



TESIS DOCTORAL

AUTOLESIONES EN EL MEDIO PENITENCIARIO.

AJAJ AHMADIEH JURDI

DEPARTAMENTO DE TERAPÉUTICA MÉDICA-QUIRÚRGICA

Conformidad de los Directores:

Fdo.: Diego Peral Pacheco Fdo.: Joaquín Ingelmo Fernández Fdo.: Jesús Ramírez Rodrigo

Badajoz 2015

ÍNDICE

ÍNDICE	3
DEDICATORIA	7
I. INTRODUCCIÓN	14
II. DESARROLLO TEÓRICO	22
II.1. AUTOLESIONES A LO LARGO DE LA HISTORIA	24
II.1.1. HISTORIA DE LAS AUTOLESIONES	24
II.1.2. HISTORIA DE LAS AUTOLESIONES EN LAS PRISIONES ESPAÑOLAS	29
II.2. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA	30
II.3. DEFINICIÓN DE LA AUTOLESIÓN	34
II.4. CLASIFICACIÓN DE LAS AUTOLESIONES	40
II.5. DSM IV- V	44
II.5.1. DEL SIGNO, AL SÍNTOMA Y AL SÍNDROME	44
II.5.2. CRITERIOS PROPUESTOS SEGÚN DSM 5	46
II.5.3. TRASTORNO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA, NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA (NOS)	48
II.5.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SEGÚN DSM 5	48
II.6. ETIOLOGÍA DE LAS AUTOLESIONES	52
II.7. MOTIVACIONES BIOLÓGICAS	58
II.8. LA AUTOLESIÓN COMO SEÑAL DE IDENTIDAD	74
II.8.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	75
II.8.2. LA AUTOLESIÓN Y EL SUICIDIO	76
II.8.3. PSICOPATÍA, AUTOLESIONES Y SUICIDIO	80
II.9. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN AUTOLESIONES	82
II.9.1. ¿A QUIÉN VA DIRIGIDO?	82
II.9.2. ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE QUE TENER UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA CONDUCTA AUTOLESIVA?	83
II.9.3. ¿CUÁL SON LOS PRIMEROS PASOS?	83
II.9.4. ¿QUÉ SE INCLUYE EN EL PROTOCOLO?	84
II.9.5. IDENTIFICANDO LA AUTOLESIÓN	84
II.9.6. PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE AUTOLESIONES	85
II.9.7. EVALUANDO LA AUTOLESIÓN	87
II.9.8. CONSIDERACIONES GENERALES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA EN PERSONAS QUE SE AUTOLESIONAN	88
II.9.9. COMO ACTUAR ANTE UNA SOSPECHA DE QUE UN INTERNO ESTA AUTOLESIONÁNDOSE	89
II.9.10. ¿QUÉ ES EL CONTAGIO SOCIAL?	90

II.10. MITOS Y REALIDADES ACERCA DE LAS AUTOLESIONES.....	92
II.11. AUTOLESIONES EN EL MEDIO PENITENCIARIO	98
II.12 DESCRIPCIÓN DEL CENTRO PENITENCIARIO DE CEUTA.....	105
III. OBJETIVOS	106
III.1. Objetivos principales	108
III.2. Objetivos secundarios.....	108
IV. MATERIAL Y MÉTODOS.....	110
IV.1. PACIENTES Y PROTOCOLO DE ESTUDIO	112
IV.2. EXAMEN DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO	113
IV.3. PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN.....	115
IV.4. EL CUESTIONARIO ESTÁ CONSTITUIDO POR CINCO APARTADOS GENERALES	115
IV.5. CUESTIONARIOS EMPLEADOS.....	116
IV.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	116
IV.7. DISEÑO	118
IV.8. ESTUDIOS OBSERVACIONALES DESCRIPTIVOS	118
IV.9. MUESTREO PROBABILÍSTICO	119
IV.10. VARIABLES	119
IV.11. CRONOLOGÍA.....	120
IV.12. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.....	121
V. RESULTADOS E INTERPRETACIONES.	126
V.1. AUTOLESIONES EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE CEUTA.....	128
V.2. INTENTOS DE SUICIDIO EN EL CENTRO PENITENCIARIO.....	142
V.3. DURACIÓN DE LAS CONDENAS.....	181
V.4. CONDUCTA DE LOS PRESOS EN EL CENTRO PENITENCIARIO	192
V.5. DELITOS/ ANTECEDENTES DELICTIVOS.....	203
V.6. ANTECEDENTES DELICTIVOS FAMILIARES	210

