



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de Valladolid

Grado en Enfermería

Curso 2018/19

**DETECCIÓN PRECOZ DE LAS
AUTOLESIONES NO SUICIDAS
EN ADOLESCENTES.
PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA
LA SALUD DIRIGIDO A
LOS PADRES.**

Alumna: Irene Martín Sanz

Tutora: M^a Ángeles Álvarez López

Resumen

Las Autolesiones No Suicidas (ANS) son los daños físicos que realiza una persona sobre su superficie corporal, de forma intencionada, sin tener como objetivo la muerte. Aunque no se considera un trastorno con entidad propia, su elevada prevalencia en adolescentes y la relación estrecha que mantiene con el suicidio, lo consolida como un problema de salud pública, siendo relevante establecer acciones para la prevención, evaluación y seguimiento. A pesar de la importancia que ha cobrado en los últimos años, continúa considerándose un tema tabú para la población. Este programa de educación para la salud (EPS), dirigido a padres de hijos adolescentes e impartido por enfermeras, tiene como objetivo favorecer la detección precoz de las ANS por parte de las familias. Los jóvenes que se autolesionan, intentan ocultarlo, y es su entorno más cercano, su primer recurso de ayuda. Los programas de EPS son una herramienta muy efectiva para el aumento de conocimientos, minimizando las posibilidades de desarrollar complicaciones, si no se realiza una intervención profesional de forma inmediata, además de promover la visibilidad del papel que desempeña la enfermería en el sistema sanitario y en la sociedad. Las enfermeras constituyen un pilar fundamental en la prestación de apoyo a pacientes y familiares, y sus cuidados se han de basar en la comprensión y la escucha activa, sin emitir juicios y garantizando la confidencialidad. La identificación precoz de las ANS disminuye el riesgo de suicidio, hace que cese la conducta y mejora la salud emocional de los adolescentes.

Palabras clave: Autolesiones No Suicidas, adolescentes, enfermería, educación para la salud.

Abstract

Non Suicidal Self-Injury (NSSI) are physical injuries that a person does intentionally on their own skin, without the objective of dying. Although it is not considered a self identity disorder yet, its high prevalence in adolescents and the close relationship with suicide, consolidates it as a public health problem, therefore it is relevant to establish actions for the prevention, evaluation and monitoring. In spite of the importance it has gained in the past years, it is considered a taboo topic for our society. This health education program, aimed at parents and given by nurses, has the objective of boosting the families' early detection of the NSSI. Young people who self-harm themselves, try to conceal it, and their immediate environment is their first resource of aid. Health education programs are a very effective tool to increase the knowledge, diminishing the possibilities of developing complications if an immediate professional intervention is not performed. Besides, they promote the visibility of the role that nursing plays in the health system and in the society. Nurses constitute an essential pillar in supporting patients and their family members, and their care must be based on understanding and active listening, without judging and promising confidentiality. The early identification of NSSI decreases the risk of suicide, causes the cessation of said behaviour and improves emotional health of adolescents.

Key words: Non Suicidal Self-Injury, adolescents, nursing, health education.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. JUSTIFICACIÓN.....	8
3. MARCO TEÓRICO.....	9
4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	15
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
5.1. Diseño.....	16
5.2. Población diana.....	18
5.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	19
5.4. Duración del programa.....	19
5.5. Procedimiento.....	21
5.6. Material utilizado.....	24
5.7. Evaluación.....	24
5.8. Registros.....	25
5.9. Consideraciones ético-legales.....	25
6. RESULTADOS.....	26
7. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	28
8. CONCLUSIONES.....	29
9. BIBLIOGRAFÍA.....	31
10. ANEXOS.....	34

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Factores de riesgo de las ANS _____	12
Tabla 2. Habilidades para el control de las emociones _____	13
Figura 1. Tipo de artículos empleados como fuentes de información e idioma de los mismos _____	14
Figura 2. Porcentaje de artículos en inglés y en castellano utilizados _____	14
Figura 3. Porcentaje del año de publicación de los artículos seleccionados _____	14
Tabla 3. Cronograma _____	20
Tabla 4. Datos técnicos de identificación del programa _____	21

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- **AEPED:** Asociación Española de Pediatría
- **ANS:** Autolesiones No Suicidas
- **BUVa:** Biblioteca de la Universidad de Valladolid
- **BVS:** Biblioteca Virtual en Salud
- **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición
- **CIE-11:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición
- **DSM-V:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edition)
- **EAP:** Equipo de Atención Primaria
- **EPS:** Educación para la salud
- **ESO:** Educación Secundaria Obligatoria
- **GRETA:** Grupo de Estudio y Tratamiento de las Autolesiones
- **HCUV:** Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- **ISSS:** Sociedad Internacional para el Estudio de las Autolesiones (International Society for the Study of Self-Injury)
- **NSSI:** Non Suicidal Self-Injury
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **RedALyC:** Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.
- **TCA:** Trastornos de la conducta alimentaria
- **TDHA:** Trastorno de déficit de atención e hiperactividad
- **TFG:** Trabajo de Fin de Grado

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, ha existido mucha controversia respecto a la definición del concepto “Autolesiones No Suicidas” (ANS). Hoy en día, continúa habiendo ambigüedad y los límites del concepto son difusos¹⁻³. Una de las descripciones acogida con mayor aprobación por la comunidad científica, manifiesta que las ANS incluyen cualquier comportamiento de forma deliberada, autodirigida e inmediata (sin la ayuda de otra persona), que se realiza con el fin de producir daño físico directo en los tejidos corporales (cortes, quemaduras, golpes, etc.), sin la intención de provocar la muerte^{1,3-5}. De esta manera quedarían excluidos, de esta clasificación, la consumición de drogas, fumar y dejar de comer, ya que no provocan daños inmediatos sobre la integridad física y no son conductas reconocidas, por las personas que las realizan, como intentos de herirse a sí mismas^{3,4}; el envenenamiento o la sobreingesta de medicamentos con intención autolítica puesto que no son métodos traumáticos⁵; la realización de piercing y tatuajes porque son prácticas socialmente aceptadas^{4,6,7}; y las lesiones a consecuencia de otros trastornos mentales o afecciones médicas como el trastorno psicótico, el trastorno del espectro autista o la discapacidad intelectual, que tendrán un componente estereotipado^{1,4-6}.

Las ANS se han incorporado tímidamente a los principales manuales de diagnóstico internacionales. En el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición) se ha incluido, por primera vez, en el año 2014, como una entidad clínica independiente, tras el apelativo NSSI (Non Suicidal Self-Injury), utilizado en la mayoría de estudios actuales y aceptado por la OMS (Organización mundial de la Salud). El concepto está ubicado en la sección 3, es decir, como un problema “que requiere más estudio” y convertirse en un diagnóstico definitivo en versiones futuras, dependerá de los resultados obtenidos en las investigaciones venideras^{4-6,8-10}.

En el Sistema CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición), se encontraría recogida dentro de las “lesiones autoinfligidas

intencionalmente”, aunque no lo hace de forma literal como “autolesión no suicida”⁵. Sin embargo, en el borrador del CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición), ya aparece el concepto NSSI, pero no como un diagnóstico independiente¹⁰.

Gracias a el DSM-V, se ha producido un punto de inflexión en la historia de las ANS, puesto que la unificación de criterios diagnósticos, permite una mayor y mejor comunicación entre los profesionales de la salud mental, disminuyendo las valoraciones erróneas y proporcionando un tratamiento adecuado^{5,11}. Esto es debido a que hasta el momento actual, solo se incluía como un síntoma del trastorno límite de la personalidad o asociado a otras patologías mentales, quedando en un plano secundario y dificultando la identificación de sus rasgos determinantes^{4,12}. No obstante, como este acontecimiento aún está muy reciente, los estudios existentes (con criterios unificados, para poder establecer comparaciones) son muy escasos (sobre todo en España) y se hace necesario el incremento de los mismos, con el fin de obtener unos resultados más sólidos^{3,4,10}.

El motivo por el cual las ANS han cobrado tanta importancia, es el aumento que se ha producido en el número de casos, en las últimas décadas (en Europa, Estados Unidos y Australia, se observó un incremento en los años 60, que pareció estabilizarse en los 80 y comenzó a aumentar de nuevo en los 90), llegando a consolidarse como un problema de salud pública en todo el mundo^{2,4,5,7,8,12}. El grupo de mayor incidencia son los adolescentes, donde se conoce que un 13% realiza este tipo de actos¹³ y un 27,6 % de la población joven europea y un 21% de la española, admite haberse autolesionado al menos una vez en la vida^{4,14} (ocupando nuestro país el 5º lugar de prevalencia después de Alemania, Polonia, Reino Unido y Francia)¹. Sin embargo, se estiman más casos de los registrados debido a lo difícil que resulta identificarlos^{2,3,15-17}. En general, estos individuos lo realizan en privado, tratan de ocultarlo, no solicitan ayuda por el temor a ser estigmatizados (las ANS constituyen un tabú social)^{2,3,5,8,11,12,17,18} y además, en la mayoría de ocasiones, no necesitan asistencia médica por la levedad de las lesiones^{8,14,15,19}. Se cree

que menos de una cuarta parte, acude a los servicios de salud (lo que imposibilita el conocimiento de la prevalencia real)²⁰, dando lugar a lo que se conoce como “la epidemia silenciosa”⁹.

