MANUAL PARA EL

RECONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA AUTOLESIÓN

EN JÓVENES DE SECUNDARIA

TECNOESTATA SC

Lic. Sandra I. Urbalejo Valenzuela
Directora
Unidad de Igualdad de Género

Mtra. Claudia Karina Rodríguez Carvajal
Dr. José Ángel Vera Noriega
TECNOESTATA SC

Gobierno del Estado de Sonora
SEC Secretaría de Educación y Cultura

Hermosillo, Sonora a 06 de octubre de 2026

CESIÓN DE DERECHOS DE DIFUSIÓN

MIK María del Carmen Romero Tellez
Administradora de Biblioteca Digital
Responsable técnica de CRIS-UNISON
Universidad de Sonora

Por medio de la presente, hacemos constar que aceptamos las condiciones establecidas por la Biblioteca Digital de la Universidad de Sonora para la incorporación y difusión en su plataforma del manual anexo.

Los abajo firmantes, autores del **"Manual para el reconocimiento y prevención de la autolesión en jóvenes de secundaria"**, autorizamos a la Universidad de Sonora a colocar dicho manual en su Biblioteca Digital para su consulta por parte de la población estudiantil y magisterial.

Los/as autores/as conservan íntegramente sus derechos morales sobre la obra, en particular los derechos de paternidad e integridad, los cuales son irrenunciables e inalienables.

Asimismo, los/as autores/as conservan el derecho a depositar la versión aceptada del manuscrito en repositorios institucionales o disciplinares de acceso abierto, citando la fuente de publicación original.

Dr. José Ángel Vera Noriega

Firma: _____ _____

Dra. Claudia Karina Rodríguez Carvajal

Firma: _____ _____

Presentación

La autolesión no suicida (ANS) es un tipo de comportamiento autodirigido, sin fines suicidas y que causa la destrucción de la superficie corporal. Se excluyen aquellos comportamientos que suponen autolesiones accidentales, indirectas o aquellas que son socialmente aceptadas (tatuaje o autolesionarse en el contexto de un ritual religioso).

En la actualidad existe un interés creciente en la ANS dada su presencia en las etapas infantil y adolecente. Sus consecuencias representan un riesgo para la salud de las y los individuos que la practican (heridas, infecciones, hospitalizaciones o muerte accidental) y efectos socialmente valorados como negativos para quienes les rodean (preocupación, incertidumbre, tristeza, enojo, etc.).

Ante esto, las escuelas representan escenarios de gran relevancia para la identificación, prevención y tratamiento o canalización de este fenómeno que afecta a infantes, adolescentes y a quienes les rodean.

El presente manual es un esfuerzo para dotar a los centros educativos de información que les permita actuar eficazmente ante este fenómeno y de esta manera prevenir eventos que pueden llegar a ser irreversibles y lamentables.

En todos los casos referente a la frecuencia de cortarse, los porcentajes de las alumnas son más altos; contrario a lo correspondiente a quemarse, en donde los porcentajes más altos se encuentran en los alumnos.

En Sonora se desarrolló un estudio en 65 escuelas secundarias ubicadas en polígonos de violencia (intrafamiliar) con el objetivo de identificar a las y los estudiantes que se autolesionan y a quienes se encuentran en riesgo; además, para conocer los factores de riesgo y protección referente a este fenómeno. Se estudiaron variables importantes que influyen en la ANS, tales como: las estrategias de enfrentamiento, la desregulación emocional y la depresión.

Se evaluó un total de 5,835 alumnos y alumnas, 2,914 de sexo masculino y 2,921 de sexo femenino. En lo que respecta a la composición familiar, 61.9% vive en un hogar biparental, 21% en un hogar monoparental, el 8.3% en un hogar compuesto con madrastra-padrastro y 8.8% vive con otros familiares.

En el estudio se encontró que, de quienes asumen que jamás se han quemado con un cigarro u otro objeto 52% son alumnas y 48% son alumnos; de quienes lo han hecho una vez 40% son alumnas y 60% alumnos; de quienes lo han hecho de 2 a 4 veces 30% son alumnas y 70% son alumnos; y de quienes lo han hecho 10 o más veces 40% son alumnas y 60% son alumnos.

En relación con el *cutting*, de quienes reportaron que se han cortado para lastimarse y sangrar la piel 10 veces o más 75% son alumnas y 25% son alumnos. En todos los casos referente a la frecuencia de cortarse, los porcentajes de las alumnas son más altos; contrario a lo correspondiente a quemarse, en donde los porcentajes más altos se encuentran en los alumnos.

Ante la pregunta ¿Antes de lastimarte qué sentimientos experimentaste con mayor intensidad? Las alumnas indicaron que tristeza y enojo, mientras que los alumnos miedo y vergüenza.

Cuando se preguntó a las y los estudiantes acerca de golpearse con las manos o con un objeto hasta dejarse moretones o cicatrices, de quienes reportaron que lo han hecho 10 o más veces 60% son alumnas y 40% son alumnos.

Al preguntarles si habían necesitado tratamiento médico para alguna de las conductas anteriormente descritas, de quienes respondieron que en más de 10 ocasiones 53% son alumnos y 46% son alumnas.

En lo referente a la pregunta ¿Cuándo te lastimaste por última vez? De quienes respondieron que en las últimas 24 horas 30% son alumnas y 70% son alumnos, en las últimas dos semanas 40% son alumnas y 60% son alumnos y en los últimos 6 meses o más 60% son alumnas y 40% son alumnos.

Se observó que, las alumnas inician con este tipo de comportamientos entre los 11 y los 14 años mientras que los alumnos lo hacen entre los 10 y los 12 años.

Ante la pregunta ¿Antes de lastimarte qué sentimientos experimentaste con mayor intensidad? Las alumnas indicaron que tristeza y enojo, mientras que los alumnos miedo y vergüenza. En cuanto a la pregunta ¿después de lastimarte qué sentimientos experimentaste con mayor intensidad? Los alumnos indicaron que desorientación y vergüenza, mientras que las alumnas tristeza y alivio. Se debe de considerar que las emociones son distintas entre alumnas y alumnos. Además, es importante prestar mucha atención a este tipo de emociones que están asociadas al antes y después de la ANS para poder entender el fenómeno y saber de qué manera enfrentarlo.

Al preguntar, cuando te lastimaste por última vez ¿qué es realmente lo que pretendías o querías? Las alumnas indicaron que pretendían dejar de sentirse mal y autocastigarse, mientras que a los alumnos, el mostrarle a alguien más cómo se sentían y sentirse bien. Cuando se les preguntó, cuando te lastimaste por última vez ¿Ingeriste algo? Tanto alumnas como alumnos coincidieron en haber consumido, en conjunto, otras drogas y alcohol.

Es importante mencionar que 6 de cada 10 alumnas y alumnos que viven en hogares biparentales se autolesionaron diariamente. En lo referente a *cutting*, 65% de las y los estudiantes que se autolesionaron de esta manera viven en hogares biparentales y solamente 25% en hogares monoparentales o compuestos con padrastro-madrastra.

La ANS en sus diferentes tipos, tiene una distribución diferencial en frecuencia y variables determinantes para alumnas y alumnos. Los datos psicosociales del estudio constituyen la base para el desarrollo de este manual de detección y prevención diseñado para las y los docentes, trabajadoras y trabajadores sociales y orientadoras y orientadores educativos cuyo objetivo será disminuir la incidencia y prevalencia de la ANS en las escuelas secundarias.

En el estudio se encontró que, un factor de riesgo para los alumnos que se autolesionan es la evitación cognitiva, que se refiere a un tipo de enfrentamiento en el cual se utilizan mecanismos evitativos a través del uso de ideas irracionales, lo cual es dos veces superior en las alumnas como factor de riesgo.

