



GUÍA DE AUTOLESIONES EN EL ÁMBITO EDUCATIVO



justalegría
15 años sumando

*Autor: Xavier Brandido Sánchez
Psicólogo General Sanitario*



Ayuntamiento
de Málaga



ÍNDICE

1.- CONCEPTO Y DEFINICIÓN

- ANS Y CONDUCTA SUICIDA
- FUNCIONES DE LA AUTOLESIÓN
- CÓMO FUNCIONA LA AUTOLESIÓN

2.- FACTORES DE RIESGO Y TRASTORNOS ASOCIADOS

3.- SEÑALES DE LA AUTOLESIÓN

4.- EFECTO CONTAGIO

- QUÉ HACER CUANDO YA SE HA CONTAGIADO

5.- MANEJO INDIVIDUALIZADO

- GESTIÓN DE CRISIS

6.- INFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN A PADRES

7.- MANEJO EN EL AULA



1.- CONCEPTO Y DEFINICIÓN

Llamamos “autolesiones” a lo que técnicamente se conoce como “autolesiones no suicidas” (ANS; NSSI, por sus siglas en inglés), siendo éste un detalle diferencial importante en su conceptualización. A pesar de que no se dispone de una definición consensuada de esta conducta, el primer acercamiento para definir este problema como entidad propia y no como un mero síntoma de otros trastornos mentales fue en 1991 de la mano de Winchel y Stanley (1), describiéndolo como “el cometido deliberado de hacerse daño corporal, sin la ayuda de otra persona, en forma lo suficientemente severa como para causar daño a los tejidos y originar cicatrices o marcas”.

A raíz de esa definición, Favazza (2) pretende simplificar y destacar la intencionalidad no suicida: “conducta deliberada destinada a producir daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte”. Actualmente y para el tema que nos ocupa creemos necesario comprender el concepto de una manera más integral para entender las autolesiones.

De este modo, la autolesión se podría definir como “la acción lesiva intencional que una persona lleva a cabo en sí misma, produciendo con ello un daño corporal de baja letalidad, de una naturaleza socialmente inaceptable; se trata de una acción deliberada y comúnmente repetitiva, la cual puede implementarse de forma crónica como una forma de reducir el estrés o malestar emocional. Dicha autolesión no es una conducta suicida, su fin último no es terminar con la vida, se trata de un mecanismo de enfrentamiento autodestructivo”

ANS y CONDUCTA SUICIDA

Si bien la literatura hace una clara distinción entre las autolesiones sin intención suicida y los intentos de suicidio, existen evidencias científicas que sugieren una fuerte conexión entre ambas y atribuyen valor predictivo a la presencia de autolesiones al respecto de la conducta suicida (4),(5),(6),(7),(8),(9). Se ha observado que si las conductas autolesivas continúan dándose a lo largo de los años el riesgo de suicidio también aumenta (10),(11). Por dicho motivo, es muy importante que la persona que se autolesiona encuentre ayuda profesional idónea.

Como ya se ha puesto de manifiesto en la conceptualización de las autolesiones, la diferencia principal entre estas dos conductas resulta de la intencionalidad o no de muerte.

Aunque es un hecho que la persona con conducta suicida, en realidad, no quiere morir

sino acabar con su sufrimiento, sí que se plantea la muerte como la forma para dejar de sufrir, mientras que la persona que se autolesiona no se plantea ese fin.

Otro factor diferenciador se centra en la letalidad de la conducta siendo mucho más reducida en las autolesiones, que suelen presentarse en forma de cortes, arañazos, quemaduras, punciones, pellizcos, mordiscos o golpes, arrancamiento de pelo, tragarse cosas, interferir en la curación de las heridas, entre otras (12). A pesar de la baja letalidad de las conductas autolesivas, siempre existe un riesgo extremo derivado de no medir adecuadamente las consecuencias; que la autolesión se le vaya de las manos. Además, se evidencia un incremento del riesgo suicida en relación a la gravedad de las autolesiones: cuanto más graves son las autolesiones, mayor es el riesgo de conducta suicida.

FUNCIONES DE LA AUTOLESIÓN

Resulta extraño justificar que las autolesiones tengan alguna utilidad, pero las personas que recurren a ellas la suelen usar como herramienta de regulación emocional. Aun así, la funcionalidad de las autolesiones no es un tema tan sencillo y en la intimidad de la consulta surgen las diversas motivaciones de fondo por las que los chicos y chicas adolescentes llevan a cabo estas conductas.