Otra de las razones por las que las ANS se consideran una cuestión trascendente a nivel global, es la estrecha relación que mantienen con el suicidio^{5,10}. Algunos autores, incluso han llegado a plantear un continuum entre ambos. Esto es debido a que, principalmente, les diferencia la intención con la que se realiza el acto, haciéndose posible la aparición del deseo de acabar con la vida, con el paso del tiempo^{3,6,13,21}. Se establece así como un factor predictor del acto suicida, pues aproximadamente la mitad de los fallecidos, se han autolesionado en el pasado^{15,20-23}.

La edad promedio de inicio de las ANS se encuentra entre los 11-12 años, en la pubertad^{3,4,7,12,13,15,16,18,22}, produciéndose un pico máximo a los 15 años y descendiendo a partir de los 17-18 años^{1-3,5,10,13,19}. El motivo sería que se trata de un periodo crítico del desarrollo, marcado por la impulsividad y reactividad, donde se originan muchos cambios fisiológicos, psicológicos y sociales. Como resultado de la interacción de los mismos con otros factores biológicos y culturales, se genera una situación de estrés, vulnerabilidad emocional y conflicto con el medio, en la que las demandas exceden la capacidad de respuesta del organismo, desembocando, en algunos casos, en la búsqueda de soluciones a través de este tipo de conductas^{2,4,6,13,18}. Lo que explicaría también la disminución de los casos en la adolescencia tardía, en la cual, los jóvenes comienzan a madurar y a manejar mejor las situaciones a las que han de enfrentarse²⁴.

El profesional de enfermería desempeña un papel importante en el trato de este tipo de pacientes, puesto que suele ser la primera figura sanitaria con la que tienen contacto, tanto en los servicios de urgencias como en atención primaria²⁵. Sin embargo, se ha conocido a través de varias investigaciones que, gran parte de estos, no poseen habilidades para el manejo de las ANS. Los sujetos atendidos declaran que no se sienten escuchados ni comprendidos

y la propia enfermera, admite su falta de conocimiento, que a su vez le genera una disminución de confianza en su capacidad para trabajar con ellos^{11,14-16,21,23,26,27}.

Por todo lo mencionado anteriormente, en nuestro país, se creó el Grupo de Estudio y Tratamiento de las Autolesiones (GRETA) y a nivel global, la Sociedad Internacional para el Estudio de las Autolesiones (ISSS: International Society for the Study of Self-Injury). Ambos persiguen el objetivo de mejorar el conocimiento en prevención, evaluación y tratamiento de las personas afectadas, para proporcionar una atención basada en la evidencia^{4,28}.

2. JUSTIFICACIÓN

La elección de este tema para la realización del Trabajo de Fin de Grado (TFG), tiene su origen en varios motivos. Uno de ellos, radica en la rotación por la Unidad Regional de Hospitalización Breve de Psiquiatría Infanto-Juvenil, del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV), donde coincidí con varios casos de ANS que llamaron mi atención. Otro, sería el haber conocido personas cercanas que realizaban este tipo de actos. Se trata de una conducta más común de lo que imaginamos y sin embargo, aún queda mucho por investigar.

Debido a la gravedad de la situación, en cuanto a la elevada prevalencia de casos existentes de ANS en adolescentes y a su mal pronóstico, en ausencia de tratamiento, considero necesaria la intervención en etapas tempranas. La detección precoz y puesta en marcha de tratamiento especializado, disminuye el riesgo de repetición, de desarrollo de patologías psiquiátricas más graves en un futuro y de que evolucione a suicidio^{4-6,13-17,22}. Asimismo, la falta de información de la sociedad y los tabúes que existen hoy en día acerca de este tema, suponen una barrera para los pacientes, que solo puede ser derribada a través de la educación de la población.

Una de las competencias básicas de enfermería, es la formación de la población en temas de salud y por consiguiente, un programa impartido en el ámbito familiar, constituiría una herramienta útil, puesto que estos sujetos sólo suelen pedir ayuda de manera informal, a su entorno más cercano (y no de manera formal, a los profesionales de la salud). De este modo, las familias, en el caso de que sus hijos recurran a ellos o descubran por casualidad las lesiones, poseerán los conocimientos necesarios para poder actuar ante dicha situación. Igualmente, si saben reconocer los factores de riesgo y los signos que denotan las ANS, les permitirá solicitar asistencia profesional con la mayor brevedad posible^{2,5,6,11,13,16-20,22,26}.

3. MARCO TEÓRICO

Las ANS son un acto deliberado que se realiza con el fin de provocar daño en el propio cuerpo, ocasionando la destrucción inmediata de tejidos, sin intencionalidad suicida^{1,3-5}. En su mayoría, es realizada por adolescentes que presentan dificultades para explicar sus sentimientos mediante palabras, ya que les causa temor exponerlos abiertamente, y recurren a este tipo de conducta como solución a sus problemas. De la misma forma, algunos creen que protegen a los demás de sus propias emociones negativas, evitando causarles daño¹².

El Modelo Tetrafactorial de Nock y Pristei, plantea que las ANS se realizan por cuatro posibles razones:

- **Refuerzo intrapersonal positivo:** contrarresta el sentimiento de vacío, disminuye la abulia, la apatía y la anhedonia. Permite sentirse vivo, aportando sensaciones físicas o emocionales positivas, novedosas y excitantes. Asimismo, en situaciones que les superan asumen un control sobre su propio cuerpo que no pueden ejercer sobre los demás o lo que les rodea, y les permite volver a la realidad en periodos de disociación y despersonalización.
- **Refuerzo intrapersonal negativo:** provoca alivio emocional al deshacerse de sentimientos como rabia, ira, decepción, fracaso, miedo, tristeza, soledad, abandono, etc. Permite escapar de emociones negativas y a veces lo utilizan como autocastigo (aliviando sentimientos de culpa).
- **Refuerzo interpersonal positivo:** posibilita comunicar el malestar, pedir ayuda y comprensión, castigar a alguien o conseguir amor y protección. Permite lograr algún beneficio en el ámbito de las relaciones, sin embargo, da lugar a la etiqueta comúnmente atribuida pero errónea, de “búsqueda de atención” (si lo ha estado ocultando, está claro que no era para llamar la atención).

- **Refuerzo interpersonal negativo:** evita circunstancias dañinas. Permite escapar de una situación o de alguien^{1,3-6,8,11,14,18}.

Todas estas funciones anteriores, podrían agruparse en dos: las automáticas (intrapersonales) y las sociales (interpersonales)²³. Las más frecuentes serían las primeras, en concreto el refuerzo negativo, cuyo objetivo es el de cambiar el propio estado interno (una emoción o pensamiento), provocando relajación a nivel mental^{4-6,12}. Para ellos, es más fácil soportar el dolor físico que el emocional¹⁸.

Las ANS suelen realizarse de forma impulsiva, pero no inmediata, puesto que estos sujetos lo planifican, para efectuarla en momentos en los que se encuentran solos^{4,13,14}. Previo al acto, sienten ansiedad y confusión pero, durante él, experimentan claridad mental y después, tranquilidad¹². Además, refieren no sufrir dolor (o sentir muy poco), lo que a veces complica su tratamiento. Todo ello, tiene su origen en la liberación de endorfinas que se produce, aumentando la tolerancia, causando sensación de placer y haciéndose posible el desarrollo de una adicción^{4,5,12,16,23}.

Se trata de una conducta que evoluciona por temporadas, alternando periodos críticos, en los cuales se lesionan a menudo, y otros, en los que no lo hacen (como en los meses de verano, por la dificultad de esconder las heridas)^{19,29}. Es reiterativa y tiende a la cronicidad, incluyendo paulatinamente múltiples métodos de lesión, por la tolerancia que se produce con el tiempo. Es posible llegar a un punto donde el adolescente se sienta insensibilizado con este tipo de estímulos y la severidad de los mismos aumente^{15,16,18}, pudiendo provocar la muerte accidental⁴ o la necesidad de recurrir al suicidio como solución a sus problemas^{18,30}.

El riesgo de que se lleve a cabo el acto suicida, se origina cuando las ANS se realizan durante más de una año, se emplean más de 3 métodos distintos, su severidad es mayor y existe ausencia de dolor^{4,6,8,12,23}. Algunos de los métodos más utilizados son: arañarse o rascarse de forma intensa hasta el sangrado,

cortarse con elementos que poseen filo (cuchillo, cuchilla, cristal, tijera, alambre, etc.), frotarse la piel con un objeto (como una goma de borrar o una lija) repetidamente, golpearse (contra algo, con un objeto o con la propia mano/puño) y/o quemarse la piel (con cigarrillos o cerillas). Otros, menos comunes, serían: introducirse una aguja o alfiler bajo las uñas, morderse y/o pellizcarse (con o sin ayuda de objetos como pinzas)^{1,3,4,6-8,10,12-14,16-19,21,24,31}.

