

Autolesión no suicida

*Factores predisponentes/mantenedores y su relación con la
conducta suicida*

Ariel Nieto Martínez

Contenido

Introducción	3
Metodología	3
Entidad diagnóstica	3
Prevalencia	4
Fenomenología y curso	5
Modelo teórico integrado de Nock (2010)	6
Factores de riesgo.....	6
Bases biológicas	7
Hallazgos neuroquímicos	7
<i>Sistema opioide</i>	7
<i>Sistema dopaminérgico</i>	8
<i>Sistema serotoninérgico</i>	8
Hallazgos psicofisiológicos.....	9
Hallazgos neuroanatómicos.....	9
ANS y suicidio: ¿Puntos de un mismo continuum?	10
Discusión.....	11
Referencias bibliográficas	13
Apéndice A.....	13
Apéndice B.....	15
Apéndice C.....	17

Introducción

En esta revisión me centraré en el fenómeno de la autolesión no suicida (ANS) que se da en personas sin trastornos del desarrollo ni psicosis. El interés científico, clínico y social sobre este tema ha ido en aumento (por ejemplo, en *Pubmed*, en 2012 se publicaron 29 artículos relacionados con el término “NSSI” (*Non-Suicidal Self Injury*), mientras que en el 2015 fueron 171) pues resulta vital entender por qué las personas empiezan a autolesionarse, dado el aumento de la frecuencia de esta conducta en los últimos años. En primer lugar, por el malestar que supone tanto para quien lo sufre directamente como para su entorno. En segundo lugar, para entender los precipitantes y mantenedores de dicha conducta, y así configurar planes de prevención efectivos. Por último, por la proximidad que tiene con otras conductas autodestructivas que pueden agravar la situación.

Metodología

La metodología que utilicé fue buscar artículos científicos de 3 bases de datos: *Pubmed*, *Web of Science*, y *Google Scholar*. Además, en cuanto a filtros, en *Pubmed* restringí la búsqueda a los 10 últimos años, en humanos, y especialmente al principio de la búsqueda, que fuesen artículos de revisión de libre acceso. En *Google Scholar* y *Web of Science*, incluí también como filtro que fuesen de los más citados o “*hot papers*”. Respecto a las palabras clave que utilicé, primero empleé las que me indicaba *MeSH* (“*Self Injurious Behavior*”, “*Self-Injurious Behaviors*” o “*Deliberate Self Harm*”). A medida que fui entrando en materia, utilicé otros términos clave que se indicaban en las *Keywords* de otros artículos, y en función de mi interés de búsqueda: “*Non-suicidal self injury*”, “*NSSI*”, “*NSSI AND emotion regulation*”, “*NSSI AND Suicidal behavior*”, “*NSSI AND Neurobiology*”... Por último también revisé el factor de impacto y cuartil de las revistas (por ejemplo, de los artículos anglosajones, sólo 3 de 11 revistas pertenecían al cuartil 3, el resto estaban situados en el primero o segundo).

Entidad diagnóstica

La ANS se refiere a la destrucción directa y deliberada del tejido corporal propio en ausencia de una intención letal (Nock, 2010) y generalmente lo hacen personas con elevado neuroticismo, reactividad emocional, dificultad en regular emociones, y labilidad afectiva (Bresin y Gordon, 2013). Las primeras referencias acerca de estos comportamientos se tienen en las historias bíblicas donde un hombre poseído por un demonio estaba “llorando y cortándose con piedras” y por tanto fue curado por Jesús mediante exorcismo. También ha ido apareciendo en el mundo literario y artístico. Aunque últimamente se cree que este comportamiento se ha hecho muy popular, Graff y Mallin en 1967 decían que era un problema psiquiátrico principal puesto que “han llegado a ser los nuevos pacientes crónicos en hospitales mentales, sustituyendo a los esquizofrénicos” (Klonsky, 2007). Los esfuerzos para caracterizar el problema

comenzaron en 1970, y alrededor de 1980 algunos especulaban si la autolesión constituiría una entidad diagnóstica propia.

A propósito con esto último, Pattison y Kahan trataron de incluir en el DSM-III el síndrome de autolesiones deliberadas, dentro de la categoría de los trastornos del control de los impulsos (Grandclerc, S., De Labrouche, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J. y Moro, R., 2016). Sin embargo, la única mención explícita de ANS en el DSM-IV está como criterio del Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Hay que hacer notar que este comportamiento puede coocurrir con otras patologías de personalidad, además de trastornos de alimentación, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, ansiedad, trastornos de conducta... o incluso sin trastorno psiquiátrico identificado. Por eso se ha propuesto que ANS sea considerado un trastorno distinto en la sección 3 del DSM 5 (Bresin y Gordon, 2013). Sin embargo, este nuevo supuesto diagnóstico tiene ventajas e inconvenientes. Se separaría del comportamiento suicida lo que haría que algunos pacientes no tuviesen un tratamiento tan restrictivo, se conseguiría evitar la visión de las autolesiones como propia del TLP, y mejoraría la comunicación interprofesional facilitando tratamientos específicos para ANS y para la futura investigación en esta área. Pero por otro lado, se discute que este diagnóstico es prematuro ya que ANS no es un fenómeno estable, y las personas que intentan o completan suicidio parecen representar puntos a lo largo de un continuum (Odellius y Ramklint, 2014). De la misma forma, McKay y Andover (2012) han revisado cierta evidencia que indica que ANS podría conceptualizarse como un trastorno relacionado con el espectro obsesivo-compulsivo. Para más información puede consultarse el Apéndice A, aunque los autores concluyen que las categorías compulsividad-impulsividad en ANS son teóricas y no se han evidenciado de forma directa por la investigación empírica. Esto apoyaría que ANS constituyese un diagnóstico independiente.

