



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASOS DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS

Escuela Altamira de Coyhaique.

I. Introducción:

La Escuela Altamira de Coyhaique, consiente de los tiempos cambiantes y las necesidades que van surgiendo de los estudiantes, reconoce la necesidad de abordar, y asumir de forma responsable las diferentes dificultades emocionales presentadas en los estudiantes.

De esta forma, cobra urgencia materializar el presente protocolo, considerando que en los últimos años se han develado mayor cantidad de estudiantes que se autolesionan, generando preocupación y confusión entre la comunidad educativa.

La misión de la Escuela Altamira, señala *“educar integralmente a todos los niños y niñas de acuerdo a sus necesidades individuales, permitiéndoles un oportuno desarrollo de competencias, entendidas como un conjunto de comportamientos sociales, afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un papel, un desempeño, una actividad o una tarea...”*

Cabe señalar que, si bien la cifra no es alarmante, si preocupa el desconocimiento del tema, siendo delgada la línea divisoria con conductas de mayor riesgo vital, como es el intento suicida, por lo que se requiere clarificar estos términos y conocer qué hacer en cada caso.

II. Definición de Autolesión:

Una conducta autolesiva se define como **“toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte.”**

La ideación y los actos que tienen intención suicida están excluidos de esta definición. Que este acto sea deliberado hace referencia a que no se trata de algo accidental, sino que es intencional y directo, es decir, que busca tener un impacto inmediato sobre el cuerpo. En general no existe intención de morir, sin embargo, en la práctica clínica se encuentra que puede haber cierta ambivalencia al respecto.¹

El concepto excluye los rituales y prácticas culturales. Las autolesiones culturalmente determinadas son repetidas por muchas generaciones de una cultura particular; en general son de la misma naturaleza, enmarcadas en un contexto de creencias y tradiciones compartidas por todos sus miembros y muchas veces con un claro significado simbólico. En consecuencia constituyen un acto de pureza, valentía y/o de pertenencia a una subcultura o estamento. El concepto también excluye el beber, fumar y comer en exceso pues si bien generan un daño, la principal motivación de estas conductas es la búsqueda de placer, por lo que no son consideradas autoinjurias, aunque indudablemente provocan daño a largo plazo.

Estudios clínicos y poblaciones ubican la edad de comienzo entre los 10 y 15 años.

Características clínicas:

Las autoagresiones más comúnmente observadas son los cortes y magulladuras en las extremidades y abdomen, producidos con objetos corto punzantes, también escoriarse la piel hasta sangrar, quemarse o introducirse objetos subdérmicos. Debe destacarse que lo más frecuente es el uso de múltiples y distintos métodos en cada ocasión. Se describe que las mujeres muestran preferencia por cortarse superficialmente los antebrazos, mientras que los hombres optan por golpearse o quemarse las extremidades. Son factores de riesgo pertenecer al género femenino, ser adolescente, de bajo nivel socioeconómico, con orientación homosexual o bisexual y presentar el antecedente de haberse criado

¹ Villarroel et al, Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. Revista chilena neuro-psiquiatría 2013; 51 38-45.

en un ambiente familiar adverso (violencia intrafamiliar, abuso, separaciones, madre muy joven, escaso nivel educacional).

Clasificación de las formas de presentación clínica:

Una de las clasificaciones más útiles en la práctica clínica es la propuesta por Simeon y Favazza en 1995:

1. Conductas autolesivas mayores:

Son actos infrecuentes que producen grave daño tisular, tales como castración, enucleación ocular y amputación de extremidades. Su aparición es repentina, impulsiva y cruenta. Alrededor del 75% ocurre durante episodios psicóticos, generalmente en esquizofrenia, de los cuales la mitad se presenta durante el primer episodio psicótico. También pueden aparecer en trastornos anímicos graves, intoxicaciones, encefalitis, transexualismo y trastornos de personalidad severos.

2. Conductas autolesivas estereotipadas:

Este tipo de conductas se observan con mayor frecuencia en trastornos del espectro autista, retardo mental severo y patologías neurológicas como síndrome de Lesch Nyhan, Cornelia de Lange y Prader Willi. Los pacientes se golpean la cabeza repetitivamente, se muerden labios, lengua, mejillas y manos, se rasguñan la piel, se abofetean la cara y se tiran el cabello. En general, la severidad del daño es moderado y poseen una frecuencia altamente repetitiva y un patrón de presentación rígido e inflexible.