Las zonas del cuerpo, preferidas por estos pacientes para realizar la lesión, suelen ser la cabeza, los brazos (antebrazos, codos, muñecas), las manos, el abdomen y las piernas (muslos, rodillas). La mayor parte de las veces, tratan de elegir lugares que puedan tapar con facilidad, para ocultar las marcas^{16,19}.

Existen una serie de factores que, tras múltiples estudios, han sido asociados al desarrollo de las ANS. Haber sufrido experiencias traumáticas en el pasado (ver tabla 1), puede disminuir la capacidad de control de las emociones, teniendo que recurrir a la lesiones^{1,3-10,12,15,17,18,21,23,24,29}. Algunos rasgos de personalidad específicos (ver tabla 1), están relacionados con la aparición de este tipo de conducta, por la falta de recursos a la hora de enfrentarse a situaciones adversas^{1,3-10,12,13,15,17,18,21,23,24,29}. Además, un 50% de los pacientes, se encuentran diagnosticados de algún trastorno mental⁸ (ver tabla 1) y la prevalencia en chicas es significativamente mayor (aunque es posible que influya que los chicos lo cuentan con menor frecuencia)^{2-4,6,8,12,14,15,18,20,22-24,30}, haciendo que la comorbilidad y el sexo femenino, se constituyan también como factores de riesgo^{1-10,12-15,18,20-24,30}. Asimismo, por la identidad sexual^{3,12}, la homosexualidad^{2,3,5,17} y las diferencias culturales o raciales^{8,21}, cabe la posibilidad de que los adolescentes sufran algún tipo de discriminación, que les haga vulnerables a las ANS. Por otro lado, existen casos en los que el primer acto fue realizado por imitación de alguna persona cercana^{3,8,10,17} o porque lo vieron a través de redes sociales e internet^{1,3,4,20,22}. Finalmente, también coexiste con el bajo rendimiento escolar^{3,16} y la pertenencia a “grupos alternativos” como emos, góticos o punks^{1,5}.

Tabla 1. Factores de riesgo de las ANS^{1-10,12-15,17,18,20-24,29}

EXPERIENCIAS ADVERSAS	RASGOS DE PERSONALIDAD	COMORBILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> · Bullying · Abuso sexual (testigo o partícipe) · Maltrato (testigo o partícipe) · Abandono emocional o físico por parte de uno o ambos padres · Conflictos familiares · Fracaso sentimental · Pérdida de algún miembro o una persona significativa · Presión psicológica por parte de los padres (críticos y exigentes) · Enfermedad grave de alguien de su entorno más cercano · Padres alcohólicos · Embarazo no deseado · Divorcio de los padres · Rechazo social · Centros de acogida de menores · Problemas económicos 	<ul style="list-style-type: none"> · Capacidad para resolución de problemas deficiente · Introversión · Pesimismo · Propensión a evitar enfrentarse a los problemas · Autovaloración negativa · Baja autoestima · Inseguridad · Dificultad para expresarse e identificar sus emociones · Problemas para formar y mantener relaciones con pares · Impulsividad · Sensibilidad y reactividad a los estímulos emocionales exarcebadas · Alto perfeccionismo y autoexigencia · Agresividad · Mala tolerancia al estrés 	<ul style="list-style-type: none"> · Depresión · Trastornos de la personalidad · Síndrome de estrés postraumático · Trastorno bipolar · TOC (trastorno obsesivo compulsivo) · Trastorno disociativo · Ansiedad · Pánico · TCA (trastorno conducta alimentaria) · TDAH (trastorno de déficit de atención e hiperactividad) · Adicciones (abuso de sustancias, compras compulsivas, uso desmesurado de internet, ejercicio excesivo, juego patológico, etc.)

Fuente: Elaboración propia

Actuación de enfermería

Debido al tabú social que existe y en muchas ocasiones, al miedo a ser hospitalizados, los adolescentes que se autolesionan, no cuentan lo que les sucede⁸. Las garantías de confidencialidad, el trato respetuoso y el hecho de tener una persona confiable para hablar, se han identificado como facilitadores para la búsqueda de ayuda^{2,22}. Es muy importante la escucha activa, ser comprensivo y evitar emitir juicios, puesto que para ellos es una situación difícil^{11,15,27}. Se debe advertir de la gravedad de la situación, pero siempre desde el apoyo⁸. Hay que tener presente que el ultimátum y los castigos no funcionan nunca, solo hacen que la conducta se vuelva de nuevo clandestina³⁰.

Con tratamiento especializado, disminuye hasta un 40% la repetición de las ANS¹⁵ y se obtienen mejores resultados si se incluye a los padres^{2,6,12}. Lo

principal es conocer por qué lo hacen, puesto que la terapia se centra en los procesos desencadenantes de la conducta, ya que son factores modificables^{6,8,11,29}. A través de una comunicación efectiva (contando con ellos siempre, para la toma de decisiones del tratamiento)¹¹, se logra hacerles ver que pueden elegir si autolesionarse o no, controlar las ANS y reemplazar el comportamiento⁶. Sin embargo, a veces, es necesario el refuerzo con medicación^{5,12,30}.

La identificación precoz disminuye el riesgo de suicidio, hace que cese la conducta y mejora la salud emocional de los adolescentes. Para conseguirlo, es imprescindible alentar a los profesionales sanitarios a que interroguen sobre la práctica de autolesiones, además de estimular el escrutinio periódico para detectar marcas durante la exploración física^{16,17}. Asimismo, una atención integrada que involucre a las familias y a las escuelas, ayuda a asegurar la salud mental de los jóvenes y su bienestar futuros²⁰. Las intervenciones tempranas, centradas en mejorar el control emocional, son de gran ayuda, tanto en las personas que no se autolesionan, como en las que sí¹⁴.

Tabla 2. Habilidades para el control de las emociones^{5,30}

HABILIDADES DE AUTOCONTROL EMOCIONAL	HABILIDADES SOCIALES E INTERPERSONALES	HABILIDADES PARA ESTIMULAR CAMBIOS
<ul style="list-style-type: none"> · Autoconocimiento · Pensamiento positivo · Ejercicios de aumento de autoestima · Ejercicios de relajación (mindfulness) · Ejercicio físico 	<ul style="list-style-type: none"> · Comunicación · Asertividad · Empatía · Autenticidad 	<ul style="list-style-type: none"> · Establecimiento de metas realistas · Técnicas de resolución de problemas

Fuente: Elaboración propia

Una forma de comenzar a abandonar las ANS, es sustituirlas por otros métodos más adaptativos (*ver anexo I*), que causen menos daño, pero también alivien el malestar^{8,15,30,32}. Este tipo de “distracción” es provisional y solo sirve para ayudar a sobrepasar momentos intensos de crisis. Son mecanismos para

demostrar que se pueden manejar situaciones difíciles sin recurrir a la lesión, lo cual implica que existe otra alternativa³⁰.

Para poder lograr todo lo anterior, es primordial educar al entorno más cercano al paciente, para que cuando exista la más mínima sospecha, traten de dialogar con él (dejando a un lado los sentimientos personales de miedo)^{30,32} y no demoren la búsqueda de ayuda profesional. De este modo, se reducirá el estigma, haciéndoles ver que hacerlo, no implica el ingreso hospitalario^{8,22,32} y que al contrario de la forma de pensar de muchos individuos, hablar del tema no va a empeorarlo, sino que le va a servir como vía de liberación diferente a la habitual (las lesiones)^{8,11,27,30}. Tienen que hacerlo sin discutir ni criticar, con empatía y transmitiendo sensación de ayuda incondicional^{8,30,32}. Resulta muy positivo también, la muestra de disponibilidad, aumentando actividades y creando un vínculo más estrecho^{22,30}.

4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis: Un programa de educación para la salud (EPS) impartido por enfermeras y dirigido a los padres, favorece la detección precoz de las ANS en adolescentes.

Objetivo docente: Aprender a realizar una revisión bibliográfica que permita encontrar la mejor evidencia existente acerca de los cuidados que precisan las personas que llevan a cabo las ANS.

Objetivo de investigación: Diseñar un programa de EPS, impartido por enfermeras, para favorecer la detección precoz de las ANS en adolescentes, por parte de los padres.

Objetivos Específicos:

- Aumentar el conocimiento de los padres sobre las ANS.
- Empoderar a los padres para el manejo de las ANS.
- Eliminar los estereotipos de la sociedad acerca de las ANS.
- Concienciar a la población de la gravedad de las ANS.
- Fomentar la demanda de recursos formales (profesionales de la salud), por parte de los afectados.
- Disminuir las posibles complicaciones a las que conllevan las ANS (como el desarrollo de trastornos mentales graves y el suicidio).
- Hacer visible el papel de la enfermería en el ámbito de la salud mental.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Diseño

En este TFG se ha realizado un diseño de un programa de EPS. La metodología empleada para el desarrollo del mismo ha constado de varias fases:

1º. Diciembre de 2018: Búsqueda bibliográfica acerca del tema elegido. Algunas de las fuentes, de las que se ha obtenido información, han sido bases de datos como PubMed, SciELO, Biblioteca Cochrane, RedALyC, Embase, BUVa, Medes, Cuiden, Dialnet, BVS, Recolecta o Fundación Index y páginas web como la Asociación Española de Pediatría (AEPED) y la Sociedad Internacional de Autolesión. Para centrar la búsqueda, se emplearon las siguientes palabras clave: Autolesiones No Suicidas (*Non Suicidal Self-Injury*), adolescentes (*adolescents*), enfermería (*nursing*) y educación para la salud (*health education*). De igual modo, fueron utilizados los operadores booleanos AND y OR y los filtros “últimos 5 años” y “texto completo gratis”. El resultado fueron 170 artículos en total, 91 en inglés y 78 en castellano.