Prevalencia

Se ha podido evidenciar el aumento de esta conducta de forma transcultural, pues en el estudio de Brunner, Kaess, Parzer, Fischer, Carli, Hoven y col. (2014), comparando 11 países, obtuvieron un 29,9% para chicas y un 24,6% para chicos, mientras que para Madge y colaboradores en 2008 (citado en Brunner y col., 2013) obtuvieron un 13,5% para chicas y un 4,3% para chicos en toda la muestra europea.

Se estima que la conducta ocurre alguna vez entre el 13-45% de adolescentes, mientras que en adultos un 4%. Esta tasa es más alta en muestras clínicas, 40-60% de adolescentes y 19-25% de adultos. Por tanto, el comportamiento ocurre a una tasa alarmantemente alta (Nock, 2010). A pesar de ello, en muestras comunitarias, se evidencia una disminución considerable del porcentaje si ANS se hace de forma repetitiva (7,83%) (Brunner y col., 2014), o si se atienden a los criterios del DSM 5 con adolescentes (6,7%) (Zetterqvist, Lundh, Dahlström, y Svedin, 2013).

Por otro lado, en cuanto a género, hay investigaciones que demuestran que hay más prevalencia en mujeres, y otras que no hay diferencias de sexo. De forma interesante, se ha visto que esto sólo ocurre en la adolescencia porque en muestras de adultos jóvenes y más mayores no hay diferencias de sexo. También se ha evidenciado que cuando la autolesión es repetitiva no hay diferencias de sexo (Brunner y col., 2013). Una investigación puso de manifiesto que las chicas adolescentes reportan empezar a una edad más temprana que los chicos, lo que explicaría las diferencias de prevalencia encontradas (Andover, y Gibb, 2010; citado en Hamza, Stewart, y Willoughby, 2012). Por último, consistentemente los investigadores han encontrado que las chicas es más probable que empiecen a cortarse, mientras que los chicos es más probable que empiecen a golpearse y quemarse (Brunner y col., 2013; Hamza y col., 2012).

Fenomenología y curso

En la revisión de Nock (2010), explica que el método más común de autolesión es cortarse con un instrumento afilado en brazos, piernas y estómago. Algunas personas informan utilizar también otros métodos como arañarse, o rasparse la piel hasta sangrar, quemarse la piel, o insertarse objetos, necesitando en ocasiones intervenciones quirúrgicas. Otras veces se pegan, muerden, se rascan las heridas, o se estiran del pelo. La presencia de pensamientos negativos y sentimientos como enfado y odio en respuesta a un evento estresante justo antes de empezar a autolesionarse ha sido informado consistentemente y apoya la creencia que es un medio, en la mayoría de los casos, para calmarse o buscar ayuda. De forma interesante, en el estudio de Nock y colaboradores en 2009 muestran que adolescentes que tienen pensamientos de autolesión, simultáneamente también los tienen para usar drogas, alcohol, darse atracones o purgarse, un 15%-35% del tiempo, sugiriendo que estos comportamientos podrían representar diferentes formas de comportamiento que sirven a la misma función (Nock, 2010).

Respecto al curso, dado que ANS se relaciona con otros problemas de comportamiento, podría estar marcado por esta heterogeneidad, con subgrupos de adolescentes mostrando cualitativamente diferentes patrones longitudinales de ANS (diferentes formas en el curso). Hay poca investigación longitudinal hecha en este campo, pero me basaré en el estudio de Barrocas, Giletta, Hankin, Prinstein y Abela (2015). Mediante una muestra de 617 alumnos de edades comprendidas entre los 15 y los 17 años, les hicieron un seguimiento durante dos años y hallaron un decrecimiento en general en la media de ANS pasado el tiempo. Sin embargo, también observaron trayectorias latentes de los jóvenes que se autolesionaban. Diferenciaron tres grupos, los adolescentes que no lo hacían (69,2%), los que lo hacían una o dos veces y disminuían con el tiempo (26,1%), y los que lo hacían de forma crónica (4,7%). Identificaron también factores de riesgo intrapersonales, y el más significativo era un diagnóstico de depresión pues hacía que ANS persistiese más en el tiempo. Aún así, para la población general de los

adolescentes, ANS sería un fenómeno transitorio que decrece entre la adolescencia media y tardía.

Modelo teórico integrado de Nock (2010)

A continuación abordaré el concepto de autolesión con el modelo integrador de Nock (2010), pues ha sido apoyado por un amplio rango de estudios de comportamiento, de autoinforme y fisiológicos, en diversas muestras y contextos (véase el esquema en Apéndice B). La autolesión se puede mantener por cuatro posibles refuerzos: según si es positivo o negativo y los eventos consecuentes intrapersonales o interpersonales. Un refuerzo negativo intrapersonal es cuando el comportamiento es seguido por un decrecimiento inmediato o cese de pensamientos o sentimientos aversivos, mientras que el refuerzo intrapersonal positivo es cuando el comportamiento es seguido por la ocurrencia o incremento en los pensamientos o sentimientos deseados (por ejemplo autoestimulación, satisfacción por haberse “castigado” uno mismo). A nivel interpersonal, la autolesión se puede reforzar de forma positiva cuando el comportamiento es seguido por la ocurrencia o incremento de un evento social deseado (por ejemplo atención, apoyo). Finalmente también se puede reforzar de forma interpersonal y negativa cuando el comportamiento es seguido por un decrecimiento o cese de algún evento social (por ejemplo los compañeros dejan de acosarle, los padres dejan de discutir). Para entender cómo y por qué algunas personas utilizan como medio la autolesión específicamente, el modelo teórico propuesto sugiere que algunas personas poseen factores de vulnerabilidad intrapersonales y/o interpersonales. En el Apéndice B se explican algunas hipótesis con más detalle.