3. Conductas autolesivas compulsivas:

Abarcan conductas repetitivas como rascarse reiteradamente la piel produciéndose excoriaciones, morderse las uñas o tirarse el cabello. La intensidad del daño es leve a moderada, con una frecuencia repetitiva y un patrón compulsivo, a veces experimentada como actos automáticos. Ocasionalmente puede observarse en sujetos con delirio de parasitosis.

4. Conductas autolesivas impulsivas:

Las más frecuentes son cortarse o quemarse la piel, introducirse objetos punzantes en espacio subdérmico, creando incluso cavidades en los tejidos. La severidad del daño fluctúa de leve a moderado, se presenta ocasionalmente y puede ser ritualizado, y/o simbólico. Se observa con mayor frecuencia en mujeres con trastornos de personalidad, especialmente en trastorno límite, trastorno por estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos anímicos y particularmente en individuos con antecedentes de abuso sexual en la infancia. Esta categoría se puede subdividir además en autoagresiones impulsivas episódicas y autoagresiones repetitivas. En las autoagresiones impulsivas episódicas existe un temor constante por dañarse a sí mismo, es decir, la conducta se vive con egodistonia, el sujeto intenta resistirse a los impulsos autolesivos pero fracasa en forma recurrente.

En general, en este tipo de conductas se observa un aumento de la tensión previa a autoinferirse el daño físico, con gratificación o alivio posterior a la ejecución de la lesión. En las autoagresiones impulsivas repetitivas se especula la existencia de cierta predisposición obsesivo-compulsiva. La conducta puede darse con una frecuencia casi diaria, sin un claro evento precipitante externo o interno, y se presenta con un patrón compulsivo-adictivo. Es más común en mujeres, comienza en la preadolescencia, pero también puede observarse en el período de latencia y en preescolares. Persiste por décadas e incluso durante toda la vida. Este tipo de autoagresiones se asocia a trastornos de personalidad del Cluster B, a trastorno por estrés postraumático, a trastornos disociativos y a trastornos de la conducta alimentaria.

III. ¿Cómo se detecta una autolesión?

Los signos y síntomas de las autolesiones autoinfligidas son a veces ausentes o fáciles de perder. Brazos, manos antebrazos opuestos a la mano dominante son las zonas comunes de lesión y con frecuencia llevan a los signos reveladores de la historia de la autolesión. Sin embargo, la evidencia de actos de autolesión puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. Otros síntomas incluyen:

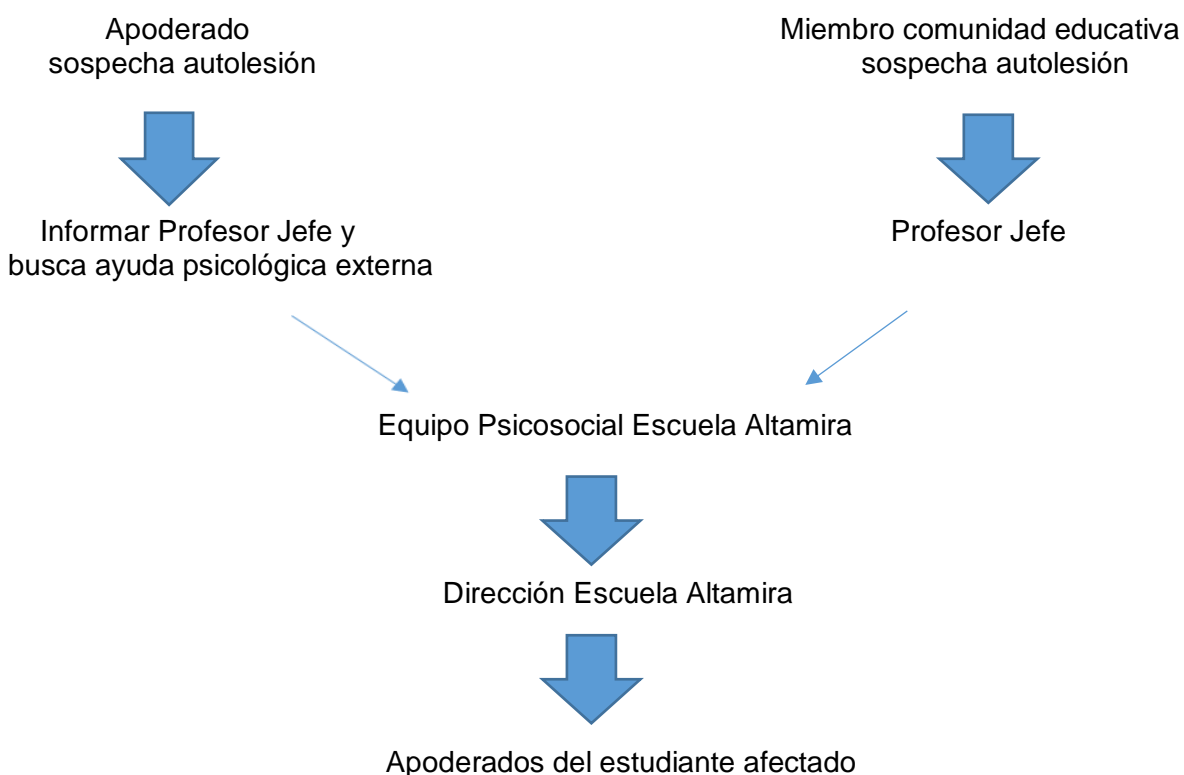
- ✓ Vestimenta inadecuada para la temporada (uso constante de mangas largas o pantalones en climas cálidos).
- ✓ Uso constante de bandas de muñeca, falta de voluntad para participar en eventos/actividades que requieran una menor cobertura del cuerpo (como la natación o clases de gimnasia).
- ✓ Vendajes frecuentes, parafernalia extraña /inexplicable (por ejemplo hojas de afeitar u otros objetos que pueden ser utilizados para cortar o golpear).