El estudio anteriormente descrito es relevante como punto de partida para entender el fenómeno que aqueja a las y los estudiantes de secundaria en Sonora, además es un esfuerzo que responde de forma adecuada y puntual a la reforma del artículo 22, los artículos 22 bis y 22 bis 1, a la Ley de Educación para el Estado de Sonora, en los cuales se escribe “siendo el fin primordial del proceso educativo la formación humana del alumno y para que éste logre el desarrollo armónico de su personalidad debe asegurársele la participación activa en el desarrollo óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas y afectivas de los alumnos de educación básica, brindando la prestación de servicios psicológicos y de orientación escolar, debiendo para ello la Secretaría, realizar diagnósticos psicosociales en las comunidades escolares, en los cuales se deberá evaluar la situación de riesgo o grados de violencia en sus distintas manifestaciones o dimensiones, desempeño educativo o alumnos con dificultades cognitivas así como las demás que se consideren necesarias para optimizar los recursos económicos y brindar una atención integral” (Boletín oficial del Estado de Sonora , 2018, número 194).

Objetivos generales del manual

Este manual se fundamenta, por una parte, en las recomendaciones de la comunidad científica respecto a la importancia de adaptar el sistema de socialización a las necesidades de alumnas y alumnos que presentan ANS para tratar de garantizar su adecuado desarrollo y aprendizaje y, por otra parte, en las solicitudes de orden práctico de madres y padres de las y los estudiantes afectados por este fenómeno, así como, en las peticiones de las y los docentes y de los propios centros educativos.

Estas recomendaciones y medidas de actuación tienen como objetivo que la alumna o el alumno con comportamiento autolesivo progrese en su desarrollo emocional, personal y académico y que puedan ser útiles para mejorar su entendimiento y conocer los pasos a seguir cuando se presenten estas eventualidades en la escuela.

Objetivos específicos del manual

- Proporcionar al personal docente y de apoyo información actualizada y basada en evidencia científica sobre la ANS, que les ayude a comprender esta problemática, diferenciándola de otras conductas, como lo son los intentos de suicidio y superar los mitos que giran en torno a esta conducta.
- Sensibilizar al personal docente y de apoyo en cuanto al conflicto emocional que viven las y los estudiantes que presentan ANS y que dicha conducta a menudo se utiliza para enfrentar los problemas sin que necesariamente signifique una conducta retadora o de otra índole; así como de las dificultades que esta situación implica para madres y padres o tutores y familiares.
- Establecer lineamientos generales de actuación ante las ANS en el ámbito educativo; a través de los cuales se puedan detectar e intervenir este tipo de conductas, que ayuden a identificar a las y los estudiantes que se encuentran en riesgo, así como de brindar algunas pautas para su prevención.
- Concientizar a la comunidad escolar de la importancia y ventajas que representa el contar con lineamientos de actuación frente a la ANS, que orienten de forma sistemática las respuestas del personal docente y de apoyo para el manejo adecuado de estas situaciones en las escuelas secundarias.

Capítulo 1
Punto de partida: cultura de paz en las escuelas

Acciones más relevantes a considerar en las estrategias de salud mental en el ámbito escolar:

1. Invertir en salud mental: ¿qué significa?
2. Apoyar la seguridad escolar y reducir el bullying o acoso escolar
3. Apoyo a personal docente
4. Involucrar a madres, padres y a los Servicios de Salud Mental

Todas las escuelas deben aspirar a convertirse en "escuelas saludables" que incluyan estrategias dirigidas a la promoción de la salud mental y a la atención de quienes (alumnado y planta docente) se encuentren en riesgo en cuanto a problemas mentales. Aunque se ha realizado poca investigación acerca de la eficacia de la promoción de la salud mental en ANS, se puede asumir que las políticas de salud escolar pueden contribuir a la prevención de la ANS porque están destinadas a mejorar factores como resiliencia, habilidades de adaptación, inclusión social y un ambiente escolar sano, los cuales podrían actuar como factores protectores de la conducta autolesiva.

A continuación se describen cuatro de las acciones más relevantes que se deben considerar en las estrategias de salud mental en el ámbito escolar (Dumon y Protzky, 2014): 1. Invertir en salud mental 2. Apoyar la seguridad escolar y reducir el bullying o acoso escolar 3. Apoyo a personal docente 4. Involucrar a madres, padres y a los Servicios de Salud Mental.

1. Invertir en salud mental.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2013) invertir en salud mental significa:

Incrementar la resiliencia emocional y reducir la vulnerabilidad a problemas de salud mental a través del desarrollo de habilidades personales, autoestima, estrategias de adaptación, habilidades de resolución de problemas y autoayuda, lo cual llevaría a incrementar la capacidad para afrontar las transiciones vitales y el estrés. Por ejemplo, desarrollando formación en habilidades para las y los estudiantes.

Proporcionar una mejor información, concientización y educación sobre salud y enfermedad mental. Por ejemplo, estableciendo campañas de concientización dirigidas a mejorar las actitudes y facilitar conductas de búsqueda de ayuda.

Incrementar la inclusión social y la cohesión. Este objetivo asegura un ambiente escolar seguro y cálido. Para ello será relevante un trabajo dirigido a la sensibilización y reducción del estigma y la discriminación (por ejemplo, respecto a grupos sociales) o desarrollar ambientes de apoyo (por ejemplo, red de autoayuda).

Proporcionar más y mejores servicios de salud y atención social, especialmente a las poblaciones más desatendidas en la actualidad con necesidades no satisfechas. Por ejemplo, las escuelas públicas deberían invertir en la accesibilidad a los cuidados, como son las y los psicólogos escolares en las escuelas.

Reducir el acoso es fundamental para asegurar un clima de seguridad en la escuela.

Proporcionar una mejor protección y apoyo social, especialmente para las personas con riesgo de exclusión o afectados por un trastorno mental, particularmente aquellos que pertenecen a grupos socialmente en desventaja. Por ejemplo, formar a las y los tutores y a las y los docentes en la identificación y manejo de las y los estudiantes en riesgo, y por supuesto, proporcionando un apoyo extra a todas y todos ellos.

2. Apoyar la seguridad escolar y reducir el acoso.

Invertir en la salud mental también significa apoyar la seguridad en las escuelas y construir un clima en el que se pueda hablar sobre tópicos como la depresión, el miedo o el estrés y afrontarlos. Reducir el acoso es fundamental para asegurar un clima de seguridad en la escuela. La investigación muestra que el acoso (y el *cyber* acoso), hostigamiento y victimización entre las y los estudiantes puede contribuir a la enfermedad mental (Brunstein, Marrocco, Kleinman, Schonfeld y Gould, 2007). Es fundamental que las escuelas pongan en marcha políticas anti acoso y garanticen programas de intervención para prevenir el acoso en el plantel, adjunto o incluido en las políticas de salud escolares. Con ello se trata de crear una cultura escolar más completa y comprensiva.

3. Apoyar a las profesoras y a los profesores.

Igualmente, se debería promover y supervisar la salud mental de las profesoras, los profesores y otras trabajadoras y trabajadores de la escuela. El cuidado y apoyo para el personal escolar debe ser fácilmente accesible. Iniciativas dirigidas a prevenir y manejar la conducta autolesiva en el lugar de trabajo para evitar conductas de riesgo.

4.Implicar a madres y padres y a Servicios de Salud Mental.

Finalmente, la clave es que las escuelas establezcan buenas relaciones con comunidades relevantes y con responsables externos al ambiente escolar. Para involucrar a las madres y padres, la escuela puede trabajar en la promoción de la Salud Mental más allá del contexto escolar e incrementar la concientización en la sociedad sobre los problemas de salud mental. Además, estrechar la relación con un servicio de salud mental externo es esencial si la escuela quiere construir un ambiente seguro y de apoyo tanto para las y los estudiantes como para las y los profesionales del plantel. Permite a la escuela derivar a los servicios en los que confían y conocen y ofrecerles una oportunidad de trabajar juntos en proyectos o programas de salud mental. A través de la participación de todos estos colaboradores se podría dar lugar a una acción colectiva e integral contra la ANS.

Capítulo 2
Conocimientos básicos sobre autolesión

El estudio de la ANS es relativamente reciente dentro del escenario de la investigación científica, data alrededor de cuatro décadas, abordada por las ciencias de la salud y del comportamiento desde distintas posturas que han puesto el acento de manera diferenciada en aspectos biológicos, psicológicos y sociales de este fenómeno; las cuales han trabajado predominantemente con adolescentes, tanto con población clínica como no clínica.