Factores de riesgo

Klonsky (2007) revisó 18 estudios empíricos y demostró que las funciones que más frecuentemente reportaban era la de regulación de afecto, auto castigo y anti disociación. Brunner y col. (2013) investigaron los factores de riesgo que podían predecir la autolesión, y los tres primeros que identificaron fueron los siguientes (ordenados por tamaño de efecto): conducta parasuicida, síntomas ansiosos y depresivos, y consumo de drogas ilegales. Por tanto, se puede observar en los factores de riesgo que la autolesión es un indicador fuertemente asociado a problemas psicológicos que requieren atención profesional.

Con respecto a los rasgos de personalidad, las dimensiones más estudiadas han sido la disregulación emocional (en concreto los déficits en la reactividad y la autorregulación emocional) y la impulsividad (Ibáñez, Costa, Peña, del Castillo, y Servén, 2012). En cuanto a impulsividad, aunque hay muchos estudios comunitarios que indican que los que hacen ANS presentan mayor impulsividad que aquellos que no lo hacen, esta tendencia no ha sido confirmada en todas las investigaciones. De hecho, Schreiner, Klimes-Dougan, Begnel y Cullen (2015) postulan que el término impulsividad como tal

no es suficiente para explicar ANS, sino que se tiene que entender en términos de sentimientos de urgencia que llevan a decisiones precipitadas, falta de perseverancia, falta de premeditación, y búsqueda de sensaciones. Otras variables que se han estudiado han sido la baja autoestima, un estilo cognitivo negativo y un apego evitativo (Ibáñez, y col., 2012; Kirchner, Ferrer, Forns, y Zanini, 2011; Schreiner y col., 2015).

Por último, Ibáñez y col. (2012) también revisaron los factores de riesgo psicosociales. Resulta muy prevalente la presencia de conflictos interpersonales, ya sea en la familia o la escuela (*bullying*). También puede ser un factor predisponente el modelado o imitación, pues hay mucho consenso en el hecho de que los adolescentes que se autolesionan conocen a otras personas que también lo hacen. Además, los abusos sexuales, en aquellos adolescentes con ánimo depresivo, pueden constituir el agente desencadenante.

Bases biológicas

La investigación en neurociencia afectiva y social sugiere que hay una superposición en las regiones cerebrales que procesan dolor físico y emoción. Además, las experiencias de dolor físico y emocional son ambas reguladas por regiones cerebrales similares (por ejemplo córtex prefrontal derecho). No es sorprendente entonces que las respuestas neuroendocrinas al dolor físico sean similares al dolor emocional. Dada la superposición de los sistemas involucrados en la regulación del afecto y del dolor, parece razonable asumir que la regulación de un tipo de sensación (por ejemplo dolor), podría llevar a la regulación de otro tipo de sensación (por ejemplo, afecto). Así, si un individuo empieza a autolesionarse durante un período de alto afecto negativo, la respuesta para regular la experiencia de dolor inducido para ANS podría también regular el afecto negativo (Bresin y Gordon, 2013).

Hallazgos neuroquímicos

Sistema opioide: Los opioides endógenos están involucrados en el refuerzo y la regulación del dolor y el afecto. Generalmente se ha constatado el decrecimiento de la sensibilidad del dolor entre aquellos que se autolesionan (Bunderla y Kumperscak, 2015), y se ha especulado que puede ser debido a la hipótesis opioidea o de analgesia al dolor (Nock, 2010), que consistía en la presencia de niveles elevados de opioides endógenos que hacía que aumentara la tolerancia al dolor. Sin embargo, hay evidencia que lo contradice pues hay tratamientos que han hecho disminuir ANS aumentando los niveles de opioides endógenos, y además se ha encontrado niveles disminuidos de ciertas endorfinas en el líquido cefalorraquídeo de aquellos que se autolesionan (Bresin y Gordon, 2013). Así, en la revisión de Bresin y Gordon (2013) proponen el modelo de homeostasis, en que experiencias adversas en la infancia y cierta predisposición genética lleva a anomalías en el sistema biológico. Concretamente, los que hacen ANS tienen niveles más bajos de base de β -endorfinas y encefalinas, lo que hace aumentar el refuerzo en la actividad de sus receptores, haciendo ANS más placentero. A

la vez, parece probable que la liberación de estos opioides en estas personas podría llevar a un menor afecto negativo, y/o un incremento del positivo (para la función de regulación afectiva). Sin embargo, según Bunderla y Kumperscak (2015), para el resto de funciones como la de anti-disociación, la evidencia es más contradictoria. La limitación de esta teoría es el hecho que ningún estudio longitudinal ha demostrado la relación temporal de bajos niveles de opioides endógenos en reposo y ANS. Por tanto, los bajos niveles de opioides endógenos podrían haber estado antes de ANS o producidos por ANS, aunque también reconocen que la frecuencia de ANS no tuvo más efecto en la percepción del dolor.

