

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/305727546>

Violencia autoinfligida y la adicción al dolor

Chapter · January 2016

CITATION

1

READS

11,505

5 authors, including:



José Luis Rivera Salazar

Universidad Latina de México

6 PUBLICATIONS 8 CITATIONS

SEE PROFILE



Claudia Cecilia Vega Robles

1 PUBLICATION 1 CITATION

SEE PROFILE



Mayra García Rodríguez

1 PUBLICATION 1 CITATION

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Enseñanza del psicoanálisis en la universidad [View project](#)



La legitimidad del concepto: epistemología freudiana de Paul-Laurent Assoun [View project](#)

CAPÍTULO



6

Violencia autoinfligida y la adicción al dolor

José Luis Rivera Salazar • Verónica Ramírez Salgado • Ana Laura Rojas Patiño
• Claudia Cecilia Vega Robles • Mayra García Rodríguez

•• Introducción

En México, la percepción social sobre las autolesiones comenzó en 2008, con la atención a los conflictos entre grupos de jóvenes y algunas medidas políticas interpretadas como expresión de intolerancia. El 8 de marzo, en la ciudad de Querétaro, cientos de jóvenes de tribus urbanas golpearon a muchachos de otra tribu llamados *emos*¹ como respuesta a “invitaciones” anónimas en Internet (1). Días después, el 30 de marzo, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) dio a conocer que efectuó diversas actividades por lo acontecido contra esos jóvenes en 14 estados; entre ellos Querétaro, Jalisco, Guanajuato y el Distrito Federal (1,2). Posteriormente, la CNDH realizaría un informe sobre los *emos* (3) con estudios psicológicos que se publicaron un año después de los acontecimientos.

En Guanajuato, el entonces presidente municipal de Celaya pidió a estas bandas retirarse del Centro Histórico para no dar mal ejemplo (4). A consecuencia de tal declaración, la CNDH solicitó a este alcalde pedir una disculpa pública, pues los chicos tienen derecho a la libre asociación. Se hizo una lectura política del asunto y se acusó al conservadurismo de atentar contra los derechos humanos de los *emos* (5). El presidente municipal de Celaya pidió una disculpa pública, pues, como la CNDH afirma, los chicos tienen derecho a la libre asociación y se deja de lado las conductas autodestructivas en sí, junto con grandes y difíciles problemas éticos: ¿Estos jóvenes tienen derecho a lastimarse ellos mismos? ¿No es un derecho humano fundamental ayudarles ante esta conducta autodestructiva?

¹ Este término es un apócope de *emotional hardcore*, subcultura musical del rock que inicialmente buscaba abordar variadas emociones y estados de ánimo con el fin de generar estas mismas emociones en el oyente. Sin embargo, posteriormente, ser *emo* significó adoptar una apariencia y una serie de comportamientos que pretenden reflejar un estado de tristeza interna para identificarse con su grupo de pares. Usan *piercings*, tatuajes, ropa oscura y accesorios oscuros o fluorescentes.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) emitió el boletín: *Presentan emos un perfil psicológico depresivo (6)*, que tiene como objetivo dar una “opinión de expertos” de algunos de sus académicos. Andrés E. Alcántara es académico de la Facultad de Psicología de la UNAM, Héctor Castillo es investigador del Instituto de Investigaciones Sociales (IIS), especialista en grupos urbanos (2002); Bertha Blum es académica de la Facultad de Psicología de la UNAM, además de coordinadora del Programa para Optimizar la Enseñanza y Profesionalización del Psicólogo Clínico; Benjamín Domínguez es psicólogo experimental, además de autor de varios trabajos sobre el estrés y el dolor.

El mismo día, 25 de marzo de 2008, lo difunde la agencia Notimex (*El Universal, El Sol de México, El Financiero en línea y la BBC*). Esta publicación tiene un efecto tanto mediático como académico, por el prestigio de la UNAM, y contribuyó a que *emo* se convirtiera en sinónimo de autolesión, depresión y suicidio. Dicho documento plantea tres perspectivas: una sociológica, una psicológica y una psicobiológica.

En la primera perspectiva, la sociológica, Castillo (7) afirma que el fenómeno *emo* es una moda, un producto de la mercadotecnia, y que este grupo de jóvenes no son una “tribu urbana”, porque no tienen una propuesta social ni política. Castillo piensa que no hay mayor preocupación ante este fenómeno, pues llegado el momento, los jóvenes *emo* trabajarán y abandonarán el papel de “adolescentes vistosos”. En el mismo tenor, Blum (7) señala que en la adolescencia los jóvenes pasan por una crisis de identidad que les obliga a reunirse en espacios transicionales como los grupos, también indica que los integrados por *emos* presentan características particulares: buscan una identidad andrógina, la mayoría de sus miembros son de clase media o alta, además de que tienen una posición económica estable que les permite el acceso a Internet.

Dentro de la explicación psicológica, Alcántara (7) considera grave el hecho de que este grupo promueva la tristeza, pues los jóvenes que ingresan a él exacerban sus conflictos y arrastran a los depresivos al suicidio. Describe que se cortan o rasguñan la cara y los brazos como una forma de rebelión ante sus padres o ante el mundo, “nadie lo sabe ni siquiera ellos”, afirma. Después cubren sus cicatrices con el cabello, pulseras y adornos. Y aunque no tiene un estudio estadístico sobre cuántos *emos* se suicidan (debido a la novedad del fenómeno), Alcántara estima, además sin describir su procedimiento, que aproximadamente 40% de los adolescentes *emos* son suicidas en potencia, al presentar un perfil psicológico depresivo exaltado por esta moda.

Se propone también una explicación psicobiológica cuando Domínguez (7) afirma que los *emos* promueven el uso del dolor, pues de esta manera subliman sus emociones, de igual forma que a los deportistas o los toreros, que al enfrentarse al peligro les produce una intensa emoción que les hace desear seguir haciéndolo. Agrega que el dolor está constituido por estímulos propioceptivos y cumple una función de protección: la persona que no lo siente, se lastima, se daña gravemente e incluso fallece. Y supone que quizá los *emos* se dañan porque no sienten dolor.

Las afirmaciones anteriores son incongruentes puesto que por un lado dan a entender que la autolesión es una moda o un síntoma normal de la adolescencia cuya duración es transitoria, mientras que por el otro se señala que tienen una adicción al dolor similar a la de los deportistas extremos, o bien, que la falta de percepción del dolor o su perfil depresivo exaltado por la moda los puede llevar al suicidio, esto genera la necesidad de realizar una descripción del fenómeno de las autolesiones que aclare estas contradicciones. En cuanto a la pericia de los autores, éstos son expertos en alguna área relacionada al problema de los comportamientos autodestructivos, cabe aclarar que no habían profundizado en estos estudios, pues tomemos en cuenta que frente a la novedad del fenómeno no había especialistas en autolesiones. Posteriormente a su declaración de 2008, Bertha Blum será coautora de un artículo sobre riesgo y letalidad suicida (7).