V.7. FAMILIAR CON PROBLEMAS.....	214
V.8. DROGODEPENDENCIA.....	220
V.9. TRASTORNOS ADICTIVOS	227
V.9.1. DEPENDENCIA AL ALCOHOL.....	228
V.9.2. CRIBADO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL JUEGO.....	233
V.9.3. TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN.....	237
V.9.4. GASTO EXCESIVO	240
V.9.5. ACTIVIDAD SEXUAL.....	243
V.9.6. DROGAS Y SUSTANCIAS TÓXICAS	246
V.9.7. ADICCIÓN A INTERNET.....	249
V.9.8. ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS	252
V.10. HISTORIAL DE ABUSOS	255
V.11. SOLO EN CASA A SU PROPIO CUIDADO EN LA NIÑEZ	274
V.12. CONDUCTAS IMPULSIVAS Y VIOLENTAS	279
V.13. ESTRUCTURA FAMILIAR EN LA INFANCIA	295
V.14. PERSONALIDAD (INVENTARIO PERSONALIDAD EYSENCK)	301
V.15. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....	306
V.16. EDAD INGRESÓ E ESTANCIA EN PRISIÓN	314
V.17. INCIDENCIAS DE AUTOLESIÓN SEGÚN PROBLEMAS PRINCIPALES	317
V.18. COMUNICACIÓN AFECTIVA VERBAL	321
V.19. MOTIVOS POR LAS QUE NO BUSCARON AYUDA DESPUÉS DE LA ÚLTIMA AUTOLESIÓN.....	325
V.20. MOTIVOS POR LAS QUE SÍ BUSCARON AYUDA DESPUÉS DE LA ÚLTIMA AUTOLESIÓN.....	327
V.21. PERSONAS EN LAS QUE BUSCÓ AYUDA O CONSEJO DESPUÉS DE LA ÚLTIMA AUTOLESIÓN.....	328
V.22. LA PRISIONIZACIÓN.....	332
V.23. ALEXITIMIA	336
V.24. SÍNTOMAS DISOCIATIVAS ASOCIADOS CON AUTOLESIÓN	343
V.25. ESTACIONALIDAD, ASISTENCIA DE LAS AUTOLESIONES	347
VI. DISCUSIÓN.....	350
VII: CONCLUSIONES	382

VII. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	388
VIII.1. LIMITACIONES	390
VIII.2. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	392
IX. AGRADECIMIENTOS	394
X. BIBLIOGRAFÍA.....	400
XI. ANEXOS	430
XI.1. CUESTIONARIOS	432
XI.1.1. Encuesta de datos personales.....	432
XI.1.2. Datos de análisis relacionados con la autolesión	438
XI.1.3. Cuestionario IPDE.....	440
XI.1.4. CUESTIONARIO EPI	443
XI.1.5. Experiencias Disociativas	445
XI.1.6. Escala de desesperanza de Beck	448
XI.1.7. Escala de Impulsividad de Plutchik	449
XI.1.8. Escala de Riesgo de Suicidio de Arboleda y Florez (1989): adaptada por Ruiz y Cols (2000)	450
XI.1.9. Nivel de ajuste a la prisión	450
XI.1.10. Cédulas de indicadores parasuicidas	451
XI.1.11. Cuestionario de agresión (AQ)	453
XI.1.12. Test de Adicción Multicage.....	454
XI.1.13. Escala de Alexitimia de Toronto.....	458
XI.2. Índices.....	460
XI.2.1. Índice de tablas.....	460
XI.2.2. Índice de Figuras.....	461
XI.2.3. Índice de Gráficas	462

DEDICATORIA

*A mi padre por
mostrarme el camino*

*A mi madre por
iluminarlo con su cariño*

*A mi familia por
ayudarme a recorrerlo*

يُأَيِّلِي. إِنَّ تِلْكَ طَبِيبٌ وَوَأَكْثَرُ الْعَشِيرَةِ
عَلَى الْعَكْطِيِّ فَمَنْ طَبِّبَ شَيْئًا لِي إِلَى الْأَطِيبِ

Y pasó el tren de la vida

La vida es un viaje finito, un viaje corto por tren el cual está lleno de emociones, desafíos, alegría y tristeza...No decidimos el subir al tren de la vida, ni escogemos el vagón de tren donde estamos, este recorrido lleno de subidas y bajadas y muchas sorpresas que a veces hacen que tengamos que cruzar el andén y volver rápidamente a nuestro asiento en el tren, pero nunca de regreso, y tampoco decidimos cuando bajamos de él, sencillamente un día nos hacen apearnos.