La aproximación sistemática a la ANS, por un lado, ha incrementado su visibilización; los datos generados muestran que se trata de un fenómeno creciente entre las y los adolescentes en las últimas décadas y en distintas partes del mundo, lo que ha captado la atención no sólo de investigadores y especialistas, sino también de organismos gubernamentales y no gubernamentales y sociedad en general. Por otro lado, los estudios han aportado información que nos permite comprender mejor este fenómeno en cuanto a categorías de conductas, posibles causas, motivos y funciones, y consecuencias de la ANS; mismas que se describen de manera breve en los siguientes sub apartados.

Antecedentes

Apenas en los últimos 10 años la problemática ha recibido atención significativa de los investigadores y aún no se tiene un modelo claro sobre la ANS (Klonsky, Muehlemkamp, Lewis y Walsh, 2011).

Existen aproximaciones importantes desde una perspectiva psicológica. La principal teoría refiere que los individuos que se autolesionan presentan en mayor medida síntomas depresivos y ansiosos (Andover, et al. 2005) y presentan dificultades con la regulación emocional (Gratz y Roemer, 2004). La evidencia señala cómo la ANS ayuda a decrementar la intensidad de emociones como frustración, enojo, ansiedad, etc. (Klonsky 2009; Lewis y Santor, 2008). Se sabe ahora que las emociones negativas intensas son las que mayormente se regulan practicando la ANS, en contraste con emociones negativas de poca agitación, como la tristeza, la soledad, etc. La ANS ayuda a reemplazar estas emociones negativas intensas por emociones positivas de poca intensidad como la calma y el alivio (Klonsky 2009).

Se considera que si una persona obtiene reforzamiento social por la conducta, como admiración o sus pares lo realizan, la persona tendrá una opinión positiva de la conducta y será más propensa a realizarla.

Otra variable psicológica importante es la auto humillación. Las personas que se autolesionan suelen presentar mayores niveles de auto humillación, autocrítica y baja autoestima (Glassman, 2007; Klonsky 2003; Lundh, 2007). En estudios cualitativos este tipo de razones "para castigarme" son comunes entre los auto lesionadores, por lo que esta variable ayudaría a explicar quiénes y por qué se lastiman. Se ha sugerido que esta variable es la que inclinaría la balanza para las personas que presentando también desregulación emocional, encuentran en la ANS una manera persistente de enfrentamiento, mientras que otras no (Klonsky y Muehlenkamp, 2007).

Una segunda perspectiva es la que considera a los factores sociales, siendo compatible con la psicológica, considerando ciertos aspectos sociales como explicadores de la conducta.

Uno de ellos sería el déficit en habilidades sociales. Se ha observado que las personas que se autolesionan, presentan menos habilidades para resolver problemas sociales (Howat y Davidson, 2002; Mcauliffe, 2006) y cuentan con una percepción de aislamiento social y alienación (Castille, 2007). Por lo tanto, los déficits sociales pueden incrementar la intensidad emocional negativa que desemboca en la ANS o las lesiones pueden ser utilizadas como una herramienta de expresión social por los individuos que tienen dificultades en generar e implementar estrategias funcionales para negociar situaciones sociales y relacionales (Klonsky, Muehlemkamp, Lewis y Walsh, 2011).

Una segunda perspectiva, se centra en la influencia social. Desde los primeros estudios de Walsh y Rosen (1985) se observó cómo el número de personas que se autolesionan, se presentaban en grupo, es decir, se daba un tipo de contagio social de la ANS. Se considera que si una persona obtiene reforzamiento social por la conducta, como admiración o sus pares lo realizan, la persona tendrá una opinión positiva de la conducta y será más propensa a realizarla (Prinstein y Dodge, 2008).

Hay evidencia de que la ANS también puede tener una función social, puede realizarse como una conducta instrumental para un fin social (Klonsky y Glenn, 2009). Puede servir a una cantidad considerable de variables sociales, como: influir a otros, generar cercanía con amigos, búsqueda de nuevas sensaciones, inclusive venganza. Nock y Prinstein (2004) dividieron las funciones sociales en social-positivo, cuando la persona realiza la conducta para obtener una respuesta social deseada, y social-negativo, realizada para evitar una respuesta social. Pero las funciones sociales presentan mucha menor prevalencia que las funciones intrapersonales en las personas que practican la ANS (Klonsky 2007; Klonsky y Glenn, 2009; Nock y Prinstein, 2004).

Clasificación de las conductas autolesivas:

- Mayores
- Estereotipadas
- Compulsivas
- Impulsivas

Clasificación de las conductas autolesivas

El desarrollo de variadas tipologías sobre las conductas autolesivas surge como necesidad de diferenciar a estas conductas de los intentos de suicidio, en relación a su intencionalidad, nivel de frecuencia y letalidad. Una de las clasificaciones más ampliamente reconocida y utilizada es la que proponen Simeón y Favazza en 2001 (como se citó en Villarroel et al., 2013, pp. 40-41), la cual centra su distinción en la repetición y gravedad de estas conductas:

- Conductas autolesivas mayores: se presenta en raras ocasiones y de manera repentina, pero cuya severidad en los daños que ocasiona puede ser alta o irreversible; referidas a actos como amputación de extremidades, extirpación de ojos o castración. Generalmente son exhibidas por individuos con esquizofrenia, trastornos anímicos y de personalidad graves.

- Conductas autolesivas estereotipadas: son comportamientos repetitivos y de severidad moderada, como golpearse la cara y la cabeza, morderse los labios, lengua o manos, tirase del cabello, entre otros. Por lo regular son ejecutadas por personas con deficiencia mental grave, con autismo y patologías con base neurológica.

- Conductas autolesivas compulsivas: incluye actos llevados a cabo de manera insistente y que pueden darse en diferentes momentos en un día, como morderse las uñas, rascarse, pellizcarse o arrancarse el cabello; produciendo lesiones menores. Estas conductas comúnmente están asociadas a trastornos de ansiedad o personas con delirio de parasitosis.

- Conductas autolesivas impulsivas: dentro de las categorías de ANS esta es la más común y a diferencia del resto –las cuales pueden aparecer de forma repentina, automática o no consciente– ésta ocurre de forma intencional; las acciones más frecuentes son cortarse o quemarse la piel, ocasionando daños que van de leves a moderados. Suele relacionársele con diferentes trastornos como lo son los de personalidad, estrés postraumático, de conducta alimentaria, anímicos, etc.

Esta última categoría –impulsivas– se subdivide en episódicas y repetitivas.

- Autolesiones impulsivas episódicas: de ocurrencia eventual, se ejecutan deliberadamente para escapar de pensamientos y emociones negativas y estresantes; existe resistencia y tensión antes de llevarlas a cabo y alivio después de realizadas.

- Autolesiones impulsivas repetitivas: de ocurrencia frecuente, se presenta sin un claro estímulo desencadenante, adquiriendo características obsesivo-compulsivas; regularmente se desarrolla en la adolescencia, la cual puede permanecer por décadas.

Factores asociados:

- Características personales
- Presencia de psicopatología
- Disfunción familiar
- Eventos vitales estresantes

La categoría de conductas autolesivas impulsivas es la que está relacionada con la manera en que se estará entendiendo a las ANS a lo largo del presente documento; las cuales, como se ha descrito, tienen una motivación psicológica, son intencionales, de baja letalidad, regularmente restringidas a la superficie corporal y socialmente no aceptadas.

A continuación, se describen algunos de los factores que comúnmente en la literatura se les ha asociado con la presencia de conductas autolesivas en población adolescente.

Factores asociados

En lo que toca a las ANS resulta sumamente difícil atribuirle a una causa única el origen o explicación de estos comportamientos. Los estudios realizados a lo largo de los años han identificado una gran cantidad de variables –ya sean individuales o ambientales– que se encuentran relacionadas con esta problemática, lo que da muestra de la complejidad del tema; por lo que más que hablar de causas, en esta sección se hará referencia a factores asociados, cuya presencia hará más probable que aparezcan las conductas autolesivas.

Por un lado se contemplan las *características personales* de las y los adolescentes que presentan ANS, entre éstas, uno de los factores que se han señalado es una deficiencia en la capacidad para afrontar problemas. Los adolescentes que se autolesionan suelen utilizar en mayor medida estrategias de descarga emocional (llanto) o evitativas (no pensar en ellos) ante los problemas a que se ven enfrentados, e intentan menos una resolución directa de éstos (Kirchner, Ferrer, Forns y Zanini, 2011). Asimismo, otras variables asociadas a nivel individual son: baja autoestima, falta de asertividad, autoconcepto negativo, escasas habilidades sociales, entre otras.