No hay una única causa que explique porque se autolesionan (13). Podríamos mencionar algunas como:

- Aliviar un estado emocional: intercambiar un sufrimiento emocional por uno físico que son más capaces de tolerar, generalmente, por no disponer de recursos de afrontamiento adecuados.
- Autocastigo: considerarse merecedores de castigo o como forma de gestionar la culpa.
- Buscar sensación de control: sentir que son ellos quienes controlan el dolor y el sufrimiento.
- Suplir el vacío existencial: autolesionarse les hace sentirse vivos.
- Llamada de atención: comunicar a otras personas que se siente mal o para recibir apoyo y comprensión por parte del entorno.
- Buscar sensaciones de placer: buscar sensaciones límite que les generen emociones intensas y excitantes.
- Juego exploratorio
- Imitación del grupo social.

CÓMO FUNCIONA LA AUTOLESION

Cuando un chico o chica adolescente sin recursos de afrontamiento adecuados se enfrenta a una situación de distrés con un marcado componente emocional doloroso, de sufrimiento o malestar, y no se ve capaz de gestionar estas emociones puede plantearse la autolesión como posible solución a ese malestar.

Toda emoción procede de un pensamiento, y el aumento de intensidad de dichas emociones implica una actividad cognitiva importante que a veces no son capaces de detener. Los pensamientos se suceden constantemente y pueden sentirse desbordados emocionalmente. La autolesión en ese momento, por ejemplo, hacerse cortes en el brazo, activa todas las alarmas naturales del cuerpo que concentra los recursos atencionales en la agresión que está sufriendo el propio cuerpo y lo prioriza sobre cualquier pensamiento, provocando la detención inmediata de esa actividad cognitiva desmesurada de la que la persona no sabía salir. Es decir, una alarma inmediata y captada por los sentidos, como un corte en la piel, requerirá dirigir toda la atención hacia la agresión reduciendo los recursos dedicados a darle vueltas a otras preocupaciones más banales para la supervivencia del individuo. En base a esta teoría, la tranquilidad percibida no vendría de la agresión al propio cuerpo sino de haber conseguido detener los pensamientos que generaban la intensidad de la emoción.

En línea con el modelo unifactorial, esta es una de las explicaciones más productivas a la hora de interpretar las autolesiones y poder proponer diferentes estrategias que activen por igual los recursos naturales de priorización atencional de los que dispone el ser humano.



Es posible que inicialmente dicha conducta autolesiva proporcione una falsa sensación de alivio inmediato, aunque temporal. Tras ese escaso momento en el que toda la atención está puesta en la tarea presente en vez de en el sufrimiento, las emociones que motivaron la autolesión reaparecerán agravadas ahora por la vergüenza, el arrepentimiento o la culpa. Este es un punto clave, ya que de la gestión que se haga de ello dependerá la mayor o menor cronicidad de la conducta.

Por otro lado, el modelo tetrafactorial (14) valoraría que la conducta autolesiva cumple otras funciones, aparte de la autorregulación de emociones negativas. Conductualmente se explica mediante los procesos de refuerzo, pudiéndose establecer 4 modelos de reforzamiento en función de los objetivos de la autolesión.

- Cuando la autolesión se usa para reducir la tensión u otros estados emocionales negativos, hablaríamos de Reforzamiento automático negativo.
- Cuando el o la adolescente se autolesiona para sentir algo, aunque sea dolor, hablaríamos de Reforzamiento automático positivo.
- Cuando la autolesión se usa como escape para evitar el castigo de los otros o tareas no placenteras, hablaríamos de Reforzamiento social negativo.
- Y cuando la autolesión se utiliza para conseguir la atención de los demás, se considera un Reforzamiento social positivo.

En cualquiera de los casos, una reacción adecuada ante las autolesiones será la forma indicada para evitar reforzar dicha conducta.

2.- FACTORES DE RIESGO Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Conocer los factores de riesgo asociados a la conducta autolesiva establece los puntos de partida de cualquier acción preventiva orientada a la disminución de tales comportamientos, pero la enorme diversidad de aspectos relacionados, así como la falta de consenso en la delimitación conceptual de las autolesiones dificulta la tarea. En base a la revisión teórica de los principales hallazgos e investigaciones sobre la conducta autolesiva en adolescentes (15), señalaríamos la interacción de diferentes variables sociodemográficas, caracteriales, psicopatológicas y psicosociales para definir los principales factores de riesgo.

Las variables sociodemográficas dibujan un perfil de riesgo en torno a ser mujer de entre 14 y 16 años anticipando cortes en muñecas y antebrazos.

Las variables caracteriales, que adquieren gran relevancia como potenciales factores de vulnerabilidad y mantenimiento de la conducta autolesiva, centran la atención en la baja autoestima por encima de otras como el estilo cognitivo negativo, una alta disregulación emocional o la impulsividad, que también suelen asociarse a casos de autolesiones.

Por su parte, el estudio de las variables psicopatológicas indica una sintomatología depresiva más acentuada y persistente en adolescentes que se autolesionan, así como la existencia de ideación suicida o psicopatología de la alimentación (principalmente bulimia).