2º. Enero de 2019: Selección por título, reduciéndose la información a 33 artículos en inglés y 19 en castellano.

3º. Enero de 2019: Lectura centrada en el resumen de los artículos recopilados, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión. Se desecharon 14 artículos en inglés y 9 en castellano, por lo que finalmente se ha trabajado con 29 artículos (19 en inglés y 10 en castellano).

Criterios de inclusión:

- **Idioma:** inglés o castellano.
- **Año de publicación:** del 2014 al 2018 (incluidos).
- **Palabras clave:** al menos, 2 de ellas incluidas en el artículo.
- **Tipo de documento:** revisiones bibliográficas o sistemáticas y estudios observacionales o experimentales.
- **Texto disponible:** texto completo.

Criterios de exclusión:

- **Idioma:** diferente a inglés o castellano.
- **Año de publicación:** anterior al 2013 y posterior al 2019 (ambos incluidos).
- **Palabras clave:** no figuran, al menos, 2 de ellas en el artículo.
- **Tipo de documento:** cualquiera que no sea revisión bibliográfica o sistemática, ni estudio observacional o experimental.
- **Texto disponible:** no texto completo.
- **Artículos duplicados:** aquellos que aparecen en más de una base de datos, sólo se incluyen una vez.

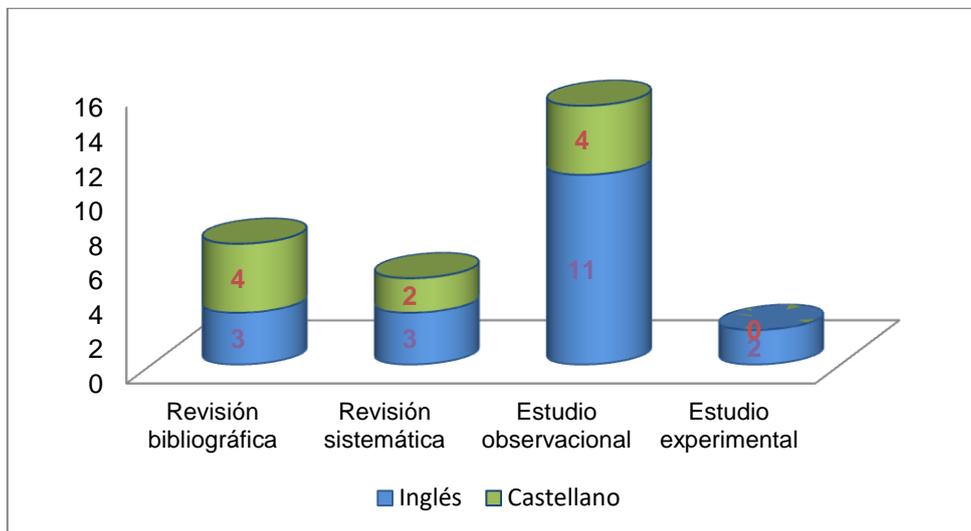


Figura 1. Tipo de artículos empleados como fuentes de información e idioma de los mismos.

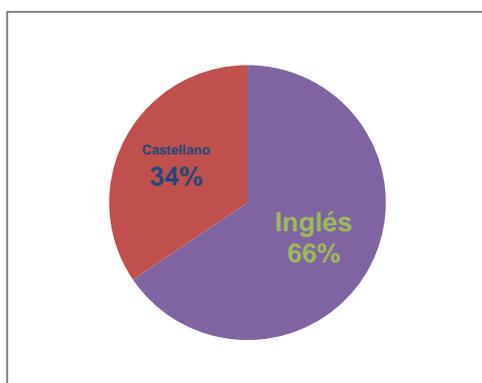


Figura 2. Porcentaje de artículos en inglés y en castellano utilizados.

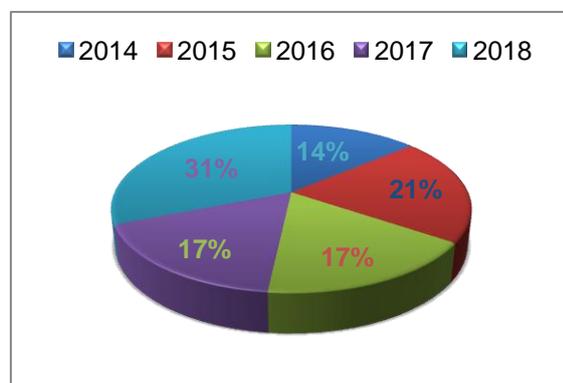


Figura 3. Porcentaje del año de publicación de los artículos seleccionados.

4º. Febrero de 2019: Lectura a texto completo y análisis de la situación actual del tema, para detectar las necesidades existentes.

5º. Febrero de 2019: Revisión de otros programas de salud con el fin de observar la metodología empleada.

6º. Marzo - mayo de 2019: Desarrollo del diseño del programa de EPS.

5.2. Población diana

El programa irá dirigido a un grupo de 20 padres (el número de participantes es reducido, en vistas de poder hacer las sesiones más dinámicas), con hijos matriculados en el Instituto Emperador Carlos, de Medina del Campo. Esto es debido a que los estudiantes pertenecientes a la ESO y Bachillerato, se encuentran en edad de riesgo de llevar a cabo las ANS y su detección precoz, es muy importante para evitar trastornos mentales graves, incluso, el suicidio.

Se elige a los progenitores como foco de acción porque estos pacientes suelen ocultar las lesiones y la familia es quien tiene más contacto con ellos para poder detectarlas. Además, a veces deciden pedir ayuda y cuando lo hacen, es de manera informal, a personas de confianza entre las que se incluyen ellos. Sin embargo, la mayor parte de la población carece de conocimientos sobre el tema.

Los participantes serán adultos que acudirán a los talleres de forma totalmente voluntaria, tras haber recibido, vía e-mail, la información del programa (*ver anexos II y III*), a través de la dirección del centro, y haberse apuntado. Será necesario rellenar una ficha de inscripción online (*ver anexo IV*), puesto que las plazas son limitadas.

El grupo será heterogéneo en cuanto actividad profesional y cultura (a este instituto acuden adolescentes de diferentes etnias como la gitana y diversos países de origen como rumanos o búlgaros), por lo que es muy posible que algunos tengan más información que otros acerca de las ANS o que esta, sea

errónea. No obstante, si acuden a las sesiones, significa que todos ellos desconocen la relevancia del problema existente y están interesados en la adquisición de habilidades para el manejo de la situación, en caso de vivirla.

5.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Tener al menos un hijo en edad de riesgo (entre 11 y 18 años, ambos incluidos).
- Tener al menos un hijo matriculado en el Instituto Emperador Carlos.
- Hablar castellano.

Criterios de exclusión

- Que el hijo, en edad de riesgo y matriculado en el Instituto Emperador Carlos, posea discapacidad cognitiva.
- Haber recibido ya cursos acerca de las ANS.
- Haber vivido ya experiencias de autolesiones con un hijo.

5.4. Duración del programa

Previo al inicio del programa, en el mes de septiembre de 2019, se solicitará permiso al centro, para el desarrollo del mismo. Se realizará de forma presencial, tras acordar un día de reunión con el equipo directivo. En ella se presentarán los aspectos más relevantes y se justificará la importancia de su implementación.

El desarrollo del programa se dividirá en tres fases:

- **Fase de captación:** Se iniciará el 1 de octubre de 2019, cuando ya todos los alumnos estén matriculados y hayan comenzado el curso escolar. En ese mes se mandarían los e-mails (*ver anexos II, III y IV*) a los padres para

su captación. A partir de ese momento, comenzará el plazo de inscripción, que finalizará el 31 de octubre de 2019.

- **Fase de incidencia:** Las sesiones comenzarán el 9 de noviembre de 2019, y serán 4. Se llevarán a cabo un día a la semana, concretamente al final de la tarde del viernes (sobre las 20:30h), y durarán 1 hora aproximadamente, pudiendo variar en función del contenido. El día ha sido elegido teniendo en cuenta que el sábado habrá padres que no tengan que asistir al trabajo, por ser fin de semana (esto hará que acudan de forma más relajada, actitud importante a la hora de aprender).
- **Fase de evaluación:** Finalmente, en diciembre de 2019, se evaluarán los resultados obtenidos, tras recoger los test realizados para medir la adquisición de conocimientos (*ver anexo V*) y las encuestas de satisfacción (*ver anexo VIII*).

