D. Ignorar las autolesiones y centrarse en problemas psicológicos subyacentes.

2. ¿Qué tipo de evaluación es crucial realizar en pacientes que se autolesionan?
 - A. Evaluación de riesgo suicida.
 - B. Prueba de coeficiente intelectual (CI).
 - C. Exámenes de laboratorio para enfermedades infecciosas.
 - D. Ninguna evaluación es necesaria.

3. ¿Qué estrategia NO es recomendable en el manejo inicial de autolesiones en atención primaria?
 - A. Establecer una relación terapéutica de confianza.
 - B. Minimizar la gravedad de las autolesiones.
 - C. Discutir estrategias de afrontamiento alternativas.
 - D. Proporcionar educación sobre el cuidado de heridas.

4. ¿Cuál es un objetivo clave en el tratamiento de pacientes que se autolesionan?
 - A. Eliminar rápidamente cualquier tipo de autolesión.
 - B. Entender y abordar las causas subyacentes de las autolesiones.
 - C. Aislar al paciente de su entorno social.
 - D. Fomentar la dependencia del paciente hacia el profesional de salud.

5. ¿Qué NO se debe hacer al tratar con un paciente que se autolesiona?
- A. Mostrar empatía y apoyo.
 - B. Prometer mantener en secreto sus autolesiones.
 - C. Fomentar la comunicación abierta.
 - D. Involucrar al paciente en la planificación de su tratamiento.
6. ¿Qué se recomienda incluir en el plan de manejo para un paciente que se autolesiona?
- A. Estrategias para mejorar las habilidades de afrontamiento.
 - B. Uso exclusivo de restricciones físicas para prevenir futuras autolesiones.
 - C. Centrarse únicamente en intervenciones farmacológicas.
 - D. Evitar discutir las autolesiones para no incentivar su repetición.
7. ¿Cuándo se debe considerar la derivación a servicios especializados de salud mental para un paciente que se autolesiona?
- A. Como último recurso, cuando todas las otras opciones han fallado.
 - B. Únicamente si el paciente lo solicita.
 - C. Cuando las autolesiones son leves y esporádicas.
 - D. Si hay preocupaciones sobre la salud mental subyacente o el manejo de la autolesión excede las capacidades de la atención primaria.
8. ¿Qué es esencial para el seguimiento a largo plazo de pacientes que se autolesionan?
- A. Evitar revisiones regulares para no aumentar la ansiedad del paciente.
 - B. Monitoreo y revisión regular del plan de manejo.
 - C. Suspender cualquier tipo de terapia psicológica después de las primeras mejoras.
 - D. Incrementar exclusivamente el uso de medicación.

9. ¿Qué se debe evitar al comunicarse con pacientes que se autolesionan?
- A. Uso de un lenguaje no estigmatizante.
 - B. Validar sus sentimientos y experiencias.
 - C. Expresar juicios o críticas sobre sus comportamientos de autolesión.
 - D. Fomentar la expresión de emociones de manera saludable.
10. ¿Qué papel juegan la familia o los cuidadores en el manejo de las autolesiones?
- A. Deben ser excluidos del proceso terapéutico para proteger la privacidad del paciente.
 - B. Son una fuente crucial de apoyo y deben ser incluidos en el proceso educativo y terapéutico cuando sea apropiado.
 - C. Solo deben ser informados sobre el tratamiento sin participar activamente.
 - D. Deben tomar todas las decisiones terapéuticas por el paciente.