- ✓ Elevados signos de depresión o ansiedad.
- ✓ Quemaduras inexplicables, cortes cicatrices u otros grupos de marcas similares en la piel.

No es raro que las personas que se autolesionan cuenten historias inverosímiles o que pueden explicar uno, pero no todos los indicadores físicos, ejemplo decir que sucedió cuando jugaba con el gato. Si la persona no reconoce que se está autolesionando o evade la pregunta, no le presione, puede mantener la puerta abierta, al decir, *“bueno si alguna vez quieres hablar de algo, estoy disponible”*.

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

Si un apoderado se entera o sospecha que su hijo/a se autolesiona, debe ponerse en contacto con Profesor Jefe; si un miembro de la comunidad educativa se entera o sospecha que un estudiante se autolesiona, debe informar a Profesor Jefe. Independientemente de la persona, es fundamental 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 el estudiante, informándoles que el protocolo de la escuela requiere compartir su conocimiento de la autolesión con la persona y/o adulto responsable de él /ella.



V. En Caso que la Autolesión Ocurra al Interior del Establecimiento

En caso de heridas realizadas dentro del establecimiento educacional se actuara de la siguiente manera:

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

En ambos casos se contactara a padres y/o apoderados para informar la situación y sostener reunión a la brevedad con los entes pertinentes.

Hacer preguntas médicamente sencillas centradas en esta etapa también puede ser apropiado si el estudiante está en calma y dispuestos a compartir. Las cuestiones de la evaluación de la gravedad y los próximos pasos incluyen:

- ¿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 un médico porque estabas preocupados por una herida?

¿Debería llevarse a cabo una evaluación de suicidio?

Algunos estudiantes que se autolesionan también puede ser suicidas, ya sea durante el período en que se están perjudicando o antes de su desarrollo. Si bien, es raro que los estudiantes que se autolesionan activamente sean suicidas, la evaluación de suicidio se justifica -sobre todo si hay alguna razón para creer que el estudiante podría ser activamente suicida. En este caso, la evaluación del suicidio debería ocurrir inmediatamente y, si se detecta la tendencia suicida, se deben seguir ahora los protocolos de suicidio. Tenga en cuenta que mientras que un estudiante se autolesione puede no ser o haber sido alguna vez suicida en el momento en el que se detectó la autolesión, el comportamiento sirve como una señal de advertencia para algunos estudiantes de que el suicidio puede ser una opción más tarde, sobre todo si la angustia autolesión subyacente no se trata adecuadamente.