Por último, al respecto de las variables psicosociales, el factor precipitante de mayor correlación con las autolesiones es el abuso sexual destacando también, en la

interacción entre iguales, factores como el acoso escolar (bullying) o el modelado, es decir, la imitación de la conducta autolesiva.

Otros factores presentes en la clínica pero que no cuentan con las suficientes evidencias empíricas serían la conflictividad familiar, la orientación sexual diversa o una imagen corporal distorsionada.

TRASTORNOS ASOCIADOS

La conducta autolesiva no suicida es un problema que afecta a la población adolescente en general, si bien es cierto que la prevalencia aumenta significativamente entre quienes ya presentan un trastorno psiquiátrico. De esta forma, las autolesiones pueden ser comunes en trastornos mentales como:

- Trastorno límite de la personalidad (TLP).
- Trastorno histriónico de la personalidad.
- Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
- Trastorno dismórfico corporal.
- Trastornos delirantes o psicóticos.
- Discapacidad intelectual.
- Trastorno del espectro autista (TEA).
- Trastorno depresivo.
- Trastornos de ansiedad.



3.- SEÑALES DE LA AUTOLESIÓN

Al igual que ocurre con el suicidio, las señales vistas retrospectivamente siempre son más evidentes. Quizás las señales que resulten más preventivas nos orienten a prestar atención a los cambios bruscos del estado psicológico del chico o chica adolescente, al aislamiento progresivo o al material consumido en internet, pero es importante indicar el riesgo de caer en la fiscalización constante. Siempre hay que tener en cuenta que todos estos comportamientos definen a su vez el propio periodo evolutivo de la adolescencia.

En las autolesiones la propia conducta deja huellas evidentes, por lo que la principal actitud de sospecha girará en torno a la ocultación tanto de las marcas en el propio cuerpo, la ropa u otras superficies, como de las herramientas utilizadas para llevarlas a cabo.

Especial atención merecerán:

- **Heridas no justificadas.** Pueden ser cortes, hematomas, mordeduras, arañazos, etc., que no deriven de accidentes coherentes con las lesiones. Las zonas más lesionadas suelen ser la cara interior de los antebrazos y la parte anterior de los muslos.
- **Eludir desnudarse delante de personas.** El ocultar las lesiones a los demás implica constantes excusas para ducharse en último lugar o no hacerlo en presencia de otras personas, evitar la visita a médicos, piscinas, hacer deporte, o cualquier situación en la que deba desprenderse de la ropa o dejar al descubierto determinadas partes del cuerpo.
- **Vestir ropa inadecuada para la estación del año.** El uso de ropa que no es adecuada para la temporada o la temperatura como, por ejemplo, el uso de sudaderas en épocas de calor, suele ser la imagen más habitual de ocultación.
- **Manchas de sangre en la ropa.** Las lesiones cortantes, punzantes, etc., suelen abrirse a causa del roce con las distintas prendas usadas dejando manchas en su ropa, las toallas o la ropa de cama.
- **Material para curarse las heridas** (gasas, algodón, tiritas, etc.). Bien sea escondido entre las pertenencias, usado o desechado en la basura o papelera.
- **Objetos cortantes, punzantes o afilados ocultos o desechados con restos de sangre.** Pueden ser cuchillas de afeitar, tijeras, cuchillos o incluso la cuchilla de un sacapuntas o lápices excesivamente afilados, entre otros.

4.- EFECTO CONTAGIO

Abordamos un tema complejo con esto del efecto contagio de las autolesiones. Gran parte de las investigaciones vienen a corroborar la existencia de dicho efecto (16), algo que muchos docentes y profesionales de la orientación educativa han comprobado de primera mano en sus aulas, por lo que podríamos afirmar que ante la aparición de una conducta autolesiva en clase se aumenta el riesgo de los compañeros y compañeras de imitar dicha conducta. Pero no parece adecuado quedarnos con una visión simplista, ya que la propia experiencia en otras instituciones no encuentra una correlación tan clara como la que acontece en los centros educativos y, sobre todo, en torno a la adolescencia. Es por esto que se considera necesario poder alejarnos de planteamientos generalistas para trabajar de una manera más concreta y orientada a las necesidades que se expresan en esta guía, es decir, la particularidad del efecto contagio de las conductas autolesivas entre adolescentes en el ámbito educativo.

No nos sorprendemos si destacamos la adolescencia como la época de construcción de identidad de la persona, en la que la validación de tal identidad no corre a cargo de las personas adultas, sino del grupo de iguales. Tampoco nos sorprendemos si definimos esta etapa como un momento de grandes cambios físicos, psíquicos y, por supuesto, emocionales; como tampoco nos resulta desacertado aceptar la experimentación o la realización de conductas de riesgo como un *modus operandi* bastante generalizado entre chicos y chicas adolescentes debido a la falta de desarrollo e inmadurez de la corteza prefrontal. Con esto no se pretende justificar ni acotar las autolesiones a esta etapa evolutiva, pero sí señalar la idoneidad del entorno para que se desarrolle el efecto contagio.