El objetivo de la investigación es el de organizar el campo de la observación de los actos autolesivos, realizando una compilación de aquellas teorías que existen hasta el momento, indicando los principales modelos y paradigmas que lo explican con el fin de hacer comprensibles tales manifestaciones, además de obtener una explicación de la adicción al dolor, de manera que las teorías nos permiten recurrir a diversas perspectivas de esta realidad social. Todo ello para lograr un acercamiento del psicólogo clínico a este fenómeno, mostrándole algunas alternativas teóricas que lo describen y dejando de lado una generalización teórica.

La aparición de los *emos*² constituyó una señal de alerta para que la sociedad enfocara su atención hacia esas personas que están en riesgo emocional; no obstante, pronto otros asuntos nacionales vinieron a captar la atención del país, tales como la inseguridad y la violencia social y principalmente el narcotráfico, por lo que los *emos* y sus problemas pasaron a segundo término.

Así, algunas de las preguntas de investigación documental pueden traducirse en los siguientes enunciados: ¿Qué es la violencia autoinfligida? ¿Cómo se le denomina en psicopatología a la gente que se daña a sí misma? ¿Existe una sola categoría o puede haber varias? ¿Cómo se puede explicar que el fenómeno de las "autolesiones" se convierta en un proceso adictivo? Estas interrogantes nos guiarán para buscar y recopilar toda aquella información que ya existe acerca del problema.

Esta compilación sobre las autolesiones contribuye a la comprensión global de este fenómeno, permite optimizar la consulta respecto del tema, proporciona información de manera descriptiva y comparativa,

² Hoy en día los *emos* han desaparecido, y aunque han dejado de serlo siguen teniendo las mismas costumbres y hábitos. Al escuchar la palabra erróneamente se remitía a la noción de persona depresiva o que se autolastima, siendo que esta tribu urbana no era la única que se autolesionaba, ya que no es necesario formar parte de algún grupo de jóvenes en particular para hacerlo, sino que es un fenómeno social que se ha generalizado y un problema de expresión emocional. Fue por esta agrupación juvenil y su repercusión en los medios de comunicación que la sociedad mexicana, los profesionales de la salud y académicos prestaron más atención al problema de la violencia autoinfligida.

incluye datos relevantes en cuanto a la representación social, definición dentro de algunos modelos conceptuales, controversia sobre su denominación, ciclo sobre la violencia y adicción al dolor.

Este trabajo beneficia de forma general a los profesionales de la salud mental, de manera particular a psicólogos y psicoterapeutas involucrados en la prevención de la violencia, la atención a la salud pública y la práctica clínica privada, que seguramente han tenido dificultades para encontrar información fidedigna en cuanto a la temática de las autolesiones. Además representa una aportación para la sociedad mexicana, puesto que constituye una investigación novedosa sobre los comportamientos autolesivos, ahora tan comunes entre los jóvenes del país.

•• La emergencia del fenómeno de autolesiones

No contamos con una historia de la autolesión, pero tenemos testimonios de diversas culturas sobre este fenómeno, aunque están tan fragmentados y dispersos que son más una pedacera de relatos y mitos. Por ejemplo, en la antigüedad las conductas autolesivas se practicaban públicamente como parte de ciertas costumbres y creencias en algunas sociedades. Mientras que en la Edad Media, la práctica de la autoflagelación estaba presente en las tres principales religiones (Judaísmo, Cristianismo e Islam), entendida tanto como un ejercicio moral de santidad o en ocasiones una forma de expiar las culpas individuales y sociales. Los monjes medievales y los santos católicos purificaban el alma de los pecados de la carne con silicios y ayunos.

Ahora, la sociedad moderna se entera de estos "actos secretos" por los medios masivos de comunicación. Al principio de la aparición de estos medios en el siglo xx, era poco frecuente que se comentara sobre la autolesión, sólo después la década de los ochenta comenzó a ser un tema común. Desde entonces se puede ver una larga y detallada lista de manifestaciones culturales donde aparece el asunto de la autolesión, ya sean películas, música y videos, confesiones públicas de celebridades, que muestran cómo este fenómeno afecta la conciencia social.

En el ámbito cinematográfico tenemos el ejemplo de películas como: *Inocencia interrumpida* (8), *A los trece* (9) o *Dentro de la piel* (10). La controvertida escritora austriaca Elfriede Jelinek, galardonada con el Premio Nobel de Literatura en 2004, aborda el tema en su novela *La pianista* (11), cuya adaptación fue llevada al cine (12). En esta película, el personaje central, una soltera de casi 40 años llamada Erika Kohut, se corta con una navaja de rasurar para lidiar con sus emociones negativas, producto de la relación simbiótica y ambivalente con su madre, de sus frustraciones sexuales y sus falsas pretensiones profesionales.

En la esfera musical, el grupo finlandés HIM interpreta la canción *Más allá de la redención* (13), cuya letra dice: "¡Oh! Yo puedo ver tus cicatrices, yo sé de dónde provienen. Sensualmente esculpidas y sangran hasta que mueres y desapareces", aquí se aprecia que habla explícitamente

de cortarse. También, en el video (S)aint (14), el cantante Marilyn Manson se taja en el pecho, tiene sexo y se droga, acciones por las cuales fue inicialmente prohibido en 2003, cuando apareció únicamente la canción (15), y un año después salió el video sin censura. El título es un juego de palabras que significa al mismo tiempo santo, y no es, si suprimimos la letra ese, que está entre paréntesis. Nuestro último ejemplo es el video titulado *Respira por mí* (16), de la banda norteamericana de metal llamada Deadstar Assembly, donde se muestra a una jovencita haciéndose cortes en un brazo, incapaz de controlar su enojo y tristeza.

Además, numerosas personalidades internacionales han confesado que se autolesionan, tal como la fallecida Lady Diana, Princesa de Gales; la atleta olímpica Dame Kelly Holmes, los actores Angelina Jolie, Johnny Depp y Colin Farrell; los músicos roqueros Courtney Love y Marilyn Manson (17), sólo por mencionar algunos ejemplos.

Para comienzos del siglo *xxi*, el Internet juega un papel importante en la formación de oportunidades para la interacción social con *chats*, *blogs*, el correo electrónico y más recientemente con las redes sociales. El Internet ha demostrado ser un medio popular para que las personas con una variedad de quejas relacionadas con la salud se puedan proporcionar información y apoyo mutuo.