Investigación sugiere que no toda la autolesión es igualmente grave. Un estudio documentó 3 clases de autolesión:

Superficial

- Baja frecuencia a lo largo de la vida (menos de 11 episodios de autolesión)
- Usar formas capaces de causar daños en gran parte de forma superficial del tejido (por ejemplo, rascarse o interferir en la herida)
- Tienden a utilizar relativamente pocas formas de comportamientos de autolesión
- Este es el nivel de menos gravedad de letalidad, sin embargo, las personas que caen en esta clase podrían estar en un mayor riesgo para las ideas suicidas en comparación con los estudiantes que no se autolesionan

Agresiva / Leve daño tisular

- Baja frecuencia de autolesión a lo largo de la vida (menos de 11 episodios de autolesión)
- Usar formas capaces de causar daños leves en los tejidos (por ejemplo, pequeños pinchazos y moretones)
- Tienden a utilizar varias formas a través del tiempo (la forma más seria utilizada genera daños leves en los tejidos)
- Los miembros de esta clase se encuentran en un mayor riesgo de suicidio, de una historia de trauma y de trastornos alimentarios en comparación con la clase superficial y los que no se autolesionan

Crónico / Alta gravedad

- Alta frecuencia de autolesión a lo largo de la vida (más de 11 incidentes)
- Usa formas capaces de causar alto daño en los tejidos (por ejemplo, el corte, la ingestión de sustancias cáusticas, ruptura de hueso, etc.)
- Tienden a utilizar varias formas a través del tiempo (la forma más seria utilizada genera altos daños en el tejido)
- Los miembros de esta clase tienen el mayor riesgo de suicidio, de historia de trauma y trastornos alimentarios en comparación con otras clases de autolesión y con los no autolesionadores.
- Los miembros de este grupo son más propensos a cumplir con el clásico estereotipo de "cutter" (por ejemplo, tienen rutinas de autolesión, reportan algún grado de dependencia percibida a la autolesión, informan lastimarse más de lo previsto y de la interferencia en la vida como resultado de su autolesión).

¿Y ahora qué?

Idealmente, el equipo psicosocial de la escuela, conversa con el estudiante que se autolesiona inmediatamente después de la evaluación física. La recopilación de información básica acerca de la práctica de autolesión de un estudiante y la historia será importante para determinar la necesidad de participación de los padres y el uso de recursos externos.

En general, las preguntas deben tratar de evaluar:

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

Las decisiones sobre los próximos pasos se pueden hacer sobre la base de los resultados de esta evaluación. En general, los estudiantes tienden a caer en una de dos categorías de riesgo:

Estudiantes de bajo riesgo:

Los estudiantes con poco historial de autolesión, con una cantidad generalmente manejable de estrés externo, por lo menos algunas habilidades de afrontamiento positivas, y algunos apoyos externos, son los más propensos a ser gestionado fácilmente. Los padres serán notificados. En estos casos, es importante trabajar con el estudiante para pensar en estrategias para manejar el estrés y para el chequeo con la persona de contacto u otro adulto en el lugar de confianza en los momentos en los que comenzaron a sentir que pueden estar en riesgo para autolesiones u otros comportamientos poco saludables. El monitoreo de comportamiento de los alumnos a través de la observación, informes de los profesores, y los periódicos chequeos también están justificados durante un breve periodo de tiempo después de un evento de autolesión.

Los estudiantes de mayor riesgo:

Los estudiantes con los perfiles más complicados, los que reportan las prácticas frecuentes o de larga data de autolesión, que utilizan métodos de alta letalidad, y/o que están experimentando la tensión interna y externa crónica con pocos apoyos positivos o habilidades de afrontamiento, es probable que necesiten una intervención y gestión más intensiva. A menos que exista una alta probabilidad de que

se plante un riesgo adicional para el estudiante, es probable que se indique la participación de los padres en estos casos. Es importante notar que los estudiantes deben intervenir como participantes activos en cada paso - incluso en los casos en que el siguiente paso provoque obviamente resistencia. A menos que el estudiante esté en crisis severa y sea incapaz de funcionar (en cuyo caso los padres deben ser contactados inmediatamente) la decisión de hacer contacto con los padres se debe discutir con honestidad y respeto con el estudiante.

Involucrando a los padres:

Idealmente, el estudiante debe ser animado a llamar a sus padres para hablar de lo ocurrido, Equipo Psicosocial hablará con los padres sobre lo ocurrido.

La reunión debe incluir al estudiante, los padres y Equipo Psicosocial, debe ser programada tan pronto sea posible tras el evento. También se debe abordar la forma de crear y mantener un ambiente adecuado de apoyo para el estudiante, ayudar a los padres a entender la diferencia entre las respuestas constructivas y poco útiles a la autolesión y temas relacionados, serán importantes abordarlos cuando la dinámica entre los padres e hijos puede estar contribuyendo a la conducta.