En función de los resultados, si han sido positivos y se han quedado padres sin poder participar, se valorará la posibilidad de repetir el programa, entre los meses de enero y abril de 2020 (incluyendo las mejoras propuestas en la encuesta de satisfacción).

Tabla 3. Cronograma

	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE				DICIEMBRE
			9	16	23	30	
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN (al centro)							
FASE DE CAPTACIÓN							
FASE DE INCIDENCIA: 1ª SESIÓN							
FASE DE INCIDENCIA: 2ª SESIÓN							
FASE DE INCIDENCIA: 3ª SESIÓN							
FASE DE INCIDENCIA: 4ª SESIÓN							
FASE DE EVALUACIÓN							

Fuente: Elaboración propia

5.5. Procedimiento

Tabla 4. Datos técnicos de identificación del programa

TÍTULO	¿Y si tu hijo también, y tú no lo sabes?
LUGAR DE APLICACIÓN	Medina del campo
ENTORNO	Instituto Emperador Carlos
ALUMNOS	20 padres de adolescentes matriculados en el instituto
RECURSOS	· Personales: 1 enfermera y 2-3 ponentes · Materiales: aula bien equipada (ordenador, mesas, sillas, proyector, pizarra, etc.), dípticos, folios, Power Point, teléfonos móviles.
TIEMPO DE APLICACIÓN / LOGRO DE LOS OBJETIVOS	4 horas repartidas en los 4 viernes del mes de noviembre de 2019

Fuente: Elaboración propia

1ª sesión: La verdad sobre las ANS

Uno de los objetivos de esta primera sesión es evaluar los conocimientos de los padres, previa participación en el programa. Para ello, tras darles la bienvenida, se repartirá un test (*ver anexo V*) con 10 preguntas acerca de las ANS, que volverá a pasarse el último día. Esto permitirá establecer una comparación entre las respuestas de ambos y verificar que se produce un aumento en el número de acertadas.

A continuación, con el objetivo de presentar el programa a todos los participantes y justificar por qué se ha elaborado, se realizará, de forma oral, un breve resumen de cómo se va a desarrollar (recordándoles el número de sesiones, fecha, duración y contenido) y se pondrá de manifiesto la importancia de la detección precoz de las ANS y el papel clave que ellos desempeñan para poder conseguirlo. Se expondrá la prevalencia y las complicaciones que pueden darse si no se trata a tiempo a este tipo de pacientes, con el fin de que los asistentes tomen conciencia de la gravedad del problema y soliciten ayuda profesional. Se utilizará como herramienta de apoyo una presentación con diapositivas.

En la segunda mitad de la sesión, se llevará a cabo una “tormenta de ideas” (*brainstorming*), en la que de manera espontánea, pero ordenada, los

asistentes contestarán a determinadas cuestiones como qué son las ANS y qué no, quién las realiza más a menudo o por qué lo hace. Se anotarán las principales respuestas en una pizarra y se preguntará con cuál se sienten identificados, levantando la mano. Finalmente, la enfermera corregirá aquellas afirmaciones que sean erróneas y los padres compartirán sus opiniones y dudas. El objetivo de esta última actividad es dejar claros los conceptos más generales acerca del tema y que los participantes se den cuenta de la desinformación y los estereotipos que existen actualmente.

2ª sesión: Detección precoz de las ANS

En esta sesión, durante la primera media hora, se impartirá una clase magistral con apoyo multimedia (*Prezzi*), donde se explicarán los factores que dan lugar a una mayor predisposición para realizar las ANS, los métodos más comúnmente empleados, la conducta habitual de estos sujetos y cuándo existe mayor riesgo de suicidio. Con esta información, los padres serán capaces de estimar las posibilidades de que sus hijos se hayan autolesionado alguna vez o de que puedan hacerlo en un futuro. El objetivo final de todo ello, es conseguir que detecten precozmente las ANS, consulten inmediatamente con el Equipo de Atención Primaria (EAP) y mejorar así su pronóstico.

Para finalizar, la segunda media hora, se realizarán 4 grupos, de 5 personas cada uno, que competirán mediante un cuestionario on-line interactivo (*Kahoot*) (*ver anexo VI*), a través del teléfono móvil. El grupo ganador, será aquel que acierte el mayor número de preguntas, en el menor tiempo posible. Estas tratarán sobre la información proporcionada en la sesión del mismo día y del anterior. Por último, con ayuda de la enfermera, se razonarán las respuestas. El objetivo es que a través de las discusiones en grupo y el juego, se afiancen los conocimientos y se resuelvan las dudas existentes.

3ª sesión: Manejo de las ANS

El objetivo de esta sesión es el empoderamiento de los padres para el manejo de las ANS. Para contribuir a su logro, se les entregará un díptico (*ver anexo*

VII) con directrices de cómo actuar ante una persona que se autolesiona y se lo podrán llevar a casa, por si a la hora de poner en práctica lo aprendido, les surgen dudas. A continuación, se explicará el mismo, punto por punto, y se ofrecerán recursos informáticos como páginas web de asociaciones, con información fiable con la que complementar lo aprendido. Esto es debido a que hoy en día, con internet, la información está al alcance de toda la población y sobre todo, en temas de salud, es muy común su búsqueda. Sin embargo, muchas veces, esta es de procedencia dudosa y mala calidad.

Posteriormente, se utilizará el método de juego de roles (*rol playing*), en el que los padres voluntarios que interpreten (tanto al progenitor como al adolescente), deberán decidir cómo manejar las diferentes situaciones propuestas (teniendo en cuenta las recomendaciones recibidas anteriormente, si son los padres, y el comportamiento más común de estos pacientes, si son los hijos). La primera de ellas sería que el hijo lleva una temporada que actúa diferente, se aísla del resto de la familia y cuando llega el verano, a pesar de que hace mucho calor, se pone ropa de manga larga. En la segunda, el padre entra en el baño a dejar unas toallas limpias, mientras el hijo está duchándose con música alta y no se da cuenta de su presencia, y se percata de unas cicatrices de cortes en los muslos. En la última, el padre va a recoger a su hijo en el coche y de camino a casa, este le cuenta que hace unos meses que empezó a autolesionarse.

Inmediatamente después de cada representación, se analizará y debatirá si la forma de abordar el problema, ha sido la apropiada. El objetivo es que a través de los diferentes puntos de vista, se reflexione, se aprenda de los errores y se enriquezca individualmente cada participante con las alternativas de los demás (no siempre hay un solo modo de hacer las cosas de manera correcta).

4ª sesión: Las ANS en primera persona

En esta última sesión, con la colaboración de la Unidad de Psiquiatría del HCUV, se intentará que personas que conozcan las ANS desde dentro

(familiares de adolescentes que la hayan practicado, trabajadores de asociaciones, profesionales especializados en este tema o incluso jóvenes con experiencia propia), cuenten sus vivencias. El objetivo que se persigue es que de esta manera tan cercana, se sensibilice aún más a los padres, haciéndoles ver que es un problema real, que se produce de manera más frecuente de lo que piensan. Además, de que si les ocurre, no están solos para enfrentarse a él, que existen muchos recursos para combatirlo y que tiene solución.

Finalmente, se volverá a evaluar a los participantes con el mismo test (*ver anexo V*) del primer día. El objetivo es comprobar si han aumentado sus conocimientos acerca de las ANS. Asimismo, se les pedirá que rellenen una encuesta anónima de satisfacción (*ver anexo VIII*), con el propósito de que evalúen el programa completo y así, conocer su opinión acerca del mismo.

5.6. Material utilizado

Recursos personales: 1 enfermera experta en el tema para impartir el programa y 2 o 3 ponentes para que en la última sesión, relaten su experiencia personal.

Recursos materiales: aula para el desarrollo de las sesiones con ordenador, proyector, pizarra (digital, tiza o rotulador), mesas y sillas. Dípticos, folios (para las encuestas y test), presentación Power Point y teléfonos móviles (aportados por los propios asistentes).

5.7. Evaluación

La evaluación del programa se realizará a través de una encuesta de satisfacción, que rellenarán los padres el último día, de forma anónima y voluntaria (*ver anexo VIII*). Estará basada en la escala de Likert, donde se especifica el grado de acuerdo o desacuerdo con una declaración (ítem o pregunta), mediante unos niveles (1: Completamente de acuerdo, 2: De

acuerdo, 3: Indiferente, 4: Poco de acuerdo, 5: Nada de acuerdo). El objetivo será mejorar el desarrollo de las sesiones, es decir, la forma de impartirlas, el horario, la duración, la metodología empleada, el contenido, etc.

También se valorará si ha aumentado el conocimiento acerca de las ANS en los padres. Para ello, se utilizará un pre-test y un post-test, el primer y último día, y será el mismo, con el fin de comprobar si existen variaciones en el número de repuestas acertadas. Se considerará como resultado positivo si en el test final, se alcanza un número de respuestas correctas de 8 sobre las 10 totales, en 3/4 de los participantes (*ver anexo V*).

5.8. Registros

Una vez concluido el programa, se elaborará una memoria que recogerá todos los aspectos relevantes acerca de su desarrollo. Incluirá los problemas que hayan surgido, los errores y aquello que los ha causado, y las posibles alternativas para mejorar. Toda esta información servirá para el desarrollo de posteriores planes de EPS.