Tampoco ayudan las series de televisión, películas, retos virales o foros que consumen los y las adolescentes y que los expone a una realidad particularmente sesgada sin la posibilidad de plantearse otras interpretaciones más adaptativas.

Cualquier material puede convertirse en educativo si se plantea en torno a él la posibilidad de explicación y fomento de actitud crítica.



Son muchos los factores diferenciales y aspectos a tener en cuenta como para cuestionar la mera existencia de un efecto contagio de la conducta autolesiva, pero sí para hacerlo con ciertas recomendaciones que fomentan el silencio en torno a una conducta cada vez más extendida en nuestra sociedad. El no hablar de ello no hará que desaparezca, sino que seguirá envolviendo a las autolesiones en un velo de curiosidad y estigma cuando lo que deberíamos hacer sería advertir de su presencia y educar en recursos protectores.

En cualquier caso, la presencia de una conducta autolesiva en el aula nos pone en la tesitura de implementar medidas preventivas orientadas a la contención de la conducta, con especial seguimiento de los compañeros y compañeras que conforman el grupo cercano del adolescente que se autolesiona, y de otros que, aunque más alejados, compartan un perfil parecido o muestren los factores de riesgo vistos anteriormente.

QUÉ HACER CUANDO YA SE HA CONTAGIADO

Si ya ha habido contagio, será necesario identificar los “focos”, es decir, la posible relación existente entre los y las adolescentes que se autolesionan.

Es probable que la mayoría correspondan al grupo de cercanía y los menos sean adolescentes que aun siendo de amistad más lejana encajen en el perfil de riesgo antes comentado. En los grupos de cercanía es donde se suele ver el número más alto de abandonos espontáneos de la conducta autolesiva, ya que los motivos para iniciar dicha conducta están más ligados a temas exploratorios, identificación con el grupo, solidaridad entre amigos y amigas, etc. La mayoría de ellos se darán cuenta de que las autolesiones duelen, pican o son molestas; llegaran a la conclusión de que esa identidad no va con ellos; o, incluso, considerarán que la solidaridad con el grupo tiene un límite. Esto no significa que se deba banalizar lo sucedido, sino tener en cuenta todos los aspectos para abordar cada caso por separado.

Cuando el contagio llega a iguales que no son del grupo de cercanía se presentan dos problemas principalmente: por un lado, la motivación de autolesión suele estar más ligada a aspectos intrínsecos con mayor potencial mantenedor de la conducta en el tiempo, sobre todo, si es un caso individual o se trata del “paciente cero” de un grupo; y, por el otro, las conductas autolesivas de exploración, identificación grupal, etc., que hemos comentado anteriormente, pueden entrar en competición entre grupos, haciendo que el abandono espontaneo de la conducta se dilate aún más en el tiempo e incluso vaya en escalada.

5.- MANEJO INDIVIDUALIZADO

Una vez que detectamos la existencia de conductas autolesivas en el centro debemos dejar de lado cualquier pensamiento enjuiciador y ponernos en la piel del chico o chica adolescente que se autolesiona. Lo que ahora como personas adultas podemos ver con perspectiva, puede que siendo adolescentes no fuese tan evidente. El profesorado y los orientadores y orientadoras son la referencia adulta en el centro educativo y deberían saber actuar sin miedo y tener en cuenta que en ningún momento sustituyen a los padres y madres: su rol es distinto. Ese primer instinto de querer regañar, pedir explicaciones o mostrar desacuerdo con la conducta autolesiva es justo lo que se debe contener, no solo en la primera reacción sino también cuando se informe a la familia. En líneas generales las recomendaciones a seguir serían:

- No enjuiciar, ni recriminar. Eso no refleja entendimiento por una situación que debe ser complicada o confusa para el chico o chica adolescente.
- Ser empático. Necesidad de ver más allá de la autolesión como acción, sino como expresión de un sufrimiento. Puede que la acción sea recriminable como tal pero nunca lo sería la expresión emocional, que es en lo que nos debemos centrar.

- Entender nuestra responsabilidad y nuestro papel. Somos profesores/as u orientadores/as, no sus padres o madres, lo que nos da ventaja para no mezclar sentimientos de incredulidad, decepción, culpa, etc. Estamos en una posición más cómoda para poder acercarnos al adolescente con honestidad y centrarnos en él o ella sin sentirnos involucrados o, al menos, sin sentirnos tan vinculados emocionalmente como sus progenitores.
- Proporcionarle un espacio donde ser escuchado sin valoraciones, un espacio de puro acompañamiento. No pretenderemos resolverle los problemas o catalogarlos, simplemente hacerle ver que entendemos lo mucho que debe estar sufriendo para autolesionarse y lo complicadas que debe ver las cosas en ese momento.