La persona de contacto/equipo (profesor jefe y equipo psicosocial), debe instar a los padres a buscar asesoramiento y apoyo externo para su hijo/a; planificar una reunión de seguimiento con los padres y el estudiante a más tardar un mes después de ocurrido el incidente de la autolesión.

¿Cuáles son las cuestiones que rodean la notificación a los padres y la autolesión?

Los padres deben ser informados acerca de la conducta de autolesionarse de sus hijos, incluso si se considera que el niño no es una amenaza hacia sí mismo. Si un padre de un estudiante que se autolesiona no hace ningún esfuerzo para buscar asesoría externa o ayuda especializada para su hijo, su comportamiento puede ser visto como negligente, la escuela tiene la obligación de informar las negligencias de los padres y/o apoderados a Tribunal de Familia, ya que se vulnera Derechos a la Infancia.

VI. Mitos, que NO es autolesión:

1.- La herida no está tan mal, por lo tanto no el problema no es serio: no se puede juzgar la seriedad del trastorno emocional de una persona por la severidad de un corte causado a sí mismo, ni el problema. Todo dependerá de la persona que se autoagrede, como considere el problema y como sea su manera de afrontarlo.

2.- La gente que se autoagrede debería ser internada en una clínica psiquiátrica: la autoherida es el resultado de dominar emociones y pérdida de control. La colocación de alguien que se siente así en una institución podría causar daños peores.

3.- Las personas que se autolastiman tratan de llamar la atención: los que se autolastiman pueden necesitar ayuda pero no lo hacen para llamar la atención, de hecho la mayoría trata de ocultar sus heridas y cicatrices y/o no sabe porque tiene esta conducta.

4.- Los que se autoagreden solo tratan de manipular a otras personas (padres, amigos, novios) algunos utilizan la autoagresión para llamar la atención, pero la mayoría no. Si se cree que alguien se autolesiona para llamar la atención, trata de enfocarte en que es lo que ellos quieren y asistirlos para conseguir ayuda.

5.- Los que se autolesionan representan un peligro para otras personas: el autoherirse es una actividad privada. La ira la canaliza hacia la propia persona y solo ella.

6.- Las personas que se autolesionan no sienten dolor: para algunos, el dolor no se siente de inmediato durante el proceso de autoherirse, pero sienten dolor después.

7.- El autoherirse en un desorden de personalidad: la enfermedad que cause las autolesiones pueden ser muchas y no tienen por qué desarrollar esta conducta. No todas las personas con un desorden de personalidad se autolesionan.

8.- Solamente las mujeres adolescentes se autolesionan: el perfil epidemiológico es extenso (ambiente, sexo, edad) no puede decirse que solamente un a clase de personas se autolesionan.

9.- El autolesionarse es un intento de suicidio equivocado: las personas que se autolesionan no están intentando suicidarse. Ellos están usando la autolesión como un modo de tratar las emociones difíciles y aplastantes, tengan o no conocimiento de ello. Su intención no es morir, aunque esto pueda suceder.

10.- No hay nada que puedas hacer para ayudar a alguien que se autolesiona: las personas que se autolesionan necesitan ayuda profesional pero también el cariño y la comprensión de la gente que las rodea. Es necesaria la empatía, escuchar sin enjuiciar, tener información y sentido común.