Hay diversos grupos de discusión en la red dedicados a la cuestión de la autolesión; sin embargo, existe desacuerdo en cuanto a si estos grupos agravan o alivian el comportamiento de autodaño. Los importantes sitios de autoayuda o apoyo mutuo para las personas que se autolesionan se escriben tanto en inglés como en español, entre los cuales se encuentra sitio web *self-injury.net* (18), creado por una chica que se autolesionó durante 15 años y que está solucionando su problema.

Secret Shame (Vergüenza secreta) (18) es un sitio web creado por Armando Favazza, esta web incluye contenidos que se refieren a cómo este comportamiento afecta a sus seres queridos, proporciona información a familiares y amigos; además, tiene una extensa sección de las preguntas frecuentes acerca de la autolesión. Contiene un tablero de anuncios supervisados que permite a quienes se autolesionan comunicarse unos con otros.

Otro ejemplo similar, es la Comunidad Autolesión Selfinjury Foro (ASeFo) (19), primera red social de habla hispana sobre autolesión en el mundo, creada en España en 2009 para brindar información a la sociedad y un foro de expresión. Pasó a tener una participación internacional en 2011, cuando se fusionó con las páginas *autolesion.com* y *auto-lesion.com*, ambas coordinadas por la psicóloga mexicana Dora Santos. En 2013 se amplió también a Argentina.

Para 2014, la página se elabora de acuerdo con códigos médicos de la web, incluye el apartado de avisos legales, se unieron a organizaciones de profesionales, se comunicaron con diputados locales e internacionales, además de que crearon la *Guía autolesión* y publicaron traducciones de textos. Entonces ya disponían de los certificados de calidad web internacionales más notables y mudaron la cuenta de Facebook a una *FanPage*.

Todas estas manifestaciones no son homogéneas. Los medios de comunicación, en su papel de difusión y el arte como expresión humana, nos muestran que la alusión a la violencia es un elemento fundacional de la cultura. Pero distinguimos al menos dos aspectos diferentes de la violencia: la real y la representada, donde no hay correspondencia inmediata entre ambas, pues mientras que la violencia real tiene como referente una realidad externa, la violencia representada se vincula con una emoción. En este sentido, “la teatralidad de la representación atenua o ensalza la violencia” (20).

❖❖ Controversia sobre la terminología para denominar las lesiones a sí mismo

El fenómeno de las autolesiones ha ido despertando el interés de los profesionales de la salud alrededor del mundo de forma paulatina. Los contenidos de las investigaciones que revisamos como antecedentes son contradictorios entre sí, tienen un lenguaje diverso y generan confusión. Comenzaremos por exponer las filiaciones que nos permiten contextualizar el fenómeno de las autolesiones, partiendo de aquellas organizaciones que han destacado en su intento por explicarlas, abordando el problema de forma global, para lo cual revisaremos las investigaciones realizadas en diversos países.

Si bien hemos mostrado que las autolesiones no son un fenómeno nuevo, no fue sino hasta 1880 que los investigadores comenzaron a explorar las conductas autodestructivas en escenarios clínicos, pero con frecuencia no diferenciaron las automutilaciones de otras conductas derivadas de enfermedades mentales, en particular del suicidio (21).

Una de las formas más frecuentes de designar la violencia dirigida contra sí mismo es la automutilación. La denominación de automutilación apareció por primera vez en la literatura psiquiátrica en 1913, en *The case of Miss A: A preliminary report of a psychoanalysis study and treatment of a case of self-mutilation* (22) (*El caso de la Señorita A: un reporte preliminar del estudio psicoanalítico y tratamiento de un caso de automutilación*), realizado por Emerson (1913). No fue sino hasta la década de los treinta cuando apareció un artículo sobre las automutilaciones de Karl Menninger que comienza el desarrollo conceptual, definición y delimitación de la automutilación. Este psiquiatra psicodinámico fue el primero que hizo una distinción entre conducta suicida y automutilación en su libro *Man Against Himself* (*El hombre contra sí mismo*) (23). En él describe a la automutilación como un acto impulsivo en el que combaten las pulsiones de vida y muerte, e identifica la automutilación como una demostración no mortal del impulso de autodestructividad y la expresión de una atenuación del deseo de morir. Menninger usa el término suicidio parcial y describe a la conducta automutilatoria como parte de la conducta suicida. El término suicidio parcial fue muy usado en la primera mitad del siglo xx (desde 1938 hasta finales de los años sesenta).

Roe-Sepowitz señala que a principios de 1990, los investigadores comenzaron a ver al suicidio y a la automutilación como problemas diferentes pero relacionados. Por ejemplo, algunos investigadores, como Favazza (24), piensan que la automutilación es una demostración de voluntad de vivir y no de morir, además de un esfuerzo individual para mantener el balance de la tensión interna. Mientras que otros, como Sellar (25) y colaboradores, afirman que la automutilación es un síntoma directo o una característica del suicidio. La discusión de las diferencias entre suicidio, automutilación, parasuicidio o intento de suicidio continúa hoy en día. El término "parasuicidio" lo introdujo Norman Kreitman, en 1969, para referirse a todas aquellas conductas suicidas que no tenían un desenlace fatal, con independencia del grado de letalidad de las mismas.

Armando Favazza, psiquiatra estadounidense, maestro y vicepresidente del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Missouri-Columbia, es muy conocido por sus estudios de la psiquiatría cultural, la autoagresión deliberada y la religión. En sus numerosas publicaciones en esta área tuvo como colaboradores a otros investigadores de la misma, tales como Karen Conterio, Daphne Simeon, y Richard Rosenthal. *Bodies Under Siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry* (26) (*Cuerpos bajo sitio: la automutilación en la Cultura y Psiquiatría*), publicado en 1987, fue uno de los pocos libros de psiquiatría sobre este tema y, según el mismo autor, su magnum opus. La segunda edición (1996), subtitulada *Automutilación y modificación del cuerpo en la cultura y psiquiatría*, es la más citada de sus obras y el texto completo en el campo.

Favazza clasificó los comportamientos automutilatorios. Para este autor, la automutilación consiste en la destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente; describe la autolesión como una forma morbosa de autoayuda, ya que alivia temporalmente síntomas molestos como la ansiedad abrumadora, despersonalización, depresión, y la rápida fluctuación de las emociones (27). Según Favazza, quienes se autolesionan tratan de curarse a sí mismos para alcanzar un cierto grado de espiritualidad y para establecer un sentido de orden personal. Él enseñó a los médicos que esta conducta perjudicial es totalmente diferente de la conducta suicida, aunque los cortadores de piel repetitivos pueden desarrollar un síndrome de daño voluntario mortal, que incluye la desmoralización y una tendencia a la sobredosis.