Por supuesto, estamos en la obligación de informar a sus padres, madres o tutor/a legal. Esto se puede pactar con el adolescente de la manera más adecuada, bien dejando que sea el mismo quien se lo comunique (comprobando posteriormente que es así); haciendo de mediador con él o ella presente; o, incluso, por nuestra cuenta si el alumno no quiere.

GESTIÓN DE CRISIS



Puede que nos encontremos en una situación más comprometida en la que el chico o chica adolescente presente tal desbordamiento emocional que quiera autolesionarse en ese momento. Este será un buen momento de demostrarle no solo que podemos ser un apoyo, sino también para ir rompiendo el condicionamiento sobre la conducta autolesiva y hacerle ver que puede rebajar la ansiedad o la angustia por otros métodos.

Lo primero sería llevarlo a un lugar privado y alejado de compañeros o iguales y pedirle que nos agarre ambas manos fuertemente, como cuando dos colegas se saludan. Esto hará que se vea imposibilitado a autolesionarse, a la vez que lo haremos sentirse acompañado, que no está solo. Le indicaremos que puede apretar cuando lo necesite y nosotros responderemos en la misma medida. Tras mantener la presión conjunta durante un cierto tiempo, nosotros iremos rebajando la tensión y comprobaremos si él o ella también lo hace. Si no rebajara la tensión del apretón de manos, volveremos a corresponder su intensidad intentándolo de nuevo más tarde.

De esta manera, buscamos que copie nuestro patrón de tensión-distensión que se convertirá en un ejercicio de relajación muscular progresiva. Es posible que el chico o chica no sea capaz de aflojar el apretón de manos y mantenga la tensión; en ese caso,

podemos hacer algún gesto o queja verbal velada que indique que ya nos está haciendo daño y que nos va costando mantener la tensión tanto tiempo.

Si conseguimos que rebaje la intensidad del apretón sabremos que hemos conectado con él o ella. Durante este proceso podemos permanecer en silencio buscando simplemente una conexión física, pero una vez responde a nuestras señales de rebaja de tensión conviene ir traduciendo en palabras los pensamientos o emociones que pueden estar en juego. Todos hemos pasado por momentos de tensión y hemos comprobado que, tras un rato de desahogo, la intensidad disminuye si no continuamos alimentándola con nuevos pensamientos negativos. A través de nuestras palabras intentaremos guiar su atención hacia las señales de relajación y lo alejaremos de cualquier pensamiento desagradable, que al fin y al cabo es lo que consigue con la autolesión.

Otras estrategias que se pueden recomendar tienen relación con la teoría de funcionamiento de las autolesiones presentada anteriormente. En este caso, necesitaríamos llamar la atención de los recursos naturales de alarma, pero de una forma que no sea perjudicial para el ser humano. Se consigue el mismo efecto de la autolesión echando agua helada por la nuca, acariciando el antebrazo con un hielo o estirando y soltando una gomilla de pelo puesta en la muñeca a modo de pulsera. Del mismo modo, y más orientado a casos donde el ritual de la autolesión cobra importancia, se podrían dibujar líneas en el antebrazo con rotulador rojo como si fueran los propios cortes, o pegarse pequeñas pegatinas (gomets) en la piel para luego quitárselas.

6.- INFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN A PADRES Y MADRES

Descubrir conductas autolesivas en el aula es una situación complicada para el personal del centro. Más allá de la propia preocupación por la persona que se autolesiona y por las dudas sobre nuestra preparación para abordarlas, nos encontramos en la obligación de avisar e informar debidamente a sus progenitores; un compromiso difícil y en el que resulta imprescindible saber actuar.

Un primer paso es preguntar al chico o chica adolescente si su padre y madre tienen conocimiento de ello y, en cualquier caso, contactar con ellos, no solo para corroborarlo sino para ofrecer también nuestra colaboración en lo que necesiten por parte del centro. Al fin y al cabo, es como su segunda casa.

Son muchas las posibles situaciones que se nos pueden presentar: padres y madres poco implicados, agresivos, ausentes, con tendencia al drama, así como adolescentes que suplican porque sus progenitores no se enteren, pero en cualquier caso la responsabilidad de atención final recae sobre la familia, y la del personal del centro será informarles, no sin un trabajo de mediación que puede cambiar las cosas.