La presencia de *psicopatologías* es otro de los factores que aumentan la probabilidad de que se presenten los comportamientos autolesivos. Destacan los trastornos de personalidad, trastornos de conducta, depresión, consumo de sustancias; así como con sintomatología vinculada frecuentemente a las psicopatologías, como ansiedad, hostilidad, comportamiento antisocial, reactividad emocional, dificultades para regular emociones, disociación, etc. (AEPNYA, 2008; Jans, Vloet, Taneli y Warnke, 2017).

Por otro lado, el foco de atención también se ha puesto sobre la familia, debido a que la dinámica que se vive dentro del seno familiar influye en el ajuste socioemocional de infantes y adolescentes. En este caso se hace referencia a aspectos como la desintegración familiar, los conflictos parentales, la violencia intrafamiliar, las prácticas inadecuadas de crianza, los malos tratos a los que son sujetos niñas, niños y adolescentes al interior de sus hogares; en suma, se ha observado que la *disfunción familiar* puede aumentar el riesgo de desarrollar conductas autolesivas (Ulloa, Contreras, Paniagua y Victoria, 2013).

El número de factores que pueden propiciar el comportamiento autolesivo es bastante amplio, así como las funciones que cumplen para las y los individuos que las ejecutan.

Por último, se hace mención a los denominados *eventos vitales estresantes*, negativos o psicológicamente demandantes; quizá algunos de ellos con un sustento más bien modesto, pero que usualmente son referidos en la literatura sobre ANS (Flores, Cancino y Figueroa, 2018; Vega et al., 2018). Algunos de estos eventos son: haber sido abusado física o sexualmente durante la infancia –o haber presenciado estos actos–, pérdida de algún familiar o persona significativa de forma temprana, ser víctima de *bullying* por parte de compañeros en la escuela, eventos traumáticos, estar expuestos a entornos de mucho estrés o caos que no pueden controlar, y otras experiencias adversas.

Como se puede observar, el número de factores que pueden propiciar el comportamiento autolesivo es bastante amplio y de diferente índole. Se debe de tomar en cuenta que ninguno de ellos desencadena por sí solo las conductas autolesivas; cada caso es particular y el desarrollo del problema aquí tratado puede ser impulsado por una conjunción de varios de los factores antes abordados.

Otro aspecto que debe tomarse en cuenta es la función que cumplen las ANS para las personas que las ejecutan; este punto se detalla en el siguiente subtítulo.

Motivaciones y funciones

En esta sección describiremos cuáles son las motivaciones que llevan a las y los adolescentes a autolesionarse; es importante entender que las ANS no son un fin en sí mismas, sino un medio para conseguir un estado psicológico deseable. Fleta (2017, p. 39), en su estudio de revisión, expone seis motivos principales que han reportado los auto lesionadores para cometer estas conductas y que se han ido agrupando de acuerdo a las funciones que cumplen:

- Para llamar la atención: en estos casos existe una búsqueda por ser valorado y conseguir la atención, ayuda y el cuidado de los demás. Es un intento de comunicar el dolor y sufrimiento que se experimenta, el cual muchas veces resulta difícil transmitirse verbalmente y se hace de forma visual a través de las lesiones auto dirigidas.
- Para castigarse: en muchas ocasiones denota baja autoestima, crítica severa hacia sí mismo, sentimiento de culpabilidad o de responsabilidad por alguna acción negativa; de modo que la autolesión funciona como un castigo autoimpuesto. Constituye un método de autocontrol en la realización de comportamientos considerados como deseables o indeseables.

Las ANS pueden tener diversas funciones y cada persona que las realiza se verá motivada por una o varias de ellas.

- Para evadir un malestar emocional: es una forma de regular las emociones, representa la función más común entre las personas que se autolesionan; es una estrategia utilizada para aliviar afectos negativos y reducir la tensión. Por lo general se efectúa para suprimir sentimientos negativos –ira, tristeza, soledad, rencor– o recuerdos dolorosos; el dolor físico interrumpe o bloquea temporalmente las emociones negativas.
- Como conducta antisuicida: Las conductas autolesivas tendrían la función de resistir verdaderos intentos de acabar con la propia vida. Estaría relacionado con la regulación afectiva, escapando de emociones negativas que podrían conducir al suicidio.
- Para asumir un control sobre situaciones que sobrepasan a la persona: como una necesidad de sentir control; aun cuando no puedan controlar a su entorno o a las personas que los rodean, las conductas autolesivas pueden proporcionar sensación de control, aunque sea del propio cuerpo.
- Por sentimientos de vacío crónico: las autolesiones pueden aliviar la frustración debida a los sentimientos de vacío, de falta de sentido y dirección en la vida que se lleva o de que no se puede sentir nada, causando sensaciones que se utilicen para sustituir esos sentimientos de vacío; aunque sea a través del dolor físico.

Se observa que las autolesiones pueden tener diversas funciones y cada persona que las realiza se verá motivada por una o varias de ellas. Pero más allá de las funciones que tengan para quienes practican el comportamiento autolesivo y de los factores que se asocien a su aparición, deben contemplarse las consecuencias que pueden acarrear, tanto tempranas como tardías. En los siguientes párrafos se describen brevemente algunas de ellas.

Consecuencias de la autolesión

Consecuencias tempranas:

- Hemorragias
- Infecciones
- Daños en el tejido

Consecuencias tardías:

- Aislamiento
- Estigmatización
- Afectación de las capacidades ocupacionales y académicas

Las y los adolescentes que llevan a cabo conductas autolesivas recurrentes inevitablemente serán susceptibles de sufrir efectos negativos a corto o a largo plazo, de acuerdo con la forma en que se practiquen. En esta sección se exploran algunas de las consecuencias que puede conllevar lesionarse a sí mismo deliberadamente.

Las consecuencias más notables son las físicas, como: hemorragias, contraer alguna infección, causar daños permanentes en tejidos, daños en los nervios, queloides y, por supuesto, la más extrema sería la muerte prematura. Aunque se trate generalmente de lesiones leves o moderadas sin la intención de quitarse la vida, no es imposible que ocurra algún accidente o que se desarrolle el comportamiento suicida con el tiempo.

Por otro lado, además de las físicas, también están las afectaciones que se dan a largo plazo y que mayormente son de tipo social; como el aislamiento y retraimiento, la estigmatización, discordias familiares, deterioro en las relaciones interpersonales, afectación de las capacidades ocupacionales y académicas, sentimientos persistentes de culpa, vergüenza y rechazo hacia sí mismo, entre otras.

Capítulo 3
Actuaciones generales del personal escolar ante las y los estudiantes que se autolesionan

Es necesario establecer pautas generales que orienten al personal escolar en relación a las prácticas dirigidas a identificar y responder a los incidentes de ANS.

Dado que en los últimos años se ha observado un aumento en la cantidad de las y los adolescentes que se autolesionan, generando preocupación y desconcierto en el contexto educativo, es importante que las escuelas cuenten con un protocolo que sirva como marco de referencia para el personal docente y otros actores de la comunidad educativa –de los departamentos de trabajo social, orientación educativa, prefectura y de administración– sobre la detección e intervención de este tipo de comportamientos.

Si bien las condiciones específicas de los diferentes planteles pueden variar de uno a otro, a continuación se proporcionan algunas pautas generales que orienten al personal escolar en relación a las prácticas dirigidas a identificar y responder a los incidentes de ANS en el escenario de la escuela secundaria. Tales consideraciones se basan en las recomendaciones hechas por Bubrick, Goodman y Whitlock (2010).

¿Qué hacer primero?

Como primer paso se recomienda conformar un equipo combinado a partir del personal escolar –psicóloga/psicólogo, docentes, orientadora/orientador, trabajadora/trabajador social, etc.– que cuenten con la mejor disposición y condiciones para trabajar las cuestiones asociadas a la gestión de las y los estudiantes que presentan conductas autolesivas. Asimismo, designar a un miembro de este equipo para que funja como persona contacto, la cual servirá como el principal enlace entre la o el estudiante, su madre, padre o tutor y la escuela.