Favazza (27) divide las automutilaciones en una clasificación fenomenológica que ha refinado desde la segunda edición de su libro, así como en sus publicaciones en colaboración, mediante el examen de pacientes. Las automutilaciones patológicas podrían ser divididas en cuatro tipos:

1. *Mayores (enucleación del ojo y las amputaciones de dedos, manos, brazos, pies o genitales)*. Son raras y están asociadas con la psicosis, el transexualismo y las intoxicaciones.
2. *Estereotipadas*. Éstas son comunes en el retardo mental y en el síndrome de Tourette (golpearse la cabeza contra la pared, mor-

derse, golpearse las manos o los brazos, apretarse los ojos o la garganta y arrancarse los cabellos, entre otras).

3. *Compulsivo*.
4. *Impulsivo* (*cortarse, arañarse, quemarse la piel, clavarse agujas o tirarse compulsivamente del pelo*). Son comunes y están asociadas a una variedad de trastornos mentales como la depresión, ansiedad, estrés postraumático y trastornos de la personalidad, especialmente fronterizo, histriónico y antisocial (28).

La teoría de Favazza es una de las más influyentes y está referida en las mejores investigaciones acerca del tema, incluso ha ejercido cierta influencia en el famoso DSM, al aparecer sólo en el uso del término automutilación, en particular en el *Manual del Diagnóstico Diferencial* para el DSM-IV-TR (28), aunque no abordaremos lo que compete a los que expresan estos manuales, pues requeriría un estudio específico de los mismos que nos desviaría de los propósitos del presente trabajo.

•• Violencia autoinfligida: comportamiento suicida mortal y comportamiento suicida no mortal

La doctora Alderman, psicóloga clínica norteamericana de la University of Humanistic Studies, en su libro *The Scarred Soul (El alma aterrorizada)* (29), dice que el término *violencia autoinfligida* es "definido como el daño intencional de uno en nuestro cuerpo sin intento suicida consciente" (30), o bien, como el acto con el propósito de lastimarse físicamente uno mismo. Lo que caracteriza la *violencia autoinfligida* es que es ejecutada por sí mismo, contra sí mismo; es violencia física, intencional y propositiva, sin intención suicida. La *violencia autoinfligida* difiere de otras conductas que tienen o podrían tener efectos lesivos, como son: un tatuaje profesional o un *percings*, el uso de drogas, mutilaciones rituales y la cirugía plástica.

El concepto de *violencia autoinfligida* también se utiliza para describir el problema de salud pública en los organismos internacionales. Con el fin de dar a conocer de manera objetiva la magnitud del problema de la violencia global, en 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó por primera vez un *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (30), con el esfuerzo de más de 160 expertos de todo el mundo que trabajaron por casi tres años. El documento está estructurado en nueve capítulos y analiza diversos aspectos de la violencia como problema de salud pública, la define, clasifica, examina sus múltiples causas y valora su magnitud, así como la posibilidad de prevenirla. En particular, nos interesan los aspectos psicológicos de la violencia, sobre todo el capítulo 7, titulado *Violencia autoinfligida*, cuyos autores son Diego DeLeo, José Bertolote y David Lester, investigadores en el ámbito de la conducta suicida.

La OMS define la violencia como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (31). Esta definición general comprende la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva. A su vez, estas tres categorías se subdividen en tipos de violencia más específicos (tabla 6.1).

Tabla 6.1 Definición de autolesiones (OMS)

Autoinfligida		Interpersonal		Colectiva		
Comportamiento suicida mortal	Comportamiento suicida no mortal	Violencia intrafamiliar o de pareja	Violencia comunitaria	Social	Política	Económica
Pensamientos suicidas. <ul style="list-style-type: none"> • Intentos de suicidio (parasuicidios). • Suicidios consumados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autolesiones o automutilaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maltrato a los niños. • Violencia contra la pareja. • Maltrato a los ancianos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia juvenil. • Los actos violentos azarosos. • Las violaciones sexuales por parte de extraños. • La violencia en establecimientos (escuelas, trabajo, prisiones y asilos de ancianos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Genocidio. • Represión. • Violaciones de los derechos humanos. • Terrorismo. • Crimen organizado. 		

Fuente: elaboración propia.

En este texto nos interesa la violencia autoinfligida, la que es dirigida contra uno mismo, que se divide en dos: *comportamiento suicida mortal* y *comportamiento suicida no mortal*. El primero se refiere al suicidio consumado; mientras que el segundo describe “las acciones suicidas que no provoquen la muerte” (31), donde se incluyen las autolesiones y la automutilación.

La primera de estas formas corresponde al *comportamiento suicida mortal*. El *Informe de la OMS* atribuye la acuñación del término *suicidio* al médico y filósofo Sir Thomas Browne, que creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). El neologismo

reflejaba el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona. Sin embargo, el *Informe de la OMS* utiliza la definición de suicidio muy conocida de Shneidman: “el acto humano de causar la cesación de la propia vida” (31). Y aunque parezca obvio, en cualquier definición de suicidio, la intención de morir es un elemento clave, no obstante es sumamente difícil reconstruir los pensamientos de las personas que se suicidan, a menos que hayan mostrado sus intenciones con claridad antes de su muerte o hayan dejado una nota póstuma.

La segunda de estas figuras en el documento de la OMS es el *comportamiento suicida no mortal*, éste se refiere a las acciones suicidas que no provocan la muerte. Estos actos también se llaman a menudo *intentos de suicidio*. El cual, en Estados Unidos, es denominado *parasuicidio* y, en Europa, *daño autoinfligido deliberado*. Encontramos que también en el documento se equipara la violencia dirigida contra uno mismo con el concepto de automutilación, se cita aquí a Favazza y se utiliza su clasificación.

La OMS reconoce que son pocos los países que tienen datos fidedignos sobre el comportamiento suicida no mortal, la razón principal reside en la dificultad de recopilar la información, por lo que admite no conocer claramente la magnitud de los intentos de suicidio o autolesiones en la mayor parte de los países.