5.9. Consideraciones ético-legales

Durante el desarrollo del programa, se tendrá en cuenta, en todo momento, la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales³³.

6. RESULTADOS

- Las ANS se constituyen como un problema de salud pública a nivel mundial^{2,5,7,8,12}, por su elevada prevalencia, sobre todo en adolescentes^{1-8,10,12,15,16,18,19,22-24}. A pesar de ello, aún no se considera un diagnóstico independiente, sino un síntoma de otros trastornos mentales con los que suele coexistir, y que adquiera entidad propia dependerá de investigaciones futuras^{4-6,8-10,12}.
- Los métodos más frecuentes de autolesión son los cortes en la piel, las quemaduras y golpearse^{1,3,4,6-8,10,12-14,16-19,21,24,31}. Asimismo, las zonas preferidas para realizarla serían la cabeza, para los golpes, y brazos, manos, abdomen y piernas para el resto^{16,19}. Además, es el sexo femenino quien más suele recurrir a este tipo de conductas^{2-4,6,8,12,14,15,18,20,22-24,30}.
- El objetivo más común para llevarlas a cabo, es el refuerzo intrapersonal negativo, es decir, el alivio de sentimientos (ira, rabia, decepción, fracaso, miedo, tristeza, etc.) que les provocan malestar^{4-6,12}. Esto ocurre porque les resulta difícil expresar lo que les sucede¹².
- Los adolescentes que se autolesionan, intentan ocultarlo^{2,3,5,8,9,11,12,15-19,22} y es su entorno más cercano, como familiares y amigos, su primer recurso de ayuda, cuando deciden contarlo^{2,16,17,19,20,22}.
- Existen estudios que demuestran que las ANS están muy relacionadas con el suicidio. Hay autores que lo consideran el paso siguiente cuando las lesiones ya no cumplen con su finalidad^{3,5,6,10,13,21}. Sin embargo, con ayuda profesional, sobre todo en etapas iniciales, se reduce el riesgo de repetición y en última instancia, de muerte^{4-6,13-17,22}.
- La mayoría de pacientes experimentan falta de comprensión por parte de los profesionales, entre ellos enfermería. Refieren que no se sienten

escuchados y las propias enfermeras admiten su falta de conocimientos para el manejo de las ANS^{11,14-16,21,23,26,27}.

- La evidencia científica expone que los cuidados de enfermería que precisan, están basados en el apoyo y la escucha activa, sin emitir juicios y garantizando la confidencialidad. Es importante que el profesional sea comprensivo, aunque siempre advirtiendo la gravedad de la situación^{2,8,11,15,22,27}.
- La enfermera deberá transmitir que existen otras alternativas y que pueden elegir si autolesionarse o no^{6,8,11,29}, teniendo en cuenta que el ultimátum y los castigos no funcionan nunca, solo hacen que la conducta se vuelva de nuevo clandestina³⁰.

7. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Sería interesante incluir este programa en un proyecto más ambicioso, en el que se realizase EPS a mayor escala, es decir:

- A compañeros sanitarios, incluidos enfermeros, puesto que la evidencia científica ha demostrado su falta de conocimiento en la materia^{11,15,16,23,25,26}.
- A los profesionales de educación, puesto que también podrían detectarlo debido al contacto estrecho que mantienen con los adolescentes.
- A los propios alumnos, para favorecer la búsqueda de ayuda tanto de los adolescentes que se autolesionan, como de su grupo social.
- En centros de acogida de menores, puesto que existen investigaciones que afirman que los adolescentes que se encuentran allí, reúnen más factores de riesgo para llevar a cabo las ANS⁸.

Asimismo, debido a que la educación en salud mental está muy poco desarrollada en nuestro país, un proyecto enfocado a la prevención de trastornos comunes en la adolescencia, sería muy beneficioso. Es posible que impartir programas psicoeducativos en edades tempranas, que promuevan habilidades en comunicación y fomenten el desarrollo y control emocional, eviten en gran medida la aparición de los mismos. Para ello, sería necesario actuar, de manera coordinada, con otros profesionales sanitarios y de educación.

8. CONCLUSIONES

Finalmente, tras la realización de este TFG, se concluye que:

- La mayoría de los estudios experimentales encontrados en la revisión bibliográfica, son transversales, por lo que no permiten conocer la evolución de las ANS.
- Las ANS son un problema difícil de detectar por el encubrimiento del propio sujeto e incluso del entorno. La enfermera ha de promover la solicitud de ayuda formal (profesionales de la salud).
- La evidencia demuestra la escasez de conocimientos que poseen los profesionales de enfermería acerca de las ANS, por lo que se hace indispensable la formación en este campo. Se han de eliminar las creencias erróneas, concienciar de la gravedad del problema e instruir en el manejo del mismo. De este modo, se mejoraría el trato de los pacientes y posiblemente, disminuiría su temor de contar lo que les ocurre.
- La EPS es una herramienta fundamental para la detección precoz de las ANS y disminución de sus complicaciones. Además, la realización y participación de enfermería en este tipo de programas, la hacen más visible en la sociedad.
- Los profesionales de enfermería son un elemento imprescindible en la prestación de apoyo y escucha a los familiares de personas que llevan a cabo las ANS.
- La información que se ofrece a los padres puede causar cierta hipocondría, aumentando el número de consultas sanitarias. Por eso, también se debería educar acerca de los cambios no patológicos que se producen en la adolescencia y que podrían confundirse con indicios de ANS.

- Queda mucho por investigar acerca de las ANS en nuestro país, sobre todo en el campo de la enfermería, teniendo en cuenta que la falta de criterios estandarizados para la definición de las ANS, dificulta su estudio.
- Es necesario que la enfermería elabore guías de prevención de las ANS y protocolos de actuación, así como la coordinación y comunicación fluida entre el equipo de atención primaria y de salud mental para el abordaje de este tipo de pacientes.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Sánchez, T. Autolesiones en la adolescencia: Significados, perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico. *Rev Psicoter.* 2018;29(110):185-209.
2. Curtis S, Thorn P, McRoberts A, Hetrick S, Rice S, Robinson J. Caring for Young People Who Self-Harm: A Review of Perspectives from Families and Young People. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(5):950. doi:10.3390/ijerph15050950
3. Díaz de Neira-Hernando M, Carballo-Belloso JJ (dir), Baca-García E (dir). Características psicopatológicas, acontecimientos vitales estresantes y conductas autolesivas suicidas y no suicidas en adolescentes evaluados en salud mental [tesis doctoral en Internet]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2014 [citado 1 de marzo de 2019]. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10486/661735>
4. Vega D, Sintés A, Fernández M, Puntí J, Soler J, Santamarina P et al. Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué? *Actas Esp Psiquiatr.* 2018;46(4):146-155.
5. De la Fuente-Alonso MR, Imaz-Roncero C (dir). Autolesiones en la adolescencia [trabajo fin de grado en Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid; 2018 [citado 1 de marzo de 2019]. Recuperado a partir de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/30252>
6. Hornor G. Nonsuicidal Self-Injury. *J Pediatr Health Care.* 2016;30:261-267. doi:10.1016/j.pedhc.2015.06.012
7. Xavier A, Cunha M, Gouveia JP. Deliberate self-harm in adolescence: The impact of childhood experiences, negative affect and fears of compassion. *Rev Psicopatol Psicol Clín.* 2015;20(1):41-49. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14407
8. Fleita-Zaragozano J. Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor.* 2017;47(2):37-45.
9. Ibáñez-Aguirre C. Claves psicopatológicas de las conductas autoagresivas en la adolescencia. *Rev Psicol Clín Niños Adolesc.* 2017;4(1):65-70.
10. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Dtsch Arztebl Int.* 2018; 115: 23-30. doi: 10.3238/arztebl.2018.0023
11. Doyle L, Sheridan A, Treacy MP. Motivations for adolescent self-harm and the implications for mental health nurses. *J Psychiatr Mental Health Nurs.* 2017;24:134-142. doi: 10.1111/jpm.12360
12. Flores-Soto MR, Cancino-Marentes ME, Figueroa-Varela MR. Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Rev Cub Salud Pública.* 2018;44(4):200-216.
13. Gómez-Sánchez S, Sevillano-Benito I, Geijo-Urbe S, Mongil-López B, Vaquero-Casado M, de Uribe-Ladrón de Cegama F. Autolesiones en una unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil. *Psiquiatr Biol.* 2018;25(1):2-6. doi: 10.1016/j.psiq.2018.01.005