Sistema dopaminérgico: Osuch, Ford, Wrath, Bartha y Neufeld (2014) encontraron en pacientes psiquiátricos jóvenes controlados por sexo, edad, medicación, síntomas y diagnósticos (un grupo con ANS y otro sin) que había mayor activación en las áreas cerebrales asociadas a la actividad dopaminérgica en aquellos que se autolesionaban y se autoadministraban un estímulo frío. La correlación entre el nivel de dependencia de oxígeno en sangre (BOLD) y el “alivio” fue mayor en los pacientes con ANS en áreas asociadas con el tálamo, el estriado dorsal (relacionado con el aprendizaje por hábito y con el craving) y el precuneus (relacionado con la autopercepción y la neurobiología de la adicción). A propósito, se han constatado ciertas similitudes de ANS con las adicciones, pues en el estudio de Nixon y colaboradores (2002; citado en Bunderla y Kumperscak, 2015) el 73,8% de adolescentes hospitalizados (excluidos los que tenían comportamientos parasuicidas, desórdenes psiquiátricos graves, o desórdenes del desarrollo) aumentaron de frecuencia y/o intensidad de ANS para conseguir el mismo efecto. Esto podría ser un signo de tolerancia, aunque el mecanismo aún se desconoce. Por otro lado, se continúan autolesionando a pesar de reconocer que es peligroso (95,2%), los impulsos son molestos pero no suficientes para parar (81%), causa problemas sociales (73,8%), y el comportamiento es una pérdida de tiempo (64,3%). Sin embargo, Victor y colaboradores (2012; citado en Bunderla y Kumperscak, 2015) hicieron un estudio basado en el craving, y encontraron que para el uso de sustancias los sentimientos positivos o negativos podían estar presentes antes del abuso, mientras que con ANS mayoritariamente predominan los negativos. También encontraron que el craving era más fuerte para el abuso de sustancias que para la ANS. Si extrapolamos ANS crónica con el uso de sustancias crónico, podría ser lógico un desequilibrio en la actividad dopaminérgica en el circuito de refuerzo.

Sistema serotoninérgico: La serotonina se ha implicado en el suicidio y las conductas relacionadas. Se ha visto que, en adultos con ANS y sin medicación, tienen menos uniones de 5-HT₂ en la corteza frontal, y también se ha encontrado menos serotonina en el líquido cefalorraquídeo. Aún así, también se ha evidenciado que el gen transportador de serotonina (5HTTLPR) está asociado con síntomas de la personalidad límite pero no con ANS, y los medicamentos serotoninérgicos tienen un éxito limitado con este tipo de personas (Cullen, Westlund, LaRiviere, y Klimes-Dougan, 2013).

Hallazgos psicofisiológicos

Los sistemas fisiológicos implicados en la regulación emocional muestran que, en cuanto a frecuencia cardíaca y reflejo defensivo de sobresalto, no diferencian a los adolescentes con y sin ANS. Por otro lado, en cuanto a la respuesta electrodérmica, los adolescentes con ANS tienen una respuesta atenuada en condiciones de reposo pero elevada en condiciones de frustración. Respecto al eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, en un estudio los adolescentes con ANS mostraron una respuesta atenuada de cortisol frente a un reto social, aunque informaron de una respuesta emocional comparable a la de adolescentes sin ANS. Sin embargo, también se ha hallado que el número de incidentes autolesivos estaba asociado positivamente con el volumen de la hipófisis pituitaria, indicando cierta hiperreactividad. Por tanto, existe un patrón de respuesta disminuido para acomodarse al estrés crónico, a modo de adaptación alostática, incrementando así el riesgo de padecer enfermedades en esta población (Cullen y col., 2013; Schreiner, y col., 2015).

Hallazgos neuroanatómicos

En el estudio de neuroimagen de Plener y col. (2012; citado en Cullen y col., 2013) las adolescentes con ANS tenían mayor actividad límbica y en la corteza orbitofrontal inferior y frontal media cuando veían imágenes emotivas que los controles. Osuch y col. (2014) observaron, mediante resonancia magnética funcional, mayor activación que los controles en el mesencéfalo y protuberancia derecha, giro parahipocámpico, giro frontal inferior, amígdala, y córtex frontal orbital cuando se autoadministraban un estímulo frío. Además, demostraron una reducida conectividad funcional entre el córtex orbitofrontal derecho y el córtex cingulado anterior, indicando posibles déficits en la regulación de las emociones.

Respecto a la fisiología del procesamiento del dolor, la primera dimensión del dolor corresponde a la simple percepción somatosensorial, causada por la estimulación de fibras nerviosas periféricas. Los estudios de neuroimagen vinculan el córtex somatosensorial secundario y la ínsula posterior a los aspectos del dolor relativos a la discriminación sensorial y a los aspectos perceptuales. Por otro lado, el componente afectivo-motivacional del dolor está asociado con el sentimiento de ser desagradable en diferentes grados. Los estudios de neuroimagen lo relacionan con la ínsula anterior y el córtex cingulado anterior. De forma interesante, Bonenberger, Plener, Groschwitz, Grön, y Abler (2015) se centran en la ínsula bilateral, dividiéndola en la parte más anterior, media y posterior por sus correlatos funcionales diferentes. Estudiaban la respuesta neural de diferentes niveles de estimulación eléctrica desagradable en un grupo de 14 participantes con ANS y un grupo de 16 controles. Observaron que ambos grupos no diferían en la respuesta neural de la parte posterior de la ínsula ni en el córtex somatosensorial primario o secundario. En cambio, hubo una reducción significativa de la modulación de la intensidad de la activación neural de sujetos con ANS en la parte

bilateral anterior de la ínsula con respecto a controles. Así, la alteración en la percepción del dolor no se daría a un nivel bajo de procesamiento.

ANS y suicidio: ¿Puntos de un mismo continuum?

Otro tema trascendental a la hora de abordar la ANS es su proximidad con el comportamiento suicida. Es decir, aunque ambos comportamientos se diferencian en cuanto a intención, frecuencia, y letalidad, la investigación ha demostrado que estos comportamientos pueden coocurrir tanto en muestras clínicas como en comunitarias. De hecho, Hamza y col. (2012) encontraron en los 31 estudios que revisaron que ANS era un predictor robusto de pensamientos y comportamientos suicidas, tanto en estudios transversales como longitudinales. Además, aquellas personas que empezaban con ANS era más probable que informasen de niveles más altos de ideación suicida y de haber hecho un intento de suicidio comparado con aquellos que no habían empezado con ANS, controlando estadísticamente la edad de los participantes, género, etnia, y nivel socioeconómico, además de síntomas depresivos, desesperanza, funcionamiento familiar, síntomas de TLP, estrés postraumático, e historia de abuso infantil. Atendiendo al método de autolesionarse, Hamza y col. (2012) comentan que las personas con formas más moderadas (tirarse del pelo, morderse) tienen el doble de probabilidades de intentar suicidarse que una persona que no se autolesiona, y a la vez, una que lo hace con formas más severas (cortarse, quemarse) tiene diez veces más probabilidades que una que no se autolesiona. La relación se ha visto tanto en adolescentes como en adultos, y es independiente al método de evaluación de ANS utilizado.