Hay varios problemas para tener un registro por parte de los servicios de salud:

- Sólo una minoría de los que se autolesionan van a los hospitales para recibir atención médica.
- En muchos países en desarrollo, la tentativa de suicidio sigue siendo un delito penado o no es obligatorio notificar las autolesiones, por lo que no se recopila la información sobre ellas, como es la situación de México donde no se tiene un registro nacional sobre las autolesiones.
- Se requiere registrar no sólo la presencia de autolesiones o intento de suicidio, sino también otros factores como la edad, el método de la tentativa de suicidio, la cultura y la accesibilidad de la atención de salud.
- Muchos padres no ven o no pueden percibir los indicios de la autolesión o suicidio, incluso otros consideran estos síntomas como normales de la adolescencia.
- Los jóvenes que se autodañan y buscan ayuda se encuentran ante el ridículo y el desprecio de médicos o enfermeras que los reprenden, por lo que dejan de acudir a estos servicios.
- Algunos autores reconocen que las cifras de la OMS no son de fiar, se cree que están *infravaloradas*.

Ahora bien, como se puede apreciar en lo anteriormente expuesto, existen muchos malentendidos sobre el suicidio y las autolesiones. Uno de estos casos ha sido considerarlos actos repentinos e incomprensibles y sólo recientemente se ha entendido que son procesos. La primera contribución

para comprender dichos actos en fases se debe al psiquiatra y psicoanalista Stengel, él diferencia entre el intento de suicidio y el suicidio consumado. Esta primera aportación pronto se vio oscurecida por la confusión conceptual que la OMS provoca, pues hace suponer que todas las autolesiones son intento de suicidio o la existencia de etapas en el suicidio. Para el año 2000, el proceso de suicidio es presentado por al menos en cuatro etapas: ideación, planificación, intento de suicidio y el suicidio consumación.

Pero se presenta otro problema de suma importancia, existe una controversia acerca de la terminología más apropiada para describir el comportamiento autolesivo. Como mencionamos anteriormente, la OMS ha propuesto el término *comportamiento suicida no mortal* para las acciones suicidas que no provocan la muerte. Tales actos también se llaman *intentos de suicidio*, un término común en los Estados Unidos, "parasuicidio" y "daño autoinfligido deliberado", términos que son frecuentes en Europa (31). En la literatura de las autolesiones, sus prácticas y su investigación como fenómeno, se utiliza una gran cantidad de términos o abreviaturas como los anteriores para describir este acto; en consecuencia, esta conducta no tiene un nombre oficial. Esto es fácil de observar con sólo considerar los múltiples términos que Sutton ha acuñado para designar este acto (tabla 6.2).

Janis Whitlock, directora del Proyecto de investigación sobre comportamiento autoagresivo de la Cornell University, en Nueva York, declaró: "Nos faltan datos, pero creemos que está mucho más extendido de lo que parece" (32). El campo de investigación es relativamente reciente y según Whitlock hay personas aisladas estudiando las autolesiones en Nueva Zelanda, Gran Bretaña, Australia, Alemania, Canadá y Estados Unidos, pero sugiere que las instituciones no lo hacen, pues no hay ni un departamento específico en Estados Unidos donde se esté estudiando el fenómeno, por poner un ejemplo.

El Informe *Truth Hurts* (33) (*La verdad duele*) revela que uno de cada 10 o 15 adolescentes del Reino Unido, de entre 11 y 25 años, se hace daño deliberado a escondidas para superar la ansiedad. Según el informe realizado por la Camelot Foundation y la Mental Health Foundation del gobierno británico, la edad media a la que empieza esta conducta es a los 12 años, pero incluso hay niños de cinco y siete años que lo hacen (34).

Tabla 6.2 Terminología que describe el acto de dañarse uno mismo

Término en inglés	Siglas en inglés	Término en español	Sigla en español
1. Deliberate self-harm	DSH	Auto	ADD
2. Parasuicide	PS	Parasuicidio	PS
3. Self-mutilation	SM	Automutilación	AM
4. Self-abuse	SA	Autoabuso	AA

(Continúa)

(Continuación)

5. Self-inflicted violence	SIV	Violencia autoinfligida	VAI
6. Self-injury	SI	Autolesión	AL
7. Self-injurious behaviour	SIB	Comportamiento autolesivo	CL
8. Self-cutting	SC	Autocortarse	AC
9. Self-destructive behaviour	ADB	Conducta autodestructiva	CAD
10. Self-wounding	SW	Autoherirse	AH
11. Self-torture	ST	Autotortura	AT

Fuente: elaborado con datos del artículo de Sutton, J (2001).

Catherine McLoughlin, directora del *Truth Hurts*, afirma que el fenómeno de las autolesiones “es una epidemia oculta de proporciones alarmantes [...]” (33) de la que se desconoce su origen y cómo detenerla. Esta especialista agregó que se sabe tan poco de este fenómeno ahora como de la anorexia hace 20 años, “[...] el desconocimiento sobre el asunto es tan abrumador que las cifras aumentarán a menos que actuemos inmediatamente” (33).

El informe estima que aproximadamente 25 000 jóvenes son ingresados cada año en hospitales del Reino Unido después de hacerse daño deliberadamente. La mayoría por sobredosis de drogas o cortados por ellos mismos (34). Señala que el Reino Unido es el país con la tasa más alta de autolesión de Europa. Las investigaciones muestran que una de cada 15 personas se ha lesionado a sí misma. Se cree que estas cifras también están *infravaloradas*; es decir, que en un aula de 40 puede que haya más de cuatro que se corten, se queman, se arañen, se muerdan, etc., para aliviar su ansiedad, sin que nadie lo sepa, lo que demuestra que es un problema bastante común (34).

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (34) indica que la tasa de suicidios se mantuvo relativamente estable entre 1950 y 1990, y que se redujo en la década de los noventa. Al mismo tiempo, estima que hay entre ocho y 25 intentos de suicidio por cada suicidio consumado. Sin embargo, no existen medidas nacionales de la tasa corolario (reales) de los intentos de suicidio, lo que es preocupante. Durante este periodo, la tasa de suicidios se redujo ligeramente, de 12 a 10.7 por cada 100 000 personas al año (Estadísticas Vitales informes nacionales). En contraste, entre 1992 y 1999, el número de visitas a urgencias por lesiones autoinfligidas intencionales aumentó en más del doble, de 600 a 1 600 por cada 100 000 personas por año (Encuesta de Atención Médica Ambulatoria del Hospital Nacional [NHAMCS]). Por lo tanto, las tendencias en las tasas de suicidio y las admisiones en las salas de emergencia de Estados Unidos para lesiones autoinfligidas se han estado moviendo en direcciones opuestas desde 1992, mientras los suicidios tienen una tendencia a la baja, las lesiones autoinfligidas intencionales tienen una tendencia al aumento (35).

Tomando en cuenta las estadísticas mencionadas en los párrafos anteriores, podemos encontrar que resulta difícil establecer un número exacto de las personas que se autolesionan, ya que la categoría que lo fundamenta posiblemente no estén hablado de lo mismo, ¿acaso es lo mismo automutilación, autolesión, violencia autoinfligida, intento de suicidio o parasuicidio? Aunque para algunos investigadores e instituciones parecen usarlas como sinónimos no lo son; así, las estadísticas dan indicadores poco claros.