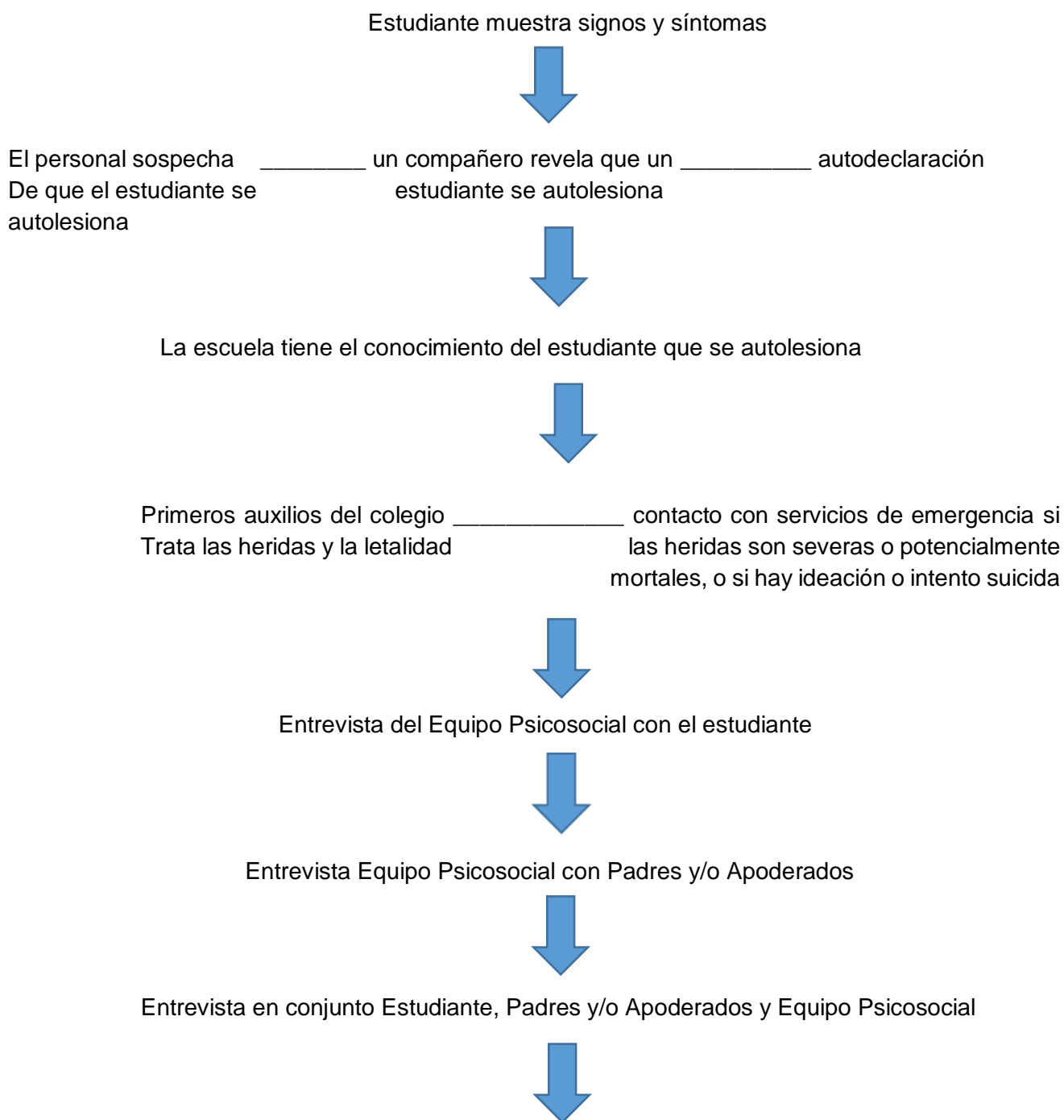
VII. Contagio social de la autolesión:

El factor “contagio” también puede contribuir al aumento de autolesión entre los adolescentes. Los adolescentes suelen “probar” diferentes roles, uno tras otro, buscando los comportamientos aceptables, los mecanismos de supervivencia y sistemas de apoyo. Cuando un compañero encuentra consuelo en la autolesión, la información podrá ser compartida con otro compañero de grupo. Puede animar a intentarlo, la curiosidad, la presión del grupo, y el comportamiento de asunción de riesgos comúnmente visto por adolescentes, puede ser inicio de muchas personas que se autolesionan.

La atención de los medios populares de comunicación puede perpetuar la autolesión por la exposición de la práctica a los adolescentes en situación de riesgo y atraerlos a probar este mecanismo de afrontamiento.

La teoría del contagio social sostiene que las ideas o comportamientos pueden propagarse a través de poblaciones sin querer, al igual que pueden hacerlo una enfermedad o dolencia. Los adolescentes en promedio suelen ser más susceptibles que los adultos a las sugerencias de las conductas suicidas. Uno de los efectos negativos de los modelos de medios de comunicación es que ayudan a que ciertas ideas, como por ejemplo la autolesión o la violencia a los otros, parecen más legítimas.

VIII. Flujograma



Seguimiento (Si un padre de un estudiante que se autolesiona no hace ningún esfuerzo para buscar asesoría externa o ayuda especializada para su hijo/a, su comportamiento es visto como negligente, la escuela tiene la obligación de informar las negligencias de los padres y/o apoderados a Tribunal de Familia, ya que se Vulnera Derechos a la Infancia.

IX. Bibliografía:

- ✓ Villarroel, J, Montes. C. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. Revista neuro- psiquiat 2013; 51 38-45

Coyhaique, Diciembre de 2016.