Partir de una preparación básica en autolesiones para saber diferenciar el acto en sí de la expresión emocional de angustia es indispensable para poder transmitir a los familiares ciertas recomendaciones y hacerles ver la forma más productiva y funcional de abordar la situación. En realidad, no vienen a ser muy diferentes de las que hemos necesitado para abordarlo nosotros en el centro, solo que ellos sí se verán muy afectados por la mezcla de sentimientos que les supondrá saber que es su propio/a hijo/a quien se autolesiona. En este estado, algunos padres y madres pueden mostrar su enfado contra el centro, el profesorado, los profesionales, su hijo o hija o contra el mundo, pero en realidad solo muestran un enfado hacia sí mismos/as por lo que está pasando, por no haberse dado cuenta antes, por querer aliviarle el sufrimiento a su hijo o hija inmediatamente y no poder. Desgraciadamente para ellos, las autolesiones no es cosa de un día, ni siquiera de encontrar un porqué sino de un aprendizaje continuo que posiblemente siente las bases de un futuro más prometedor.

Una preparación previa a encontrarse cara a cara con el chico o chica puede ser de gran utilidad para mantener la calma. Es natural que inicialmente los padres y madres se sientan confusos, tristes, decepcionados, impotentes o culpables, pero esos sentimientos no se deben volcar sobre su hijo o hija; no se trata ahora de expresar nuestros sentimientos, sino centrarnos en los suyos y mostrarle nuestro apoyo en un momento que entendemos debe ser de mucho sufrimiento para él. No es momento de juicios, reproches ni castigos; es momento de comprensión, de entendimiento, y no a una conducta tan irracional como las autolesiones, sino a la falta de recursos para gestionar emociones intensas.

Tras este primer impacto es necesario que algo cambie en la dinámica familiar y, en principio, no sería más que hacer evidente un espacio de diálogo en casa. Esto no significa que no lo hubiera en casa anteriormente o se hicieran las cosas mal, sino que puede que el o la adolescente no lo validara como tal. Empiezan a desaparecer las distinciones entre cosas de adultos y cosas de niños. La expresión de emociones también se aprende, y la mejor manera es mediante el diálogo sincero en un ambiente de confianza.

Crear este espacio no sustituye la búsqueda de ayuda de un profesional de la psicología, no solo para una valoración más acertada y profunda del chico o chica adolescente, sino como guía y ayuda para implantar y gestionar dicho espacio en casa.

Entre todos esos cambios que se deben acumular también está la relación casa-centro educativo. Mantener una comunicación fluida entre los dos espacios donde nuestros adolescentes pasan la mayor parte de su vida resulta imprescindible para influir de manera adecuada sobre ellos. No se entienda esto como una fiscalización de responsabilidades o una rendición de cuentas constante, se trata de mostrarse accesibles y comprensivos los unos con los otros. Al final todos queremos lo mismo, la mejor preparación integral para nuestros adolescentes.

Un último aspecto a destacar sería el estar al tanto de sus amistades. No se trata de conocerlos para prohibirles la relación con unos u otros, sino para conocer más a nuestro hijo/a, dar pie a que nos hable de ellos libremente, a que podamos participar en la proposición de distintas interpretaciones sobre asuntos que nos comente o contar con la confianza o colaboración de los amigos para ser informado de situaciones de riesgo en las que nuestro hijo pueda estar involucrado, entre otras muchas ventajas.



7.- MANEJO EN EL AULA

Plantear un abordaje grupal en el aula es un tema que pone nervioso a más de uno/a, debido al temido efecto contagio o la posible depuración de responsabilidades de muchos padres y madres con el personal del centro por hablar de determinados temas tabú en vez de dedicarse a los contenidos académicos reglados. Es por eso que tener clara la concepción del tipo de abordaje que se pretende en el aula es fundamental. Se debe tener en cuenta que el aula no es un lugar de terapia ni los educadores son los profesionales sobre los que debe recaer la responsabilidad de intervención. La intervención debe correr a cargo de los profesionales de la salud preparados para ello (psiquiatras, profesionales de la psicología clínica o sanitaria, etc.) y en el ámbito académico la finalidad debe ser preventiva o, en el peor de los casos, de contención.

La verdad es que todo el trabajo de acompañamiento y orientación a los y las jóvenes por parte de una figura de autoridad adulta mínimamente formada, siempre es más provechoso que dejar en manos de los propios adolescentes la búsqueda y distribución de información en autolesiones.

Diversos estudios sobre la petición de ayuda de la población adolescente ante episodios de autolesiones señalan que los amigos son la principal fuente de apoyo en el 40 % de los casos frente al 11 % que recurre a familiares (17). A pesar de estos datos se sigue tratando el tema de las autolesiones de manera estigmatizadora cuando todo parece indicar que lo cabal sería dotar de una buena psicoeducación en ANS y gestión emocional a todos esos adolescentes. Este otro tema también se destaca en los estudios sistemáticos al respecto de la búsqueda de ayuda en autolesiones adolescentes que indican que entre un tercio y la mitad de los adolescentes no buscan ningún tipo de ayuda, señalando como principales barreras; el miedo a las reacciones negativas de los demás (incluida la estigmatización), el miedo a que se viole la confidencialidad, y el miedo a ser visto como una “simple búsqueda de atención” (18). Estos datos deberían ser suficientes para convencernos de la necesidad que existe entre nuestros adolescentes, de que las autolesiones no son un tema que desaparezca por mirar a otro lado o esconder las marcas, y que por mucho que nos pese ya es una realidad de nuestra sociedad.