En coherencia con lo anterior, Maciejewski, Creemers, Lynskey, Madden, Heath, Staham y col. (2014) investigaron el mecanismo biológico y ambiental subyacente para saber qué relación había entre estas conductas. La metodología que utilizaron fue mediante un estudio de gemelos ya que permite conocer el punto en que las influencias genéticas y ambientales son compartidas. Se llevó a cabo entre 1996 y 2009 con 10.678 gemelos monozigóticos y dizigóticos, y se halló que ANS y la ideación suicida era moderadamente heredable. Ambos comportamientos estaban altamente correlacionados ($r=0,49$ para hombres y $r=0,61$ para mujeres), y se manifestaron por influencia genética en un 76% de hombres y en un 62% de mujeres. El resto consistió en influencias residuales (influencias ambientales no compartidas y medidas de error), mientras que las influencias ambientales compartidas (familia) no fueron muy relevantes. Por tanto, concluyen, la relación entre ANS e ideación suicida está parcialmente influida por los mismos mecanismos biológicos. Esto es consistente con el estudio de Kirchner, y col. (2011) pues encontraron que los adolescentes que tienen ideación suicida, tienen 12 veces más probabilidades de autolesionarse.

Sin embargo, no queda claro por qué algunos individuos y no otros que hacen ANS pasan a conductas suicidas. Por ello, se han postulado diferentes teorías como la de la puerta de entrada, la de la tercera variable o la de la capacidad adquirida para el suicidio

de Joiner. Aún así, me centraré en el modelo integrado propuesto por Hamza y col. (2012), pues reúne conceptos de las anteriores teorías y es consistente con la evidencia que hay entre ANS y suicidio. Proponen una relación directa de ANS a comportamiento suicida, como si ambos comportamientos estuviesen a lo largo de un continuum de comportamientos autodestructivos, de modo que ANS podría ser una forma de entrada a otras conductas autodestructivas más severas (consistente con la Teoría de la puerta de entrada). Además el vínculo entre ANS y comportamiento suicida puede ser moderado por el nivel de distrés intrapersonal (depresión, desesperanza, autoevaluaciones negativas...). También este modelo incluye relaciones desde una tercera variable (por ejemplo algún trastorno) hacia ANS y el comportamiento suicida, contribuyendo así a la alta coocurrencia de estas conductas, aunque niegan que controlar los predictores de ANS anule el vínculo entre esta conducta y el comportamiento suicida. Por último, consistente con la teoría de Joiner, están de acuerdo que para acabar con la propia vida, un individuo debe superar el miedo y dolor asociados con el comportamiento suicida (capacidad adquirida para el suicidio), y que el acto de ANS es una forma en que los individuos podrían incrementar esta capacidad. Por tanto, en su modelo incluyen la capacidad adquirida para el suicidio como mediador parcial de ANS hacia el comportamiento suicida. Predicen que el vínculo entre ANS con la capacidad adquirida para el suicidio está mediado por la severidad de ANS, mientras que el vínculo entre la capacidad adquirida para el suicidio y el comportamiento suicida será moderado por el deseo suicida (por ejemplo sensación de ser una carga). Puede verse el esquema de este modelo en Apéndice C.

Discusión

En resumen, la ANS es un fenómeno cada vez más prevalente y coocurre con diversos trastornos, por tanto es un signo meritorio de atención psicológica. Además, se ha explicado la proximidad de la ANS con la conducta suicida, pues incluso hay evidencia que indica que los mecanismos biológicos subyacentes de la coocurrencia de ideación suicida y ANS son los mismos. Así, resulta sobrecogedor reconocer que actualmente no hay intervenciones basadas en la evidencia para tratar ANS (Mollà, Vila, Treen, López, Sanz, Martín y col., 2015; Nock, 2010). Según la revisión de Mollà y col. (2015) sólo hay dos terapias que han alcanzado el estatus de probablemente eficaces, la terapia conductual-dialéctica de Linehan y la terapia basada en mentalización. Por tanto, en mi opinión y en coherencia con los argumentos que dan Mollà y col. (2015), se tendrían que unificar criterios para su investigación puesto que ayudaría a obtener resultados consistentes para la implantación de programas de prevención y tratamiento efectivos. Creo que, aunque la mayoría de los adolescentes que se autolesionan siguen un curso transitorio y que desaparece en la adultez, los criterios propuestos en el DSM 5 indican cierto nivel de continuidad con la conducta (lo tienen que hacer en el último año durante al menos 5 días, causándole aflicción de forma clínicamente significativa o provocándole un deterioro funcional en distintas áreas de su vida). Además, se ha

reportado como, utilizando los criterios del DSM 5, la prevalencia en adolescentes fue de 6,7% (Zetterqvist, y col., 2013), acercándose mucho al porcentaje que dieron Barrocas y col. (2015) respecto a aquellos que seguían un curso crónico (4,7%). Esto puede ser importante porque, aunque la ANS es un fenómeno transdiagnóstico, aquellos que reportan hacerlo de forma repetitiva (a partir de una media de 5 a 10 episodios según la revisión hecha por Grandclerc, S., y col. en 2016) muestran alteraciones especialmente en el sistema opioide y dopamínico, fenomenológicamente recuerda una adicción, y tienen más probabilidades de suicidarse (relación directamente proporcional entre comportamientos suicidas y frecuencia de ANS hasta los 50 episodios (Hamza y col. (2012)), por tanto la detección de estos casos es fundamental.