Como podemos ver, en cuanto a la incidencia por edades, la mayoría de los investigadores coinciden en que es en la adolescencia cuando aparece este fenómeno, cesando aproximadamente a la edad de 25 años. Como informa el Center for Suicide Prevention de Calgary, en Alberta, Canadá, las edades van entre los 14 y 25 años (35). Celia Richardson señala que la mayoría de las personas que se autolesionan están entre los 11 y los 25 años. La edad en la cual la mayoría comienza es a los 12 años, pero existen casos en los cuales un niño de 7 años puede comenzar a hacerse daño (36). Por último, Morgan menciona que la incidencia llega a su punto culminante entre los 20 y los 30 años en varones, aunque en Edimburgo el grupo de 15 a 20 años también mostró, en 1974, una tasa muy alta. En las mujeres, las tasas mayores ocurren entre los 15 a los 30 años, aunque una alta incidencia en el grupo de 15 a 20 años ha sido característica notable del problema (37).

Como habíamos mencionado anteriormente, en el único rubro en el cual existe un constante desacuerdo es en cuanto a la incidencia en los grupos, ya que el Center for Suicide Prevention de Calgary afirma que al parecer el fenómeno de la autolesión va más allá de raza, género, educación, preferencia sexual y estado socioeconómico (36), mientras que Celia Richardson afirma que algunos grupos de personas en los que puede existir mayor incidencia son: personas que se mantienen en alguna especie de internado como las fuerzas armadas, prisiones, refugios e institutos; jóvenes homosexuales, bisexuales o travestís; mujeres asiáticas y jóvenes con problemas de aprendizaje (37).

Dentro de las causas y las implicaciones psicológicas del mismo podemos ubicar el incremento de la intensidad de la autolesión para llegar a la satisfacción o lograr la descarga de la ansiedad, la culpa, baja autoestima, estados depresivos, deterioro en las relaciones de objeto, desesperanza, entre otros.

❖❖ Ciclo de la violencia y la adicción al dolor

Tanto en el movimiento de autoayuda como en los centros de tratamiento especializado ha cobrado popularidad el modelo de la adicción o de la regulación afectiva para explicar diferentes perturbaciones, tales como: el uso de sustancias, trastornos alimentarios, adicción al juego, compras compulsivas y la adicción al sexo (38). El modelo del Ciclo de la Violencia Autoinfligida (CVA), expuesto por Dora Santos (39), es similar. El acento no debe ponerse en la comorbilidad de las personas dependientes sino en

el componente adictivo de la conducta, que consiste en una perturbación en el autocontrol, el individuo no es capaz de sofocar una fuerte urgencia impulsiva.

Todos los comportamientos anteriormente mencionados se han llegado a considerar como una adicción. El modelo (cva) es cíclico, éste comienza en determinadas circunstancias cuando surgen emociones dolorosas o negativas (soledad, tensión y tristeza) o cuando la persona dependiente entra en contacto con ciertos estímulos (cuando ven, escuchan olfatean o degustan), automáticamente actúa ejerciendo algún tipo de violencia contra sí misma.

Cuando una persona se siente sola, triste, ansiosa, frustrada o enojada, hay un vacío en su existencia y se siente anestesiada emocionalmente, lo que le lleva a buscar una forma de expresar y manejar estos sentimientos. Hay formas positivas o más adecuadas para tratar las emociones que hacen sentir mal a las personas, como: hablarlas, escribir sobre ellas, meditar, reflexionar, llorar, oír música, entre otras.

Sin embargo, en muchas ocasiones, estas formas de manejar sentimientos no funcionan y poco a poco se termina en medio de una tormenta emocional. Para evitar este torbellino de emociones se recurre a diferentes conductas menos apropiadas, entre las cuales están: apostar de manera regular, ingerir bebidas alcohólicas o consumir drogas, purgarse, vomitar, fumar, cortarse o quemarse partes del cuerpo, golpearse, trabajar o ejercitarse en exceso. Todas ellas tienen en común que ayudan a evitar sentimientos de malestar, produciendo en ocasiones sensaciones placenteras que enmascaran la realidad.

Algunos de estos comportamientos son socialmente aceptados, como trabajar en exceso, sobre-ejercitarse y apostar; otras se consideran enfermas, como cortarse y vomitar. Por otro lado, hay algunas conductas para las que se tiene una actitud ambivalente, mientras que para algunas personas beber o drogarse puede ser un signo de "aguante", de resistencia o de comportamiento intrépido, para otro sector de la población más consciente de los peligros puede pensar que pone en riesgo su vida a corto plazo (accidente o sobredosis) o que son una fatalidad a largo plazo (enfermedades crónicas o problemas de interrelación permanentes).

La autolesión es una conducta que tiene en común con las mencionadas anteriormente evitar soledad, tristeza, ansiedad, miedo, frustración o enojo. La autolesión u otra conducta de autodaño es un síntoma de un problema emocional que no se ha expresado. Es por esto que estas conductas autodestructivas no solucionan el problema que tiene la persona, tal comportamiento le funciona a corto plazo para evadir o enmascarar el dolor emocional. Se puede identificar la autolesión como una forma de hacer frente a emociones que no se saben identificar, expresar, ni controlar. La autolesión enmascara el dolor o la tensión emocional, permitiendo a la persona funcionar y relacionarse con los demás. Es una conducta compleja y tiene variadas funciones, cuyas causas son diversas y múltiples. La persona que se autolesiona no tiene necesariamente la claridad del ciclo hasta que se le ayuda a concientizar cada paso.

Comencemos por identificar el primer momento, que es cuando una persona se enfrenta a una situación que le provoca una emoción dolorosa o insoportable. Todos los que viven emociones dolorosas preferirían no sentir las, estos afectos surgen en circunstancias o recuerdos que pueden generar sentimientos de desamparo y tener la sensación de no controlar lo que les rodea. Esto puede resultar en estados de ánimo intolerables, las emociones dolorosas tienen un efecto sobre las sensaciones y el cuerpo que provoca un grado de tensión fisiológica y sufrimiento mental.

En general, se aprende a manejar y expresar lo que acongoja y tensión de una forma positiva. La persona que se autolesiona no sabe cómo expresar y transmitir lo que está sintiendo, o bien, lo hace de una manera impulsiva y destructiva. Una de las consecuencias de no comunicar el dolor emocional es que aumenta todavía más la tensión y el sufrimiento. Como consecuencia de este aumento, el dolor emocional también se acrecienta, eso aumenta la tensión y el sufrimiento que conllevan más el dolor emocional en un proceso de incremento.