El abordaje no tiene por qué ser explícito en autolesiones, pero sí podría tratar temas de interés para quienes se autolesionan. Se trataría de dotar al aula de un espacio de reflexión y discusión acerca de las dificultades que experimentan en su día a día, fomentando la retroalimentación de unos con otros en relación de los recursos protectores más adecuados. Fortune, Sinclair y Hawton (17) mencionan 11 temáticas distintas cuando proponen el trabajo con adolescentes que se autolesionan. De las once, las 5 primeras no hacen referencia explícita a las autolesiones:

1. Habla y escucha, que expone la necesidad de los chicos y chicas adolescentes de tener alguien con quien discutir e introduce la validación de espacios de comunicación en casa o en el instituto.
 2. La familia, exponiendo los roles que se desempeñan en ella, el tipo de familia, la comunicación existente o los abusos que se dan.
 3. Actividades recreativas, proponiendo accesibilidad a las mismas, motivación y finalidad.
 4. Las amistades, como forma de establecer expectativas adecuadas en la interacción entre pares, así como evidenciar las influencias o déficits.
 5. La escuela, como centro de responsabilidades y obligaciones del alumnado, así como entorno básico donde gestionar situaciones difíciles como la presión de los exámenes, el aislamiento, la conexión con profesorado o el bullying.
- Otra forma de abordaje sería a través de dinámicas de grupo orientadas a la gestión y expresión emocional, aspecto que poco a poco se va sugiriendo fundamental para su inclusión en las planificaciones docentes.

El trabajo en interpretaciones es de los más productivos en el largo plazo para cualquier persona, y mucho más para los chicos y chicas adolescentes. La rigidez a la hora de interpretar situaciones imposibilita muchas veces la búsqueda de alternativas adaptativas, además de dar la impresión errónea de que solo existe una única forma correcta de ver las cosas. De esta manera plantear situaciones embarazosas y pedir que cada uno escriba cómo actuaría para ponerlo luego en común; hablar de situaciones vividas por todos como los atentados terroristas, o incluso un castigo a la clase entera o un suspenso general, sobre el que puedan describir cada uno cómo lo vivió; o visionar fotos o fragmentos de películas que reflejen situaciones ambiguas y que cada uno aporte su interpretación, son dinámicas que fomentan la flexibilidad cognitiva y proporciona a los más aislados y encerrados en sí mismos una retroalimentación de sus iguales a la que habitualmente no pueden acceder.

Por último, y buscando poder ser más explícitos con el tema de las autolesiones, se podrían introducir debates sobre series de moda o retos virales que incluyan la temática autolesiva. De esta manera se facilita la reinterpretación mediada por una persona adulta de situaciones, pudiendo hacer hincapié en alternativas o detalles que los adolescentes pasan por alto o no dan la importancia que tienen. Al participar de manera crítica y desafiante en dichas representaciones y otras conductas nocivas, los y las jóvenes construyen el repertorio de habilidades que necesitan para navegar con éxito en los medios de comunicación actuales. Gracias a la reflexión, estas representaciones de autolesión pueden incrementar la concienciación del público, disminuir el estigma, y aumentar potencialmente la probabilidad de que alguien que está luchando contra la autolesión, comunique su comportamiento e incluso busque tratamiento¹⁶. Como se puede ver, el manejo en el aula tiene orientación preventiva y formativa.