Aún así, proponer este diagnóstico podría significar alejarnos de la visión de ANS dentro del espectro de comportamientos autodestructivos que incluyen el suicidio. En relación con esto, Orlando, C., Broman-Fulks, J., Whitlock, J., Curtin, L., y Michael, K. (2015) que mediante tres procedimientos matemáticos taxométricos independientes demostraron indicar la estructura latente de los comportamientos autodestructivos como naturaleza continua, proponen tener en cuenta esta dimensionalidad en la evaluación de modo que se incorpore como especificadores de severidad (“leve”, “moderado”, o “severo”) según si tiene también historia de intentos de suicidio o daño físico grave (es decir, no como criterio de exclusión). Esto es coherente con los estudios con comparaciones intergrupales ya que los que hacen ANS y también tienen otras conductas autodestructivas (con intención suicida) tienen un riesgo más alto de tener síntomas psiquiátricos o mayor vulnerabilidad psicológica que aquellos con sólo comportamientos autodestructivos o sólo ANS (suelen estar más diagnosticados de episodios depresivos mayores o estrés postraumático, presentando más auto-odio, anhedonia, impulsividad e ideación suicida, además de mayor disfunción familiar). El grupo con sólo ANS es el que tiene menos disfunciones psicosociales, comparado con los que presentan únicamente comportamientos autodestructivos o bien de forma conjunta con ANS (Grandclerc, S., y col., 2016; Hamza, y col., 2012).

Por tanto, con esta revisión he pretendido dar una visión integradora de todos los factores que pueden rodear a la ANS, desde los neurotransmisores que pueden predisponer y/o mantener esta conducta hasta los conflictos interpersonales o el modelado social. Esto enfatiza la importancia de investigar las posibles medidas a tomar para evitar la hipótesis de contagio o de aprendizaje social en colegios, en las redes sociales, en las películas... por ejemplo, evitando dar una imagen de glamurización o romanticismo de la conducta, sin mostrar el aislamiento social que supone ni los efectos duraderos de la conducta. Por otro lado, creo que también es importante abordar los aspectos biológicos afectados por la conducta en sí. Es decir, hay mucha evidencia que indica que el sistema opioideo está alterado, y que la naloxona podría ser un buen tratamiento. Aunque también puede servir la práctica de ejercicio físico y la acupuntura puesto que libera β -endorfinas (Bresin y Gordon, 2013).

Referencias bibliográficas

- Barrocas, A., Giletta, M., Hankin, B., Prinstein, M., y Abela, J. (2015). Nonsuicidal Self-Injury in Adolescence: Longitudinal Course, Trajectories, and Intrapersonal Predictors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 369-380.
- Bonenberger, M., Plener, P., Groschwitz, R., Grön, G., y Ablner, B. (2015). Differential neural processing of unpleasant haptic sensations in somatic and affective partitions of the insula in non-suicidal self-injury (ANS). *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 234, 298-304.
- Bresin, K., y Gordon, K. H. (2013). Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: A mechanism of affect regulation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 374-383.
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. y col. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55 (4), 337-348.
- Bunderla, T., y Kumperščak, H. (2015). Altered pain perception in self-injurious behavior and the association of psychological elements with pain perception measures: a systematic review. *Psychiatra Danubina*, 27 (4), 346-354.
- Cullen, K., Westlund, M., LaRivière, L., y Klimes-Dougan, B. (2013). Un Adolescente con Autolesión No Suicida: Un Caso y Análisis sobre la Investigación Neurobiológica en Torno a la Regulación de las Emociones. *The American Journal of Psychiatry – Edición Mexicana*, 2 (3), 828-831.
- Hamza, C., Stewart, S., y Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482-495.
- Grandclerc, S., De Labrouche, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J. y Moro, R. (2016). Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: a systematic review. *PLoS one*, 11 (4): e0153760. doi:10.1371/journal.pone.0153760
- Ibáñez, A., Costa, M., Peña, A., del Castillo, C., y Servén, E. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 103, 33-48.
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., y Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (4), 226-235.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Maciejewski, D., Creemers, H., Lynskey, M., Madden, P., Heath, A., Statham, D., y col. (2014). Overlapping genetic and environmental influences in non-suicidal self-injury and suicidal ideation. Different outcomes, same etiology?. *JAMA Psychiatry*, 71 (6), 699-705.
- McKay, D., y Andover, M. (2012). Should Non-Suicidal Self-Injury Be A Putative Obsessive-Compulsive Related Condition? A Critical Appraisal. *Behavior Modification*, 36 (1), 3-17.
- Mollà, L., Vila, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L., y col. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 20, 51-61.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
- Odelius, C., y Ramlint, M. (2014). Clinical utility of proposed non-suicidal self-injury diagnosis—A pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68 (1), 66-71.
- Orlando, C., Broman-Fulks, J., Whitlock, J., Curtin, L., y Michael, K. (2015). Non suicidal self injury and suicidal self injury: a taxometric investigation. *Behavior therapy*, 46, 824-833.
- Osuch, E., Forda, K., Wratha, A., Barthab, R., y Neufelda, R. (2014). Functional MRI of pain application in youth who engaged in repetitive non-suicidal self-injury vs. psychiatric controls. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 223, 104-112.
- Schreiner, M., Klimes-Dougan, B., Begnel, E., y Cullen, K. (2015). Conceptualizing the neurobiology of non-suicidal self-injury from the perspective of the Research Domain Criteria Project. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 57, 381-391.
- Zetterqvist, M., Lundh, L., Dahlström, O., y Svedin, C. (2013). Prevalence and Function of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in a Community Sample of Adolescents, Using Suggested DSM-5 Criteria for a Potential NSSI Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 759-773.
- Nieto, A. (2017). *Autolesión no suicida. Factores predisponentes/mantenedores y su relación con la conducta suicida*. Documento Interno de ASeFo, España.