Esta persona contacto bien podría ser representada por la psicóloga o el psicólogo escolar, si lo hubiere; en caso de no contar con este profesional puede ser alguna otra figura de la escuela. Otras acciones que cumplen el equipo y/o persona contacto es servir como recurso para el personal docente y no docente cuando estos sospechan que algún estudiante se autolesiona, pero que no tienen seguridad de ello; establece contacto y una relación de apoyo con la o el estudiante y entre estudiantes, personal, compañeras y compañeros.

Es importante que las y los docentes, y otros empleados de la escuela ante los casos sospechosos o confirmados de autolesión acudan directamente con la persona contacto o equipo, por lo que todo el personal de la escuela debe estar al tanto del protocolo. La parte fundamental de éste es saber identificar los signos y síntomas de la ANS.

Los signos y síntomas para detectar a las y los estudiantes que se autolesionan, no se limitan a señales físicas en el cuerpo, sino que también pueden estar relacionados con el comportamiento.

¿Cómo se detecta la autolesión?

Existen indicios que pueden ayudar a las y los docentes y otros actores de la comunidad educativa a identificar a las y los estudiantes que posiblemente presentan autolesiones. Si bien es cierto, las conductas autolesivas usualmente se ejecutan en privado y podría ser difícil saber quién las está llevando a cabo, se debe prestar atención a señales que nos podrían estar advirtiendo de la presencia de esta problemática.

Hay varias formas por lo que una persona del plantel escolar puede percatarse de que algún estudiante se autolesiona; ya sea por la declaración misma de la o el estudiante que realiza esta práctica o una compañera o compañero informa sobre la conducta autolesiva de otra u otro estudiante, o bien, una o un integrante del personal docente o de apoyo es la o el primero en notar los signos y síntomas que indican auto-agresiones en una alumna o alumno.

Estos signos y síntomas no se limitan a las señales físicas –en el cuerpo–, sino que también pueden estar relacionados con el comportamiento; algunos de ellos pueden ser:

- Vestimenta inadecuada para la temporada (uso de mangas largas en tiempo de calor).
- Falta de voluntad para participar en actividades que requieran una menor cobertura del cuerpo (como en las clases de educación física).
- No participar en actividades que antes disfrutaba.
- Vendajes frecuentes.
- Signos elevados de depresión o ansiedad.
- Quemaduras, cortes, cicatrices inexplicables u otras marcas similares en la piel.
- Excusas para lesiones frecuentes.

Es muy común que las y los auto lesionadores cuenten historias poco creíbles, o que puedan explicar uno pero no a la mayoría de los indicadores. Cabe destacar también, que el personal escolar debe estar consciente de que el comportamiento autolesivo no se limita a un aspecto o apariencia en particular, ni a la pertenencia a determinado grupo social.

Es muy importante que la primera respuesta a la ANS sea emocionalmente tranquila, amable y no crítica.

Demostrar preocupación sin juicio hacia la o el estudiante puede ayudar a facilitar las cosas.

¿Qué debe suceder una vez que sabemos o sospechamos que una o un estudiante está autolesionándose?

Cuando un integrante del personal escolar sabe o sospecha que una alumna o alumno se autolesiona, debe ponerse en contacto con el equipo o persona designada para enfrentar éstas situaciones. En ocasiones, es una persona distinta la que se ve enfrentada ante esta eventualidad; independientemente de la persona, es muy importante que la primera respuesta a la autolesión sea emocionalmente tranquila, amable y no crítica.

También es importante que los primeros en responder sean honestos con la o el estudiante, informándole que el protocolo de la escuela requiere compartir su conocimiento de la autolesión con el equipo o la persona contacto; asegurándole que toda información compartida acerca de la ANS es estrictamente confidencial. Demostrar preocupación sin juicio hacia la o el estudiante puede ayudar a facilitar las cosas.

Evaluando la autolesión

La evaluación de las necesidades de la o el alumno afectado y los siguientes pasos requieren de la entrada del equipo o persona contacto. En caso de que la autolesión haya sido realizada dentro del plantel escolar, se recomienda actuar de la siguiente manera:

- Autolesiones visualmente leves (superficiales): atención de primeros auxilios en la escuela (curación y/o desinfección de la lesión).
- Autolesiones visualmente profundas (no superficiales): canalización inmediata a atención primaria.

En cualquier caso se contactará a la madre, padre, tutora o tutor para informar sobre la situación y sostener una reunión a la brevedad posible. En relación con el involucramiento de madres, padres o tutores y de las recomendaciones y apoyo que se les puede brindar, en el capítulo 5 del presente manual se aborda con mayor detalle este aspecto.

Recopilar información básica concerniente a la práctica de ANS de una o un estudiante para conocer su historia, frecuencia, métodos utilizados, etc.

En esta etapa, hacer preguntas médicamente sencillas también puede ser apropiado si la o el estudiante se encuentra en calma y dispuestos a compartir. Las cuestiones de la evaluación de la gravedad y los próximos pasos pueden incluir:

- ¿En qué parte de tu cuerpo normalmente te haces heridas?
- ¿Qué sueles usar para herirte?
- ¿Qué haces para cuidar las heridas?
- ¿Alguna vez te has hecho dañado más gravemente de lo previsto?
- ¿Alguna vez tus heridas se han infectado?
- ¿Alguna vez has visto a una o un médico porque estabas preocupado por una herida?

¿Qué sigue después?

Después de asegurarse que la evaluación física se llevó a cabo, con atención amable y tranquila, lo ideal es que el equipo o persona designada puedan hablar con la o el estudiante sobre los aspectos no físicos de la autolesión. La recopilación de información básica concerniente a la práctica de ANS de una o un estudiante en general debe girar en torno a las siguientes preguntas para tratar de evaluar:

- Historia
- Frecuencia
- Tipos de métodos utilizados
- Detonantes
- Propósitos psicológicos
- La búsqueda de ayuda y apoyo.
- Historia pasada y actual de ideación y/o comportamientos suicidas.

No “etiquetar” o “estigmatizar” a la o el adolescente que presenta conductas de ANS puesto que se trata de una condición que afecta en mayor o menor grado al desarrollo de la o el alumno, como cualquier otra.

Las decisiones sobre los siguientes pasos se pueden tomar con base en los resultados de esta evaluación. Por lo regular, las y los estudiantes tienden a caer en una de dos categorías de riesgo:

Estudiantes de bajo riesgo:

Las y los estudiantes con pocos antecedentes de ANS, con cantidades de estrés manejable, por lo menos con algunas habilidades de afrontamiento directas y algunos apoyos externos, son los más propensos a ser gestionados fácilmente. Es importante trabajar con la o el estudiante para pensar en estrategias de manejo del estrés y para el chequeo con la persona de contacto u otra del equipo, en el lugar de confianza en los momentos en los en que se comience a sentir que pueden estar en riesgo para realizarse autolesiones o cualquier otro comportamiento poco saludable. Monitorear el comportamiento de las y los alumnos por medio de la observación, informes de las y los profesores y los chequeos eventuales también está justificado durante un breve periodo de tiempo después de un evento de ANS.

Estudiantes de mayor riesgo:

Las y los estudiantes que presentan los perfiles más complicados, aquellos que reportan tener prácticas autolesivas más frecuentes, que emplean métodos con los que pueden causarse daños graves y/o que están experimentando una tensión interna y externa crónica, con pocos o nulos apoyos positivos o habilidades de afrontamiento, es muy probable que requieran una intervención especializada. En estos casos, quizá lo mejor sea canalizarlos a un profesional externo, como puede ser la o el médico familiar; la o el cual podrá orientar a las madres , padres, tutoras o tutores hacia el especialista que, en su opinión, es el más adecuado al caso concreto (la o el psiquiatra infantil, psicóloga o psicólogo o neuróloga o neurólogo).

Es importante que no se etiquete o estigmatice a la o el adolescente que presenta conductas de autolesión puesto que es un fenómeno muy heterogéneo, que puede variar mucho entre una o un adolescente y otra u otro, y que se trata de una condición que afecta en mayor o menor grado al desarrollo de la o el alumno, como cualquier otra.