14. Calvete E, Orue I, Aizpuru L, Brotherton H. Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*. 2015;27(3):223-228.
15. Townsend E. Self-harm in young people. *Evid Based Ment Health*. 2014;17(4):97-99.
16. Albores-Gallo L, Méndez-Santos JL, Xóchitl-García Luna A, Delgadillo-González Y, Chávez-Flores CI, Martínez OI. Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014;42(4):159-168.
17. Doyle L, Treacy MP, Sheridan A. Self-harm in young people: Prevalence, associated factors, and help-seeking in school-going adolescents. *Int J Mental Health Nurs*. 2015;24:485-494. doi: 10.1111/inm.12144
18. Gallegos-Santos M, Casapia-Guzman Y, Rivera-Calcina R. Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa. *Rev Interacciones*. 2018;4(2):143-151. doi: 10.24016/2018.v4n2.106
19. Martorana G. Characteristics and associated factors of non-suicidal self-injury among Italian young people: A survey through a thematic website. *J Behav Addict*. 2015;4(2):93-100. doi: 10.1556/2006.4.2015.001
20. Morgan C, Webb RT, Carr MJ, Kontopantelis E, Green J, Chew-Graham CA et al. Incidence, clinical management, and mortality risk following self harm among children and adolescents: cohort study in primary care. *BMJ*. 2017;359. doi: 10.1136/bmj.j4351
21. Gulbas LE, Hausmann-Stabile C, De Luca S, Tyler TR, Zayas LH. An Exploratory Study of Non-Suicidal Self-Injury and Suicidal Behaviors in Adolescent Latinas. *Am J Orthopsychiatry*. 2015;85(4):302-314. doi:10.1037/ort0000073
22. Rowe S, French R, Henderson P, Ougrin D, Slade M, Moran P. Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: a systematic review. *Aust New Zealand J Psychiatr*. 2014;48:1083-1095.
23. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PLOS ONE*. 2016;11(4). doi:10.1371/journal.pone.0153760
24. Law BM, Shek DT. A 6-year Longitudinal Study of Self-harm and Suicidal Behaviors among Chinese Adolescents in Hong Kong. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(1):38-48. doi: 10.1016/j.jpag.2015.10.007
25. Manning JC, Latif A, Carter T, Cooper J, Horsley A, Armstrong M et al. 'Our Care through Our Eyes': a mixed methods, evaluative study of a service user, co-produced education programme to improve inpatient care of children and young people admitted following self-harm. *BMJ Open*. 2015;5. doi:10.1136/bmjopen-2015009680
26. Manning JC, Latif A, Carter T, Cooper J, Horsley A, Armstrong M et al. 'Our Care through Our Eyes'. Impact of a co-produced digital educational programme on nurses' knowledge, confidence and attitudes in providing care for children and young people who have self-harmed: a mixed-methods study in the UK. *BMJ Open*. 2017;7. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014750

27. Carter T, RMN, Latif A, Callaghan P, Manning JC. An exploration of predictors of children's nurses' attitudes, knowledge, confidence and clinical behavioural intentions towards children and young people who self-harm. *J Clin Nurs*. 2018;27:2836-2846.
28. International Society for the Study of Self Injury [Internet]. ISSS; 2019 [citado 21 de marzo 2019]. Recuperado a partir de: <https://itriples.org/>
29. Townsend E, Wadman R, Sayal K, Armstrong M, Harroe C, Majumder P et al. Uncovering key patterns in self-harm in adolescents: Sequence analysis using the Card Sort Task for Self-harm (CaTS). *J Affect Disord*. 2016; 206:161-168. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.004
30. Sociedad Internacional de Autolesión [Internet]. Sociedad Internacional de Autolesión; 2017 [citado 21 de marzo 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.autolesion.com/>
31. Tang J, Yang W, Ahmed NI, Ma Y, Liu HY, Wang JJ et al. Stressful Life Events as a Predictor for Nonsuicidal Self-Injury in Southern Chinese Adolescence. *Med*. 2016;95(9):2637. doi: 10.1097/MD.0000000000002637
32. Autolesiones y suicidio en adolescentes [Internet]. AEPED. 2019 [citado 21 de marzo 2019]. Recuperado a partir de: <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/autolesiones-suicidio-en-adolescentes>
33. España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 6 de diciembre de 2018, núm. 294, pp. 119788 - 119857 [citado 29 de abril 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/dof/spa/pdf>

10. ANEXOS

Anexo I:

ALTERNATIVAS CONDUCTUALES^{8,30}

SENTIMIENTO DEENCADENANTE	ESTRATEGIAS
Enfado, frustración, desesperación	<ul style="list-style-type: none"> · Aplastar latas de aluminio · Inflar una bolsa y estallarla · Cortar una camiseta vieja · Gritar muy fuerte · Hacer mucho ruido · Hacer 50 sentadillas · Usar un cojín, peluche o saco de boxeo para golpearlo · Destrozar papeles de periódico o revista · Hacer figuras de plastilina y aplastarlas · Poner la música muy alta y bailar hasta cansarse · Realizar ejercicio físico, salir a correr o caminar · Limpiar y ordenar la casa · Ordenar el armario por colores · Contar hasta 100 o 500 o contar baldosas, luces, etc. · Patear el suelo · Chutar una pelota muy fuerte o darle con una raqueta · Pinchar globos · Dar palmas hasta que pique la mano
Tristeza, melancolía, vulnerabilidad	<ul style="list-style-type: none"> · Darse un baño de agua caliente · Acurrucarse en la cama/sofá con un chocolate caliente · Escuchar música suave · Untar crema en las partes del cuerpo que quieres dañar · Masajear en vez de lesionar la zona · Hablar con un amigo (no necesariamente de las ANS) · Ver la televisión, una película, una serie · Leer un libro · Preparar cosas ricas de comer · Pintar o hacer algo artístico que represente los sentimientos de ese momento · Pintarse la uñas · Podemos proponer una lista con palabras o frases motivadoras o incluso una carta diciendo por qué nos queremos, nuestras cualidades positivas o palabras que den fuerza y motivación: «tú puedes», «vales mucho»

<p>Dispersión</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Hacer una actividad que requiera concentración, y que sea divertida · Jugar un videojuego · Comer un alimento y poner mucha atención en su olor, la sensación en los labios, en la lengua, su sabor y masticarlo lentamente · Elegir un objeto y examinarlo con mucho detenimiento para posteriormente escribir una descripción muy detallada (tamaño, forma, peso, textura, color, posibles usos, etc.)
<p>Desconexión, despersonalización, no real</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Apachurrar con muchas ganas hielo · Meter uno o varios dedos en comida congelada/ helado por un minuto · Colocar un pedazo de hielo donde te quieres quemar, lo cual brinda la misma sensación de quemarte y además deja una marca roja parecida a la de una quemadura · Untar debajo de la nariz un ungüento con olor fuerte y penetrante · Morder algo muy picante o amargo (limón, guindilla) · Depilarse con cera · Poner una goma alrededor de la muñeca, estirarla y soltarla · Tomar una ducha bien fría · Concentrarse en la respiración, darse cuenta de cómo se mueve el abdomen y el pecho
<p>Necesidad de ver sangre</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Pintar con un bolígrafo/rotulador rojo en los lugares que quieres cortar · Coger una botellita con colorante comestible de color rojo, calentarlo dentro de una taza con agua caliente y utilizar la botellita como si fuera un cuchillo, para que vaya saliendo el líquido rojo y calentito o colorear un hielo con unas gotas del mismo líquido y presionarlo contra las partes donde te quieres cortar
<p>Necesidad de ver cicatrices o marcas</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Conseguir un paquete de tatuajes de gena y colocarla en el lugar donde quieres la marca. Dejar la pasta una noche completa y al día siguiente, al arrancarla como si fuera una costra, dejará una marca entre roja y anaranjada. · Cubrir con vendajes el lugar donde te gustaría cortarte · Crear una herida con maquillaje

Fuente: Elaboración propia

Anexo II:

E-MAIL DE CAPTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Estimadas familias:

Nos dirigimos a ustedes con el motivo de informarles sobre el programa de salud que será realizado en el centro educativo de sus hijos durante este curso.”**¿Y si tu hijo también, y tú no lo sabes?**”, se centrará en las Autolesiones No Suicidas (ANS), una conducta sobre la que es posible que alguna vez hayan escuchado hablar y sin embargo, la información que tengan sea escasa y/o errónea.

El objetivo principal que se persigue, es la detección a tiempo de estas lesiones, realizadas mayoritariamente por adolescentes, para mejorar así su pronóstico y disminuir las complicaciones futuras.

El programa estará formado por 4 sesiones, de aproximadamente 1 hora de duración, durante los 4 viernes del mes de noviembre (días 9, 16, 23 y 30). Comenzarán a las 20:30h y se desarrollarán en un aula del instituto. Serán interactivas y tendrán un máximo de 20 participantes. En ellas se intentarán mejorar sus conocimientos acerca de las ANS, con el fin de que sean capaces de reconocer si sus hijos lo practican y sepan cómo manejar la situación.

A continuación, adjuntamos un cartel informativo y la hoja de inscripción que deberá ser rellenada y enviada a la dirección de correo *EPSANS@gmail.com*, para su participación en el programa. El plazo de entrega finalizará el día 31 de octubre de 2019.