Apéndice A

Tabla 1

Comparativa de evidencias que sugieren o difieren respecto a la proximidad de ANS con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (McKay y Andover, 2012)

A favor de TOC	En contra de TOC
Los síntomas obsesivo-compulsivos suelen ser informados entre aquellos que hacen ANS	Las compulsiones neutralizan las obsesiones en el trastorno obsesivo compulsivo, mientras que la principal función de ANS es regular emociones
Relación directamente proporcional entre impulsividad y severidad al pellizcarse la piel y los síntomas obsesivo-compulsivos	La mayoría de la investigación que se centra en la asociación entre trastorno obsesivo compulsivo y ANS ha investigado específicamente el método de pellizcarse la piel
Métodos suaves (pellizcarse, morderse las uñas severamente) se relaciona más con los síntomas obsesivo-compulsivos que los métodos moderados (cortarse, quemarse) considerados más impulsivos	Aunque el trastorno obsesivo compulsivo es comúnmente encontrado entre individuos que empiezan a autolesionarse pellizcándose la piel, ANS raramente ocurre en el contexto del trastorno obsesivo compulsivo
	Mientras que el comienzo del TOC es más común entre hombres y una vez llegada la adultez llega a ser igual entre géneros, autolesionarse pellizcándose la piel podría ser más común entre mujeres
	Aunque ambas conductas respondan a fármacos tipo inhibidores de la recaptación de serotonina, la respuesta en los que se autolesionan suele ocurrir a una dosis más baja y rápida que la respuesta en el TOC, sugiriendo que mientras que los mecanismos biológicos implicados podrían ser similares, no son idénticos.
	Hay diferencias en las características clínicas (por ejemplo, individuos con TOC informaron gastar significativamente más tiempo en pensamientos y comportamientos relacionados con el TOC que los que se autolesionaban).
	En cuanto a la heredabilidad, se ha encontrado que individuos que se pellizcan la piel son más probables que tengan un pariente de primer grado que también lo haga, o bien se muerda las uñas compulsivamente etc., que los que tenían TOC, y además no se encontró ningún pariente con este tipo de conductas entre los que tenían TOC

Apéndice B

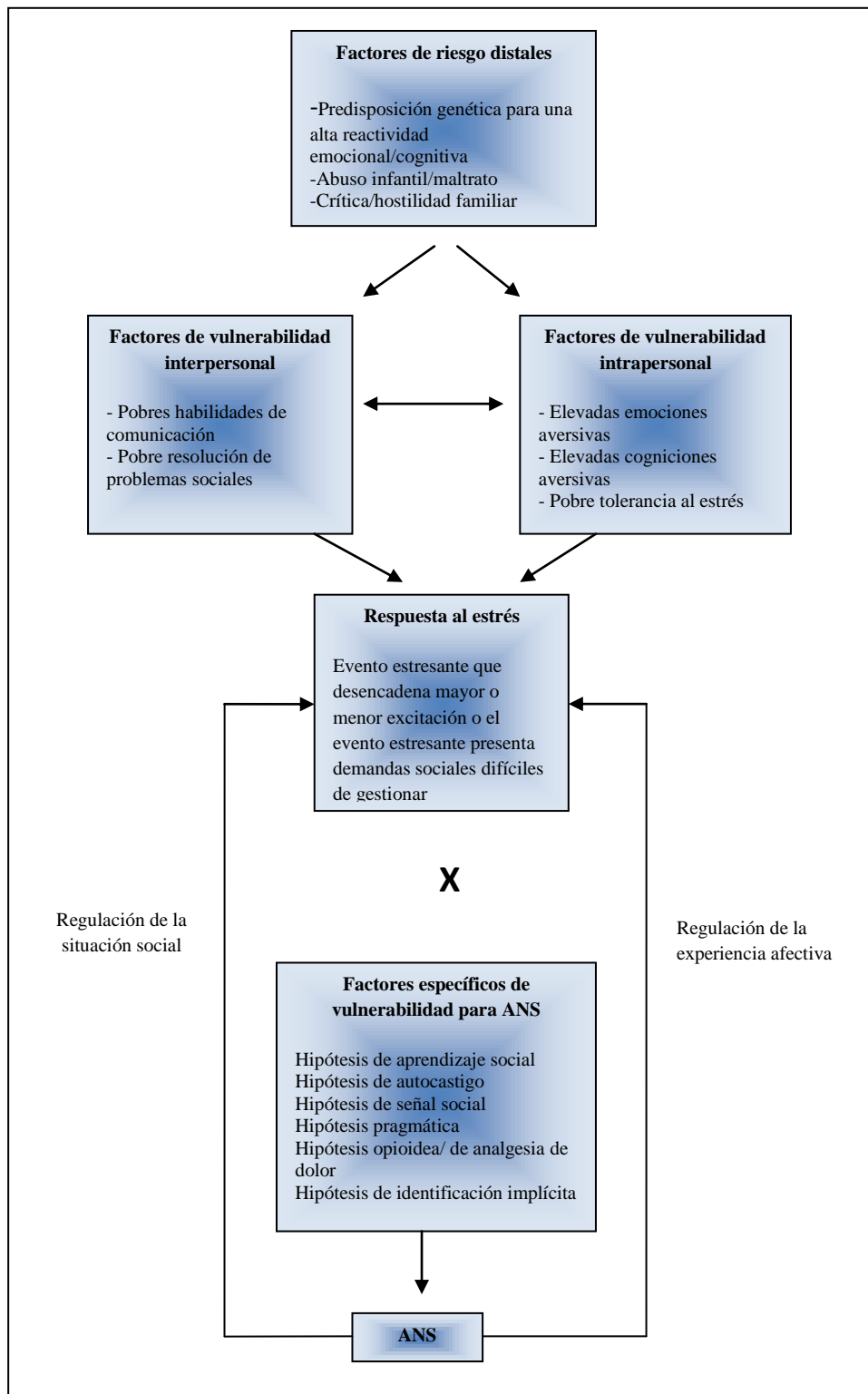


Figura 1. Traducción del modelo teórico integrado de Nock (2010)