La persona en esos momentos vive su dolor como una tormenta que lo arrastra, provocando angustia, miedo y soledad incontenibles. Surge así la necesidad de poner fin a la tormenta para tener “calma” frente a la realidad.

Entonces aparecen pensamientos de autolesión, la persona puede pensar que la autolesión es una forma de poner alto inmediato a ese tumulto de emociones que no le dejan “respirar”. Dado que es una conducta que le ha servido en el pasado para este fin, y que en ese momento no existen las condiciones para detener la tormenta emocional de otra manera, decide que ese acto le ayudará a salir adelante: “más vale malo por conocido que bueno por conocer”.

Dado que evitar el dolor es parte del instinto de supervivencia, la persona que necesita autolesionarse requiere, de manera inconsciente, desconectarse unos segundos para poder hacerse daño. Cuando se da el acto de autolesionarse en este estado de éxtasis o disociación, decide cómo y dónde se va a cortar, quemar o golpear. Las heridas se las hacen en lugares que sean fáciles de esconder y la intensidad o profundidad de las mismas son controladas para poder cuidarlas en casa y evitar el riesgo de tener que acudir al hospital o a un miembro de la familia.

Cuando hablamos de adicción al dolor estamos tomando en cuenta, como punto de partida, los estados emocionales, los cuales juegan un papel importante dentro de la adicción, porque son éstos los que mantienen en un estatus, sea cual sea éste, tienen una satisfacción para algunas personas y les ayudará a sentir estados positivos, a otras simplemente les permitirá ocultar los estados negativos; en cualquiera de estos casos, el autodaño ayuda a las personas a adaptarse o simplemente a subsistir.

El caso dolor es muy particular, ya que éste no siempre es exclusivamente físico, sino también puede ser emocional. Domínguez y Olvera señalan que “el dolor crónico, que persiste por meses y años, además del aspecto físico, produce un profundo impacto en el funcionamiento emocional, interpersonal y social” (40). Además, el dolor emocional va

acompañado de ansiedad, siendo esta última un factor importante dentro de la autolesión. “La ansiedad tiene un efecto opuesto al miedo en la percepción del dolor, se ha demostrado que conduce a una sensibilidad aumentada del dolor o hiperalgesia” (40).

La ansiedad misma modifica la “plasticidad emocional” (40), ésta consiste en “la capacidad de una persona de transitar de un estado emocional a otro opuesto en un intervalo definido” (40). La plasticidad emocional se manifiesta como una forma distinta de ver las cosas, moderando diversas situaciones. Mientras la ansiedad hace creer a la persona que cualquier estado negativo lo hará sentir mal de forma permanente, lo que hace es dejar de lado la “defensa inmunopsicológica pensando que se tendrá un estado emocional negativo más intenso y durable de lo que realmente será” (40) y del cual se busca escapar mediante un dolor físico.

Las alteraciones psicológicas, como la depresión o la ansiedad, con mucha frecuencia coexisten con la ansiedad y pueden provocar dolor emocional crónico. Así los estados negativos aumentan ansiedad y, por lo tanto, también la probabilidad del dolor emocional, lo cual lleva a un círculo de constantes sentimientos negativos premórbidos que sólo tendrán como salida la autolesión como una opción de disminuir el dolor emocional con dolor físico.

❖ Conclusiones

La presente investigación muestra la aparición de las autolesiones en la sociedad mexicana con el fenómeno de los *emos*, que constituyeron un foco rojo que llamó la atención sobre los aspectos sociales y emocionales que lo motivaba. La sociedad no se mostraba interesada y lo veía como una moda, al igual que los investigadores que tampoco estaban preparados para dar respuesta a un evento que comenzaba a generalizarse entre los jóvenes.

El fenómeno de autolesiones se ha presentado en diversas partes del mundo desde la antigüedad; ahora, las ciencias sociales modernas se ocupan de investigarlas. Los medios de comunicación difunden noticias, imágenes y música con temas de autolesión, creando una conciencia social. Con relación al Internet, está la disputa sobre las webs dedicadas al tema de la autolesión, esta disputa consiste en saber si son una ayuda o contribuyen a su propagación.

Por otra parte, los profesionales de la salud comenzaron a estudiar el fenómeno en 1880, explorando las conductas autodestructivas en escenarios clínicos. No fue sino cuando este fenómeno se generalizó, casi un siglo después, que las investigaciones aumentaron con el problema de que usan terminología distinta y datos contradictorios. Identificamos el término automutilación como uno de los más usados, el cual fue empleado inicialmente por el psicoanálisis norteamericano en 1913; desarrollándose en 1938, con Menninger, y difundándose con la psiquiatría cultural de Favazza en la década de los noventa, este último no sólo ha redefinido el concepto

de automutilación, sino que ha desarrollado su clasificación, logrando así la propagación en diversos estudios con varios marcos de referencia e influyendo alrededor del mundo en la formación de investigadores y la creación de alternativas de atención de estas afecciones.

El término violencia autoinfligida fue utilizado por la psicología clínica norteamericana y por parte de la OMS en la proximidad del año 2000. El término violencia autoinfligida tiene dos vertientes: comportamiento suicida mortal y comportamiento suicida no mortal; siendo el primero el suicidio consumado y el segundo las acciones suicidas que no provocan la muerte. Para hacer referencia a los datos de la violencia autoinfligida se tiene la dificultad de recopilar información por los servicios de salud, ya que no siempre se asiste a los mismos. Otra dificultad es que los familiares ven a la violencia autoinfligida como algo repentino y no como un proceso que tiene indicadores.

La violencia autoinfligida se explica con modelo cíclico basado en el modelo de la adicción o de la regulación afectiva, el último se usa para explicar diferentes perturbaciones adictivas, nosotros lo utilizamos para vincularlo con la adicción al dolor. El modelo del Ciclo de la Violencia Autoinfligida (CVA) comienza cuando surgen emociones dolorosas o negativas, o cuando la persona entra en contacto con ciertos estímulos y automáticamente actúa ejerciendo algún tipo de violencia contra sí misma. El dolor físico permite disminuir el emocional, convirtiéndose en adictivo cuando el primero permite descargar al segundo.