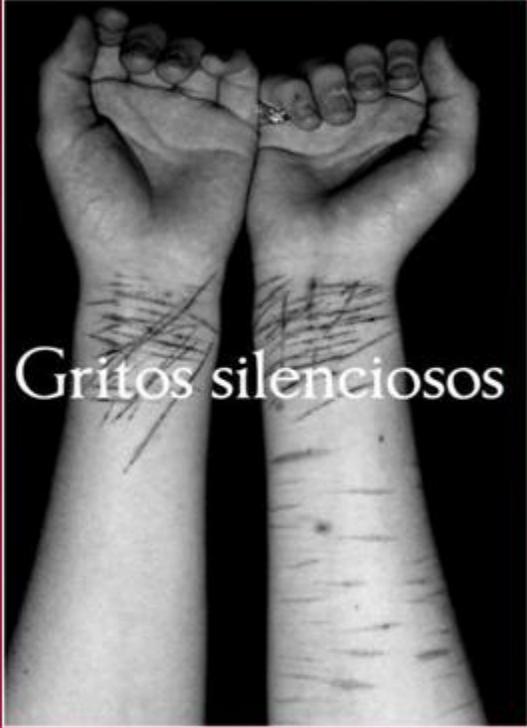
¡No se lo piensen mucho que las plazas son limitadas!

Atentamente, la dirección del programa.

Fuente: Elaboración propia

Anexo III:

CARTEL INFORMATIVO DEL PROGRAMA

<p>Programa de educación para la salud (EPS) impartido por enfermeras y dirigido a padres con hijos adolescentes</p> <p>LUGAR: I.E.S. Emperador Carlos (Medina del Campo)</p> <p>DÍAS: Viernes 9,16,23 y 30 de noviembre de 2019</p> <p>DURACIÓN: 4 sesiones de 1 hora</p> <p>Cualquier aclaración: EPSANS@gmail.com</p>	<p>¿Y SI TU HIJO TAMBIÉN, Y TÚ NO LO SABES?</p>  <p>Gritos silenciosos</p> <p>CONOCE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS (ANS) Y APRENDE A DETECTARLAS</p> <p>TÚ PUEDES AYUDARLE</p>
--	--

Fuente: Elaboración propia

Anexo IV:

FICHA DE INSCRIPCIÓN

FICHA DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA:

“¿Y SI TU HIJO TAMBIÉN, Y TÚ NO LO SABES?”

Nombre y apellidos

DNI

Sexo

Edad

Profesión

Sexo del hijo

Edad del hijo

*Correo electrónico

Observaciones respecto fechas y horarios propuestos (sujetos a modificación):

*En caso de enviar alguna notificación, se realizará por esta vía.

Toda la información solicitada para su participación, está sujeta a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Fuente: Elaboración propia

Anexo V:

TEST DE EVALUACIÓN

TEST DE EVALUACION DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS (ANS)

1. Las ANS son:

- a. un daño en la superficie corporal, que se provoca a sí misma una persona, por diversión.
- b. una daño en la superficie corporal, que se provoca a sí misma una persona, de manera accidental.
- c. un daño en la superficie corporal, que se provoca una persona a sí misma, sin la intención de causar la muerte.
- d. un daño en la superficie corporal, que se provoca una persona, a veces con ayuda de otra, y que causa siempre sangre.

2. El número de personas que realiza las ANS:

- a. ha disminuido en los últimos años.
- b. ha aumentado en los últimos años.
- c. es mayor en adolescentes.
- d. la respuesta b y c son correctas.

3. Las ANS, si no se tratan, pueden desembocar en:

- a. suicidio.
- b. enfermedad psiquiátrica.
- c. siempre desaparecen solas.
- d. a y b son correctas.

4. Las ANS se realizan por:

- a. necesidad de sentirse vivos.
- b. aliviar sentimientos, ya que no son capaces de expresar con palabras cómo se sienten.
- c. evitar una situación o pedir ayuda.
- d. todas son correctas.

5. Uno de los métodos más usados para autolesionarse son:

- a. cortes en la cara.
- b. golpes en el pie.
- c. hacerse piercing.
- d. quemaduras en el brazo.

6. Las personas que se autolesionan:

- a. dejan a la vista las lesiones para llamar la atención.
- b. ocultan las lesiones por miedo a ser juzgados.
- c. lo hacen delante de la gente.
- d. utilizan solo un método.

7. Existe mayor posibilidad de realizar ANS si:

- a. lo realiza un amigo.
- b. es un chico.
- c. es una persona muy tranquila.
- d. Todas son ciertas.

8. Cuando se habla con alguien que se autolesiona:

- a. hay que restarle importancia a la situación.
- b. se ha de dar un ultimátum para que abandone la conducta.
- c. no se debe hablar del tema porque podría empeorar la situación.
- d. todas son falsas.

9. Si me entero de que mi hijo se autolesiona:

- a. le echaré la bronca y me enfadaré con él.
- b. intentaremos solucionarlo juntos, no hace falta pedir ayuda profesional.
- c. hablaré con él y no le juzgaré.
- d. b y c son correctas.

10. Si recurrimos a profesionales:

- a. ingresarán a mi hijo en una planta psiquiátrica.
- b. nos enseñarán métodos y alternativas para abandonar la autolesión.
- c. la enfermera no nos puede ayudar.
- d. Todas son ciertas.

Anexo VI:

PREGUNTAS KAHOOT

1. Un ejemplo de ANS es:

-  la sobreingesta de medicamentos.
-  rascarse de forma intensa hasta causar herida.
-  hacerse un piercing.
-  todas son ANS.

2. En España las ANS...:

-  ...las practican muy pocas personas.
-  ...han aumentado en los últimos años.
-  ...es el país de Europa donde menos personas las llevan a cabo.
-  ...es el país de Europa donde más personas las llevan a cabo.

3. La detección a tiempo de las ANS:

-  evita su evolución al suicidio.
-  no sirve para nada porque los adolescentes solo quieren ser el centro de atención.
-  disminuye la posibilidad de desarrollar trastornos mentales graves.
-  a y c son correctas.

4. Existen más posibilidades de que un adolescente se autolesione si:

-  sufre un trastorno de ansiedad.
-  es una chica.
-  sus padres son muy exigentes.
-  todas son correctas.

5. Un adolescente que se autolesiona:

-  no tiene amigos.
-  puede hacerse adicto a las ANS.
-  se provoca heridas graves.
-  todas son correctas.

6. El lugar donde no suelen autolesionarse es:

-  antebrazos.
-  abdomen.
-  muslos.
-  cuello.

7. No es un factor de riesgo para las ANS:

-  la homosexualidad.
-  ser extranjero.
-  ser impulsivo.
-  Todas son ciertas.

8. Existe mayor riesgo de suicidio:

-  las primeras veces que se autolesiona.
-  si utiliza más de 3 métodos distintos para autolesionarse.
-  si no soporta el dolor de las heridas que se produce.
-  todas son falsas.

9. Si los adolescentes deciden pedir ayuda:

-  acuden directamente al médico.
-  se lo cuentan a sus padres.
-  se lo cuentan a sus amigos.
-  b y c son correctas.

10. Es cierto que:

-  en verano los adolescentes se autolesionan más porque tienen más tiempo al estar de vacaciones.
-  a veces los adolescentes se autolesionan para escapar de una situación desagradable.
-  las autolesiones ocasionadas son graves y a menudo requieren atención médica.
-  Todas son ciertas.

Fuente: Elaboración propia

Anexo VII:

DÍPTICO PARA PADRES CON INDICACIONES PARA EL MANEJO DE ADOLESCENTES QUE SE AUTOLESIONAN



Cómo actuar ante las ANS

?

Pautas básicas para padres con hijos adolescentes que se autolesionan

 Sacyl

Fuente: Elaboración propia

SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• Mantener la calma• Dialogar y conocer el motivo de la conducta• Escuchar y ser comprensivo• Apoyar• Alejar los objetos con los que pueda hacerse daño• <u>Buscar ayuda profesional</u>• Mostrar disponibilidad• Hacer actividades juntos para afianzar el vínculo	<ul style="list-style-type: none">• Sobreproteger• Restar gravedad• Juzgar• Enfadarse• Castigar• Dar ultimátum

Fuente: Elaboración propia

Anexo VIII:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

	1	2	3	4	5
EVALUAR EL PROGRAMA					
El contenido del programa ha sido acorde a mis expectativas.					
El programa estaba bien organizado.					
El aula donde se ha impartido está en buenas condiciones y dispone de los materiales necesarios.					
EVALUAR LOS MÉTODOS					
Los talleres me han parecido amenos.					
La duración y horarios (día y hora) del programa me han resultado adecuados.					
Los materiales utilizados/entregados son apropiados y me han servido para reforzar el aprendizaje (cuestionarios, díptico, Power Point...)					
EVALUAR A LOS EDUCADORES					
El educador ha motivado mi interés.					
Los contenidos han sido expuestos con claridad y han resuelto mis dudas.					
El educador poseía los conocimientos necesarios para impartir la materia.					
EVALUAR LOS RESULTADOS					
He adquirido los conocimientos que quería y que se intentaban exponer.					
Después del programa, ha cambiado mi visión con respecto al tema.					
Recomendaría este programa.					
<p>Por último, escriba cualquier comentario, sugerencia o aspecto sobre el programa que usted cree conveniente que se aplique en futuros programas que se realicen (lo tendremos en cuenta para mejorar):</p>					