La convocatoria a una reunión de toda la escuela sobre el tema no es apropiada. Pero sí lo es educar acerca de los signos de sufrimiento en sí mismos y otros, así como enseñar el uso de habilidades de afrontamiento positivo.

Evitar el "contagio" social

El "contagio" social puede contribuir al aumento de la ANS entre las y los estudiantes; este fenómeno es posible que ocurra en cualquier momento en que otras compañeras u otros compañeros se enteren que alguien entre ellas o ellos se está autolesionando. Se ha observado que ciertas conductas son susceptibles de contagio social por el carácter provocador de su estigma.

El riesgo de contagio aumenta cuando la o el estudiante que realiza estos comportamientos es popular entre el alumnado o cuando estas prácticas son usadas para sentir pertenencia a un grupo en particular.

Para evitar esta situación el personal de la escuela debe reducir la comunicación en torno a la ANS. Debe advertirse a la o el estudiante que se autolesiona de no hablar explícitamente con otras compañeras u otros compañeros sobre la práctica de este comportamiento. Las cicatrices, heridas y cortes visibles deben ser desalentados.

Por otro lado, la convocatoria a una asamblea o reunión de toda la escuela sobre el tema no es apropiado. Pero sí resulta apropiado y ampliamente sugerido, la educación de las y los estudiantes acerca de los signos de sufrimiento en sí mismos y en otros, así como enseñar el uso de habilidades de afrontamiento positivo a problemas y dificultades.

Sugerencias para profesionales de la psicología

1. Mostrar a la o el alumno aceptación incondicional.
2. Aceptarles como personas, independientemente de su comportamiento.
3. El objetivo esencial debe ser comprender las causas subyacentes al comportamiento.
4. Fomentar el compromiso de utilizar estrategias de afrontamiento positivas.
5. Sugerir una lista de técnicas de afrontamiento para utilizar en lugar de ocasionarse la autolesión.

6. Dar a entender que la lista de técnicas de afrontamiento es flexible y siempre sujeta a cambios.
7. Fomentar la comunicación abierta, sin importar cuál es el comportamiento.
8. Reconocer los esfuerzos para hacer frente a las emociones difíciles.
9. Demostrar preocupación por las lesiones.
10. Comunicar con confianza que está bien hablar de las autolesiones.
11. Ayudar en el proceso de reconocer y afianzar la identidad.

Capítulo 4
Orientación a las y los docentes para trabajar con las y los estudiantes que se autolesionan

La forma en que se lastima no es tan importante como el reconocer que lo hace y lo que significa en su vida.

Ayudando a las y los adolescentes a reconocer y dirigirse a sus conductas de ANS.

¿Cómo identificar la autolesión? Por favor lleve a cabo éstas preguntas a las y los alumnos que usted sospeche que están incurriendo en ANS:

1. ¿Te causas daño físico a ti misma / mismo hasta el punto de dañar el tejido (rompiendo la piel, magullando, dejando marcas que duran más de una hora)?

2. ¿Te causas este daño a ti mismo como una forma de sobrellevar emociones, pensamientos o situaciones desagradables o abrumadoras?

3. ¿A menudo piensas en hacerte daño incluso cuando te sientes tranquila o tranquilo y no lo estás haciendo en ese momento?

Si contesta que sí a las preguntas #1 y #2, se autolesiona. Si responde que sí a la pregunta #3, lo más probable es que se autolesione repetitivamente. La forma en que elija lastimarse puede ser cortándose, golpeándose, quemándose, rascándose la piel, golpearse la cabeza, romperse huesos, no dejar que las heridas se curen, entre otros. Podría estar realizando varios de estos.

La forma en que se lastima no es tan importante como el reconocer que lo hace y lo que significa en su vida. El comportamiento autolesivo no necesariamente significa que fue una niña o niño maltratado. Por lo general, indica que, en algún lugar a lo largo de su vida, no aprendió buenas maneras de sobrellevar los sentimientos abrumadores. No es repugnante o enfermo; sólo que nunca aprendió formas positivas de lidiar con sus sentimientos.

Platique con la alumna o alumno y cuestione su comportamiento con la intención de apoyarlo, no de juzgarlo. Indíquele que cuando sienta la necesidad de cortarse o auto-lesionarse se haga estas ocho preguntas:

1. ¿Por qué siento que necesito hacerme daño?, ¿Que me ha traído a este punto?
2. ¿Ya he estado aquí antes? ¿Qué hice para manejar eso? ¿Cómo me sentí después?
3. ¿Qué he hecho para aliviar esta molestia hasta la fecha? ¿Qué más puedo hacer para evitar hacerme daño?
4. ¿Cómo me siento ahora mismo?
5. ¿Cómo me sentiré cuando me esté haciendo daño?
6. ¿Cómo me sentiré después de hacerme daño? ¿Cómo me sentiré mañana por la mañana?
7. ¿Puedo evitar este estresor o tratar con él mejor en el futuro?
8. ¿Necesito hacerme daño?

Las preguntas varían un poco en cada ocasión, pero la alumna o el alumno no se cortará si no puede responderlas. Al principio las preparará mentalmente pero después las escribirá. Las preguntas más importantes de la lista son de la #4 a la #6. En un comienzo dará respuestas cortas, pero mientras vaya pasando las respuestas que proporcionará irán siendo más detalladas y empezará a aprender cosas de sí misma (o). También descubrirá que puede disminuir o evitar el estrés, en vez de caer ciegamente en él.

¿Cómo saber si está lista o listo para detenerse?

Elegir detener la ANS es una decisión muy personal. Puede que la alumna o el alumno tenga que considerarlo durante mucho tiempo antes de decidir que está lista o listo para comprometerse a una vida sin cicatrices y moretones. Debemos indicarle a la alumna o el alumno que no se desanime si llega a la conclusión de que aún no es el momento adecuado para parar;

aún puede ejercer un mayor control de sus autolesiones al elegir cuándo y cuánto daño hacerse, dándose a sí misma o mismo límites para su ANS y también al asumir la responsabilidad de esta.

La lista de preguntas antes mencionada es de utilidad para la verificación de cosas que debe preguntarle a la alumna o el alumno antes de comenzar a alejarse de la ANS. No es necesario que el alumno pueda responder todas las preguntas con un "sí", pero cuantas más cosas pueda configurar para ella o él mismo, más fácil será dejar de lastimarse.

Si bien no es necesario que cumpla con todos estos criterios antes de detener la violencia auto-infringida cuantas más afirmaciones sean ciertas para ella o él antes de decidir detener este comportamiento.

Debemos insistir con la alumna o el alumno que debe tener en consideración los siguientes aspectos, repetirse y convencerse a sí mismo que:

Tiene un sólido sistema de apoyo emocional de amigas y amigos, familiares y/o profesionales que puede usar si siente ganas de hacerse daño.

Hay por lo menos dos personas en su vida a las que puede llamar si quiere lastimarse.

Se sentirá al menos algo cómodo hablando de ANS con tres personas diferentes. Desarrollar una lista de al menos diez cosas que puede hacer en lugar de lastimarse.

Tiene un lugar a donde ir si necesita salir de su casa para no hacerse daño.

Se siente confiada o confiado de que puede deshacerse de todas las cosas que puede usar para hacerse daño a sí mismo.

Decirles al menos a otras dos personas que va a dejar de lastimarse. Estar dispuesta o dispuesto a sentirse incómoda o incómodo, asustada o asustado y frustrada o frustrado.

Sentirse confiada o confiado en que puede soportar pensar en hacerse daño sin tener que hacerlo realmente.

Es fundamental acercarse a la o el estudiante con comportamiento autolesivo mostrando una "curiosidad respetuosa", esto significa no solo desear que el problema desaparezca sino también comprenderlo. Hay que intentar comunicar que se preocupa por ella o él y que trata de asegurarse de que cuenta con el respaldo que necesita, que se percate de la seriedad de la situación desde el apoyo. Si encuentra resistencia para hablar con usted sobre el tema puede buscar a otra persona con la que pueda hacerlo; si se conformó un equipo en la escuela para atender este tipo de eventualidades –como se sugirió en el capítulo anterior–, idealmente que esta persona forme parte de él.