Se ha propuesto que algunos factores de vulnerabilidad pueden explicar por sí mismos cómo algunas personas empiezan con ANS específicamente, en vez de utilizar otro tipo de conducta. Sin embargo, las siguientes hipótesis necesitan más investigación empírica:

Hipótesis de aprendizaje social → Como postula Bandura (1977, 2006; citado en Nock, 2010), muchos de nuestros comportamientos son aprendidos por observarlos en el entorno, por tanto ANS puede estar influenciado por lo que han observado o aprendido sobre este comportamiento de otros.

Hipótesis de autocastigo → Las personas podrían elegir autolesionarse porque les supone una forma para castigarse de algo que han percibido que han hecho mal o responde a un auto odio o auto desprecio general.

Hipótesis de identificación/actitud implícita → Cuando encaramos la opción de elegir uno de diferentes comportamientos que todos sirven a la misma función, la decisión podría ser influenciada por su actitud implícita o identificación con las opciones disponibles. Sin embargo, aún no está muy claro si esta identificación se lleva a cabo antes de empezar con la conducta o bien es consecuencia de la autolesión repetitiva.

Hipótesis de señalamiento social → Se ha propuesto que se puede desarrollar a través de un proceso de escalada en el que el fallo de señales más suaves como hablar para conseguir algo, lleva a los individuos a escalar la fuerza de su señal social, por ejemplo gritando, o cambiando de formas de comunicación verbales a físicas, que será reforzado y mantenido en el tiempo.

Hipótesis pragmática → Las personas podrían elegir empezar en la autolesión en vez de en otras estrategias de autoregulación porque es un método rápido y efectivo para regular la experiencia afectiva/cognitiva y social.

Hipótesis opioidea/de analgesia al dolor → La percepción del dolor está alterada entre los que se autolesionan. Una hipótesis es que es por la presencia de niveles elevados de opioides endógenos en el cuerpo. Estas endorfinas son liberadas en el torrente sanguíneo por una herida, reduciendo la experiencia de dolor y llevando a un sentimiento de euforia.

Apéndice C

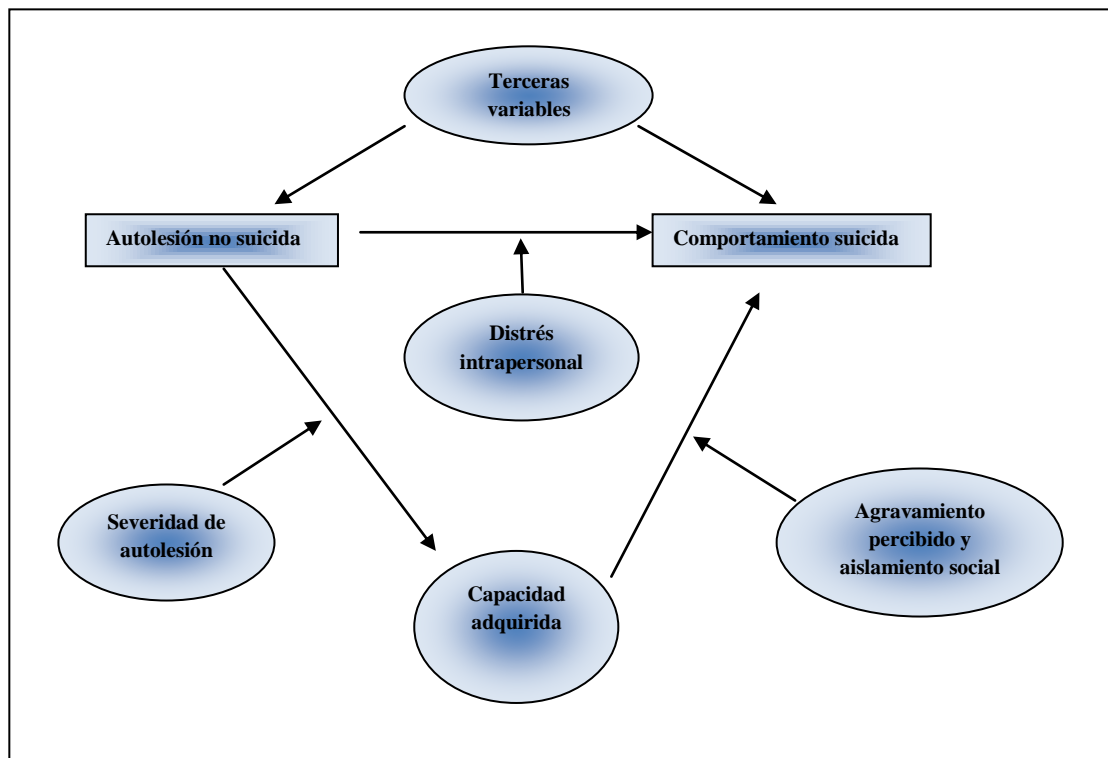


Figura 2. Traducción del modelo de Hamza y colaboradores (2012)