•• Referencias bibliográficas

1. Redacción. Atrae la CNDH casos de agresiones. La jornada. 2008, 31 de marzo. Recuperado el 12 de junio de 2009, en: <http://www.jornada.unam.mx/2008/03/31/index.php?section=sociedad&article=043n2soc>
2. Diego M, Camacho C. Emos marchan en León; piden más tolerancia. La jornada. 2008, 27 de abril. Recuperado el 12 de junio de 2009, en: <http://www.jornada.unam.mx/2008/04/27/index.php?section=estados&article=032n3est>
3. Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH]. Informe especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre el grupo juvenil conocido como *emo*. México. 2009. Recuperado el 10 de junio de 2015, en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/informes/especiales/2009_emos.pdf
4. Editorial. Intolerancia entre jóvenes. La jornada. 2008, 20 de marzo. Recuperado el 12 de junio de 2009, en: <http://www.jornada.unam.mx/2008/03/20/index.php?section=opinion&article=002a1edi>

5. Vargas RE, Olivares E. Los emos, blanco del conservadurismo. La campaña de linchamiento se fomenta incluso desde el poder, afirman estudiosos. 21 de marzo de 2008. Recuperado el 09/04/2012, en: <http://www.jornada.unam.mx/2008/03/21/index.php?section=sociedad&article=032n1soc>
6. Universidad Nacional Autónoma de México-Dirección General de Comunicación Social. [UNAM-DGCS]. Presentan emos un perfil psicológico depresivo. Boletín UNAM-DGCS. 25 de Marzo de 2008. No. 184, recuperado el 12 de junio de 2009, en: http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2008_184.html
7. Espinosa JJ, Blum Grynberg B, Romero Mendoza MP. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. Salud Mental. 2009;32:317-325.
8. Mangold J (Director); Bodie C, Ryder W (Productores). Girl, Interrupted (Inocencia Interrumpida) [DVD Video] 1993. EEUU-Alemania. Columbia Pictures Coporation.
9. Hardwicke C (Directora), Levy-Hinte J, London M (Productores). Thirteen (A Los Trece) [DVD Video]. 2003. EEUU. 20th Century Fox.
10. De Van M. (Directora), Farenc L (Productora). Dans Ma Peau (Dentro de la Piel) [DVD Video]. 2002. Francia. Lazenec & Associées.
11. Jelinek E. La Pianista. Barcelona: De Bolsillo; 2003.
12. Haneke M. (Director), Katz M, Creen Y (Productores). La Pianista [DVD Video]. 2001. Austria-Francia: Les Films Alain Sarde, MK2 Productions, Wega Film y Arte France Cinéma.
13. Valo V. Beyond redemption (Más allá de la redención). [Grabada por HIM] en Love metal [CD]. 2002. Finlandia: Finnvox Studios.
14. Sargento A. [Director] (S)aint (No es/santo) [Grabada por Marilyn Manson] en Lest We Forget [DVD]. 2004. Estados Unidos. Recuperado el 9 de abril de 2012, en: <http://www.youtube.com/watch?v=lvfJ7nmTpXE>
15. Manson M. (S)aint (No es/ santo) [Grabada por Marilyn Manson] en The Golden Age of Grotesque [CD]. 2003. Estados Unidos: Nothing Records.
16. Gutierrez R. [Director]. Breathe for me (Respira por mí) [Grabada por Deadstar Assembly] en Deadstar Assembly [CD]. 2003. Estados Unidos. Recuperado el 9 de abril de 2012, en: <http://www.youtube.com/watch?v=1vXKZxpTa0l>.
17. Gabrielle Famous Self-Injurers. [Internet] (1999-2011). Recuperado el 9 de abril de 2012, en: <http://self-injury.net>.
18. Martinson D. Secret Shame (self-injury information and support). 1996-2002. <http://www.palace.net/llama/selfinjury/>
19. www.autolesion.com

20. Moscoso J. La historia cultural del dolor. Madrid: Taurus; 2011.
21. Roe-Sepowitz DE. Indicators of self-mutilation: youth in custody. The Florida State University: A [Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy]. 2005.
22. Emerson LE. The case of Miss A: A preliminary report of a psychoanalytic study and treatment of a case of self-mutilation. *Psychoanalytic review*. 1913;1:41-54.
23. Menninger K. *Man Against Himself*. New York: Harcourt. Brace & World; 1938.
24. Favazza AR. Introduction. In M. Strong (Ed.) *A Bright Red Scream*. New York. Penguin. 1998. pp. viii-xiv.
25. Sellar C, Goldacre MJ, Hawton K. Reliability of routine hospital data on poisoning as measures of deliberate self poisoning in adolescents. *Journal of epidemiology and community health*. 1990;44(4):313-315.
26. Favazza AR. *Bodies Under Siege: Self-Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Baltimore. The Johns Hopkins University Press; 1996.
27. Favazza AR. Self-injurious Behavior in College Students. *Pediatrics*. 2006;117:2283-2284.
28. Asociación Psiquiátrica Americana [APA]. *Manual de diagnóstico diferencial (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson; 2006.
29. Alderman T. *The Scarred Soul: Understanding and Ending Self-Inflicted Violence*. Oakland. New Harbinger Publications; 1997.
30. Organización Mundial de la Salud [OMS]. *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud; 2002.
31. Sutton J. Terminology: Establishing the most appropriate term to describe the act of hurting oneself. [Terminología: estableciendo el término más apropiado para describir el acto de dañarse uno mismo. Autolesiones y temas relacionados] *Self-injury & Related Issues (SIARI)*. 2001. Recuperado el 9 de abril, en: www.siari.co.uk/terminology.htm
32. kindersein.com. (LA REVISTA) La epidemia secreta de la autolesión. 8 de mayo, 2006. núm. 10. Recuperado el 12 de junio de 2009, de www.kindsein.com/es/10/psiquiatria/276/
33. Mental Health Foundation. *Truth Hurts: Report of the National Inquiry into Self-harm among Young People*. Londres. Mental Health Foundation-Camelot Foundation; 2006.
34. Brickman AL, Mintz DC. US rates of self-inflicted injuries and suicide, 1992-1999. *Psychiatric Services*; 2003.
35. Center for suicide prevention. *A closer look at self-harm*. Center for suicide prevention. 2001;43.

36. Richardson C. The truth about self-harm: for young people and their friends and families. Mental Health Foundation; 2006.
37. Morgan HG. ¿Deseos de Muerte? México: Fondo de Cultura Económica; 1983.
38. Vanderlinden J, Vandereycken W. Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios. Barcelona: Granica; 2002.
39. Santos BD. Autolesión: Qué es y cómo ayudar. México: Ficticia; 2011.
40. Domínguez B, Olvera Y. Estados emocionales negativos, dolor crónico y estrés. Ciencias. 2006. Número 08, 2 abril-junio. Recuperado el día 25 junio de 2015 de file:///C:/Users/win7/Downloads/Estados-emocionales-negativos%20(1).pdf