Finalmente, es muy importante no prestar atención a mitos que se han generado acerca de las ANS, los cuales solo podrían empeorar la situación. Estas falsas creencias tienen que ver con pensar que es cosa de la edad y que se les pasará cuando maduren, si las heridas que se causan no son tan graves entonces el problema no es serio, que las y los auto lesionadores son un peligro para las y los demás, que son masoquistas o no sienten dolor, los que se auto agreden deberían estar internados en un hospital psiquiátrico, no hay nada que se pueda hacer por alguien que realiza estas prácticas, entre otras. No se puede juzgar la severidad de las dificultades por las que atraviesa la o el adolescente con ANS partiendo de estos prejuicios. Se requiere comprensión, empatía y apoyo de las personas que la o lo rodean y sobre todo estar bien informadas o informados.

Resumen de sugerencias para las y los docentes

1. Tratar de acercarse a la o el estudiante de una manera calmada y acogedora.
2. Mostrarle que se le acepta a ella o él, aunque no aceptamos su comportamiento.
3. Dejarle saber cuánto le apreciamos y creemos en su potencial.
4. Comprender que esta es su manera de lidiar con el dolor y los sentimientos intensos que experimenta.
5. Remitirle con el equipo o persona de contacto.
6. Mostrarse disponible a acompañarle a hablar con el equipo o persona de contacto.
7. Escucharle, permitir que la o el estudiante verbalice y mostrarse confiable.
8. Identificar cuáles son sus fortalezas y animarle a utilizarlas.
9. Ayudarle a involucrarse en actividades de interés como deportes, actividades lúdicas, voluntariados, apoyar a otras u otros, nombrarle como tutora o tutor en alguna área.

Capítulo 5

Recomendaciones para que el personal docente apoye a madres, padres, tutores

Idealmente la o el estudiante debería hablar con su madre, padre, tutora o tutor después de ser alentado por el equipo o persona contacto para actuar en situaciones de autolesiones. Sin embargo, en el caso de que ella o él se reúse a comunicarse con ellas o ellos, el personal designado debe tomar la responsabilidad de alertar a madres, padres o tutores sobre la posibilidad de que su hija o hijo se encuentre en peligro de hacerse daño en el futuro.

A su vez el equipo o persona contacto deben hablar con madres, padres o tutores acerca de la necesidad de una reunión para establecer los pasos a seguir, dicha reunión debe incluir a la o el estudiante, madres, padres o tutores y al personal designado.

La reunión con madres, padres o tutores proveerá al personal de apoyo y a las y los docentes la oportunidad para:

Abordar las preocupaciones que madres, padres o tutores tienen sobre su hija o hijo y disipar mitos que estos puedan tener sobre la ANS.

Proveer a madres, padres o tutores con recursos que puedan encontrar en la comunidad y en páginas web para comprender y abordar de manera eficaz la ANS.

Discutir con madres, padres o tutores y la o el estudiante cómo crear y mantener un ambiente de apoyo que sea apropiado para la o el adolescente.

Ayudar a madres, padres o tutores a entender la diferencia entre respuestas provechosas e inútiles a la autolesión y los problemas relacionados, pues la forma en la que se responde a los comportamientos autolesivos serán muy importantes cuando sea obvio que la dinámica entre ellas o ellos y sus hijas o hijos pueda contribuir al comportamiento de ANS.

Exhortar a madres, padres o tutores a buscar asesoramiento y apoyo fuera de la institución educativa para su hija o hijo.

Comunicar a madres, padres o tutores sobre el hecho de que la terapia familiar puede ser útil en situaciones como éstas y que también puede ayudar a prepararlas o prepararlos para participar activamente en la recuperación de la o el estudiante.

Tener información sobre los recursos locales de salud mental disponible en el plantel educativo es muy útil para ofrecer asistencia al establecer citas iniciales y puede ser importante para ayudar a las familias necesitadas.

Es importante que antes de finalizar la reunión se programe una reunión de seguimiento con madres, padres o tutores y la o el estudiante. Este tipo de reuniones suele agendarse 1 o 2 semanas y antes de 1 mes después de que la escuela detectara un incidente de ANS.

¿Cómo puede la escuela fomentar la colaboración? La escuela debe alentar a madres, padres o tutores y a las y los estudiantes a considerar al personal de apoyo y a las y los docentes como un recurso al cual acudir en situaciones difíciles.

¿Cómo pueden reaccionar madres, padres o tutores y que tipo de ayuda se le puede proveer?

El personal de apoyo y las y los docentes deben esperar una amplia gama de reacciones de madres, padres o tutores, mientras que algunas o algunos pueden responder rápida y favorablemente, otras u otros necesitaran más tiempo y ayuda para enfrentar sus pensamientos y sentimientos.

A continuación se presentan algunas preguntas en relación a las reacciones que podrían presentar madres, padres o tutores y las acciones a realizar por parte del equipo y/o persona de contacto (Bubrick et al., 2010):

¿Qué pasa si madres, padres o tutores sienten culpa?

Madres, padres o tutores pueden pensar que su hija o hijo se autolesiona por algo que ellos hicieron o no hicieron como madres, padres o tutores. Si parecen estar luchando con la culpa y la frustración, puede ser de utilidad recordarles que ellas o ellos también pueden recibir ayuda mediante asesoramiento externo.

¿Qué pasa si madres, padres o tutores muestran una actitud despectiva por los problemas de la o el estudiante? El equipo y persona contacto tienen como papel alentarlas o alentarlos a ser más sensibles a las necesidades de su hija o hijo.

¿Qué pasa si madres, padres o tutores se enfurecen por el problema de la o el estudiante? El papel del equipo y persona contacto es alentarles a tratar de entender por lo está pasando la o el estudiante, reconocer el sufrimiento de su hija o hijo y acercarse desde una postura imparcial.

¿Cómo debe de tratar el equipo y persona contacto con madres, padres o tutores que tienen reacciones extremas? El trabajo del equipo y persona contacto es sugerir de manera gentil que busquen consejería externa para tratar con su hija o hijo.

¿Cómo puede la escuela fomentar la colaboración? La escuela debe alentar a madres, padres o tutores y a las y los estudiantes a considerar al equipo y persona contacto como un recurso al cual acudir en situaciones difíciles.

¿Qué sucede si madres, padres o tutores están ausentes, carecen del capital financiero para buscar ayuda externa o no pueden actuar como un recurso y apoyar a su hija o hijo? La escuela debe tomar la iniciativa y actuar como un defensor de la o el estudiante. Aquí el equipo y persona contacto puede buscar recursos externos para la o el adolescente, que le permitan superar las barreras financieras que impiden que la o el estudiante o la familia busquen ayuda.

TIPO DE ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN	EDAD RECOMENDADA	APLICACIONES
Pasando tiempo de calidad en compañía de las hijas y los hijos.	**Implica pasar frecuentes períodos de tiempo ininterrumpido (de 30 segundos a 3 minutos) inmersos en la actividad preferida por la niña o el niño.**	**Todas las edades**	**Transmite interés y cariño hacia la niña o el niño; proporciona oportunidades para que la niña o el niño cuente cosas de sí mismo (autorrevelación) y practique las habilidades de conversación.**
Fomentar la conducta deseable.	**Proporcionar atención positiva contingente después de comportamientos prosociales o de otras conductas apropiadas.**	**Todas las edades**	**Hablar con un tono de voz agradable, jugar de forma cooperadora, compartir, leer, estar de acuerdo.**
Dar gran cantidad de afecto físico.	**Proporcionar atención positiva contingente después de comportamientos prosociales o de otras conductas apropiadas.**	**Todas las edades**	**Abrazar, tocar, apretar, hacer cosquillas, coger en brazos, besar, hacer mimos.**
Conversar con las niñas y los niños.	**Breves conversaciones con las hijas o los hijos sobre una actividad o interés de la niña o el niño.**	**Todas las edades**	**Habilidades sociales, conversacionales y de vocabulario.**
Utilización del aprendizaje incidental.	**Emplear una serie de incitaciones graduadas para responder a las interacciones habladas iniciadas por la niña o el niño.**	**Todas las edades**	**Balbuceos del lenguaje, solución de problemas, capacidad cognitiva.**
Plantear un buen ejemplo por medio del modelado.	**Proporcionar a la niña o el niño una demostración de la conducta deseable por medio del empleo del modelado parental.**	**Todas las edades**	**Habilidades sociales, habilidades de autoayuda, habilidades de auto-control.**
Fomento de la independencia por medio de "pregunta, dilo, hazlo".	**Utilización de incitaciones verbales, gestuales y manuales para enseñar a las niñas y los niños habilidades de cuidado de ellas o ellos mismos.**	**De 3 a 12 años.**	**Habilidades del cuidado de sí misma/o (limpiarse los dientes, hacer la cama, ordenar las cosas).**
Proporcionar actividades para que las niñas y los niños se impliquen en ellas.	**Implica arreglar el ambiente social y físico de la niña o el niño con personas, objetos, materiales y juguetes apropiados a la edad.**	**Todas las edades**	**Juegos de mesa, papel, pinturas, lápices, cintas de audio, libros, juguetes de construcción, balones, etc.**
Establecer reglas básicas claras.	**Negociar por adelantado un conjunto de reglas justas, específicas y aceptables que se apliquen en situaciones concretas.**	**De 3 a 12 años.**	**Ver la televisión, salir de compras, visitar familiares, salir en coche.**
Discusión dirigida.	**Identificar la conducta problema, identificar una alternativa y ensayar la conducta correcta.**	**De 3 a 12 años.**	**Dejar la mochila escolar en el suelo de la cocina; dejar la mesa desordenada, cualquiera de estas conductas de ordenamiento ambiental puede focalizarse para dirigir la discusión y el cambio.**