BIBLIOGRAFÍA

1. Winchel, R. M., y Stanley, M. Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *APA*.1991;148,306-317.
2. Favazza, A. R. Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. 2a ed. Baltimore: The John Hopkins University Press; 1996.
3. Walsh, B. W. Treating self-injury: A practical guide. 2a ed. New York: The Guilford Press; 2012
4. Koenig, J., Brunner, R., Fischer-Waldschmidt, G., Parzer, P., Plener, P.L., Park, J., Wasserman, C., Carli, V., Hoven, C.W., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Resh, F. y Kaess, M. Prospective risk for suicidal thoughts and behaviour in adolescents with onset, maintenance or cessation of direct self-injurious behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26:345-354. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-016-0896-4>.
5. Castellví, P., Lucas, E., Miranda, A., Parés, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M.J., Cebriá, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J.A., Roca, M., Rodríguez, J., Rodríguez, T., Soto, V. y Alonso, J. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behaviour in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *J. Affect. Disord*. 2017;215:37-48. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.035>.
6. Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J. y Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of selfharm in England, 2000-2012. *J. Affect. Disord*. 2015;175: 147-151. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>.
7. Reichl, C., Kaess, M. Early detection of risk-taking, self-harming and suicidal behaviour. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. 2a ed. Oxford: Oxford University Press; 2021.
8. Ougrin, D., Banarsee, R., Dunn-Toroosian, V., & Majeed, A. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;54(2):97- 107.
9. Bode D.V. y Roberts, T.A. Self-injurious behavior in an adolescent. *AFP*. 2011;83(5):609-611.
10. Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M.A., Montes, C., Igor, M. y Silva, H. Autolesiones no suicidas en la práctica clínica. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat*. 2013;51(1):38-4.
11. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. Cambridge University Press; 2002;181(3):193-9.
12. Muehlenkamp, J. J., y Gutiérrez, P. M. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2004;34(1):12-23.
13. Klonsky, E. D. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(2):226-239.
14. Nock, M. K., & Prinstein, M. J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *JCCP*. 2004;72(5):885.
15. Frías, A., Vázquez, M., Del Real, A., Sánchez, C. y Giné, E. Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuad. Med. Psicossom. Psiquiatr. Enlace*. 2012;103:33-48.
16. Faura, J. (2011). Autolesión: Guía de medidas anticontagio y contra las desventajas de Internet. ASeFo. 2011. Disponible en: https://www.autolesion.com/wp-content/uploads/2011/05/Autolesion-Guia_de_medidas_anticontagio_y_contra_las_desventajas_de_Internet.pdf
17. Fortune, S., Sinclair, J. y Hawton, K. Adolescents' views on preventing selfharm. A large community study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 2008;43:96-104.
18. Rowe, S. L., French, R. S., Henderson, C., Ougrin, D., Slade, M., y Moran, P. Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48(12):1083-1095.

Ilustraciones: Marta e Irene Fuentes Aguinaleo

Agradecimientos: Esperanza Samaniego García



C/Bolivia 63 1º of 1º
29017 Málaga
00 34 951286181
info@justalegría.org

Razones para vivir es un proyecto de Justalegría



justalegría

15 años sumando



Ayuntamiento
de Málaga



PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE CONDUCTAS AUTOLESIVAS

EN EL ALUMNADO

CONTEXTO EDUCATIVO

AUTOLESIONES (NO SUICIDAS)

Lesiones que se autoinfligen intencionalmente en la superficie corporal y que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (por ejemplo, cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso...), con la intención de que la lesión solo produzca un daño físico leve o moderado. No existe pues intención suicida, sino que el objetivo es aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo, resolver una dificultad interpersonal o inducir un estado de emocional positivos.

SI HAY INDICIOS DE AUTOLESIONES

a) Identificación y comunicación de señales de alerta verbales o físicas.

Cualquier miembro de la comunidad educativa que tenga conocimiento de algún alumno o alumna que presente autolesiones, tiene la obligación de comunicarlo de forma inmediata a la dirección del centro o, en su ausencia, a un miembro del equipo directivo, dando traslado posteriormente de los detalles del indicio o señal de alerta al tutor/a y al responsable de orientación del centro.

b) Traslado de la información a las familias o responsables legales del alumnado.

Cuando existan señales de autolesiones el equipo directivo junto con el/la tutor/a y el responsable de orientación del centro se reunirán, a la mayor brevedad, con la familia o responsables legales del menor.

En dicha reunión, con la debida cautela y mediante entrevista, se pondrá el caso en conocimiento de las familias o responsables legales del alumnado implicado, aportando información sobre la situación e instando a la derivación del alumno/a al Servicio de Salud, en menores de 14 años al pediatra y el resto al médico de cabecera. La realización de esta reunión deberá registrarse por escrito.

En aquellos casos en los que, a causa de la actitud del padre, la madre o el entorno familiar hacia los indicios de autolesiones se detecte alguno de los indicadores de maltrato recogidos en la hoja de detección y notificación del Sistema de Información sobre el Maltrato Infantil de Andalucía (SIMIA)

c) Medidas y actuaciones

- Seguimiento de la situación.
- Recogida de información con la colaboración del Equipo Docente.
- Colaboración otras instituciones, ONGs
- Medidas grupales:
 - Charlas/talleres
 - Dinámicas de grupo
 - Inteligencia emocional
 - Ayuda entre iguales

RESUMEN

1. COMUNICACIÓN

1.1. Comunicación Al **Equipo Directivo**, Tutor/a y Orientación Educativa

1.2. **Comunicación a las familias** o responsables legales

- o Acta familia

2. DERIVACIÓN AL SERVICIO DE SALUD

Documento de derivación y traspaso de información (Anexo derivación)

3. RECOGIDA INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO PERIÓDICO