ANEXO. INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES CAPACITADAS PARA ATENDER CASOS DE AUTOLESIÓN

- **Centro Integral de Salud Mental (CISAME)**
  - DIRECTORIO ESTATAL DE CISAME
  - Correo electrónico de la Coordinación: coordinación.cisame@gmail.com
  - CISAME Hermosillo
  - Dirección: Cabo San Lucas entre Pedro Ascencio y Profra. Francisca Maytorena, Col. La Floresta, C.P. 83179, Hermosillo, Sonora. Teléfono: (662) 381 7110. Correo: cisamehermo@gmail.com
  - CISAME Nogales
  - Dirección: Moctezuma y 5 de Febrero, Col. Centro, C.P. 84000, Nogales, Sonora.
  - Teléfono: (631) 209 9818. Correo: cisamenogales@gmail.com
  - CISAME Navojoa
  - Dirección: Talamante y Sor Juana Inés de la Cruz S/N, Col. Constitución, C.P. 83280, Navojoa, Sonora. Teléfono: (642) 421 2084. Correo: cisamenavojoa@hotmail.com
- **Centro de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz - Unidad de Atención al Adolescente**
  - Dirección: Rosales No. 182 Sur, Esq. José Ma. Ávila, Col. Centro. C.P. 8300. Hermosillo. Sonora.
  - Teléfono: (662) 3 81 71 20, 3 81 71 21, 3 81 7122 y 3 81 71 23
  - Correo electrónico: direcciónc arlosnava@gmail.com

Referencias

AEPNYA (2008). *Autolesiones*. Protocolo 2008. Protocolos de la Sociedad Española de Psiquiatría Infantil de la AEP. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/autolesiones.pdf

Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G. y Gibb, B. E. (2005). Self mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide and LifeThreatening Behavior*, *35*(59), 581-591.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of Beck Depression Inventory: twentyfive years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8*(1), 77-100.

Beltrán, M., Freyre, M. A. y Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia psicológica, 30*(1), 5-13. Recuperado de: https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001 .
Boletín oficial del Estado de Sonora. Ley número 97 publicada en la sección tres, el jueves 14 de julio de 2016.

Brunstein, K., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. y Gould, M. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(1), 40-49.

Bubrick, K., Goodman, J. y Whitlock, J. (2010). *Non-suicidal self-injury in schools: Developing and implementing school protocol.* Cornell Research Program on Self-Injurious Behavior in Adolescents and Young Adults. Nueva York: Cornell University. Recuperado de: http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/documents/schools.pdf/

Castille, K., Prout, M., Marcyk, G., Schmidheiser, M., Yoder, S. y Howlett, B. (2007). The early maladaptive schemas of self-mutilators: Implications for therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 21*(1), 58-71.

Dumon, E. y Protzky, G. (2014). *Directrices de actuación para la prevención, intervención y postvención del suicidio en el entorno escolar*. Eurogenas, Universidad de Gante. Recuperado de: https://www.aepsal.com/wp-content/uploads/2016/09/Guia-prevencion-suicidio-entornos-escolares.pdf

Fleta, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria, 47*(2), 37-45. Recuerdo de: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PU4DEM1zh_8J:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6393711.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx

Flores, M., Cancino, M. y Figueroa, M. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública, 44*(4), 200-216. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v44n4/1561-3127-rcsp-44-04-200.pdf

Glassman, L.H., Weierich, M. R., Hooley, J. H., Deliberto, T. L. y Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behavior Research and Therapy, 45(10)*, 2483-2490.

Gratz, K. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment emotion regulation and dysregulation: development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41-54.

Howat, S. y Davidson, K. (2002). Parasuicidal behavior and interpersonal problem solving performance in older adults. *British Journal of Clinical Psychology*, *41*(4), 375-386.

Jans, T., Vloet, T., Taneli, Y. y Warnke, A. (2017). Suicidio y conducta autolesiva. En J.M. Rey (ed.), *Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP* (pp. 1-40) Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines. Recuperado de: http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.4-Suicidio-Spanish-2018.pdf

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. Recuperado de: https://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/72/ESP/13-72-ESP-226-235-920269.pdf

Klonsky, E. D. (2007). The funtions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, *27*(2), 226-239.

Klonsky, E. D. y Glenn, C. R. (2009). Assesing the funtions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *31*(3), 215-219.

Klonsky, E. D. (2009). The funtions pf self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, *166*(2-3), 260-268.

Klonsky, E. D. y Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, *63*(11), 1045-1056.

Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F. y Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a non-clinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, *160*(8), 1501-1508.

Klonsky, E. D., Muehlenkamp. J. J., Lewis. S. P. Walsh. B., (2011). *Nonsuicidal Self-Injury*. Estados Unidos: Hogrefe.

Lewis, S. P. y Santor, D. A. (2010). Self-harm reasons, goal achievement, and prediction of future self-harm intent. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *198*(5), 362-369.

Lundh, L.G., Karim, J. y Quilish, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-years-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, *48*(1), 33-41.

Marín, M. I. (2013). Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan (Tesis de doctorado). México: UNAM.

Marín, M., Robles, R., González-Forteza, C. y Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud mental, 35*(6), 521-526.

McAuliffe, C., Corcoran, P., Keeley, H. S., Arensman, E., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Wasserman, D. (2006). Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: A multicenter study. *Psychological Medicine*, *36*(1), 45-55.

Moss, R. y Holahan, C. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: toward and integrative framework. *Journal of Clinical Psychology, 12*(59), 1387-1403.

Nock M.K. y Prinstein M.J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(5), 885– 890.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Prinstein, M. J. y Dodge, K. A. (2008). *Understanding peer influence in children and adolescents*. Nueva York: The Guilford Press.

Ulloa, R., Contreras, C., Paniagua, K. y Victoria, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental, 36*(5), 417-420. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n5/v36n5a10.pdf

Vallejo, A., Osorno, J., Mazadiego, T. y Segura, B. (2007). Evaluación psicométrica del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos para adolescentes (CRI-Y Form), en una muestra mexicana. *Revista de Educación y Desarrollo*, 7, 35-40.

Vega, D., Sintes, A., Fernández, M., Punti, J. S., Soto, A., Lara, A.,. . . y Pascual, J. C. (2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué? *Actas Españolas de Psiquiatría, 46*(4), 146-155. Recuperado de: https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/114/ESP/20-114-ESP-146-55-463018.pdf

Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, A., Montes, C., Igor, M. y Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 51*(1), 38-45. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006

Walsh, B. (2006). *Treating self-injury: a practical guide*. United States of America: The Guilford press.

Walsh, B. W. y Rosen, R (1985). Self-mutilation and contagion: An empirical test. *American Journal of Psychiatry*, *142*(1), 119-120.