En este tren nos acompañaran nuestros padres en los asientos contiguos a los nuestros, pero llegado el momento, ellos bajaran del tren en alguna estación y terminaran el viaje.

Desgraciadamente, nos dejaran recorriendo nuestro camino solo, sin su cariño y afecto, y huérfanos de su amor.

Durante el viaje, subirán otras personas que se convertirán en acompañantes muy queridos, hermanos, familiares, amigos e incluso amores.

Muchas veces no nos daremos ni cuenta de la marcha de algunas personas que dejaron su asiento.

Algunos se acomodaran en otros vagones que intentaremos alcanzar con el fin de sentarnos con ellos, encontrando los asientos ocupados por otras personas.

Lo fascinante de este viaje es que no tenemos ni idea en qué momento concluirá; y en que estaciones bajarán nuestros familiares, compañeros y amigos dejándonos solos continuando el viaje llenos de dolor, nostalgia, tristeza y muchos recuerdos.

Es melancólico dejar que los hijos sigan el camino sin nuestra compañía, pero también es maravilloso y gratificante llegar a nuestra parada viéndolos llenos de equipajes que fueron adquiridos en alguna estación y sin lugar a duda nos llena de alegría y felicidad el hecho de tan solo pensar que hemos colaborado en que este equipaje se haga más grande, valioso, preciado y útil.

Este viaje me enseñó que el que no encuentra nada bueno en los lugares que está o en las cosas que realiza, no lo encontrará en ninguna parte porque lo que impide el hallazgo no es una causa externa sino tu propio juicio sobre lo hallado y que cada obstáculo que encontramos en nuestro viaje esconde una oportunidad que sirve para ayudar a los demás como para ayudarnos a nosotros mismos.

A mis profesores que sembraron las semillas y que fueron alimentadas y cuidadas con amor, ternura, esfuerzo e ilusión y supieron darle luz, protección, sombra y al que recogemos a diario el fruto de su trabajo y esfuerzo.

A todos aquellos que han desembarcado del tren dejando añoranza, buenos recuerdos y asientos vacíos:

Una llamada y un grito de gratitud.

I.INTRODUCCIÓN

Las conductas autolesivas constituyen un importante problema de salud pública en la actualidad, debido a que se ha apreciado un aumento creciente de dichas conductas en determinados segmentos de la población. La Presidenta de la Comisión Nacional Británica creada para abordar este problema nos advierte de que: “Un porcentaje llamativo de adolescentes en las sociedades occidentales se lastima asiduamente y de forma deliberada”, y que “la ignorancia universal sobre el tema es tan abrumadora que las cifras aumentarán más si no actuamos de inmediato”.

Antes de pasar a comentar las conductas autolesivas, es sumamente necesario puntualizar que resulta difícil, dentro del ámbito de las patologías mentales y dentro de las motivaciones psicológicas de un sinfín de manifestaciones de la psique, establecer una delimitación nítida entre aquello que se puede considerar normal y aquello que se considera patológico.

Dentro de la multiplicidad de manifestaciones del comportamiento humano, existe gran variedad de conductas que a una mirada apresurada y superficial nos parecen a todas luces absurdas, paradójicas, sin sentido e irracionales justificado por la aseveración de George Cangilheim en 1971 según la cual “si lo que es normal aquí puede ser patológico allí, es tentador concluir que no hay fronteras entre lo normal y lo patológico”¹, de ahí que no sea aventurado establecer que las leyes sobre lo que es razonable o irracional vienen determinadas de un modo implícito en la sociedad misma².

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, me parece importante considerar a Levi Straus, que en 1987 estableció como principio fundamental de la “antropología la reintegración a la racionalidad de todos aquellos fenómenos, gestos o actos humanos que a simple vista nos parecen patológicos o incomprensibles”.

El punto de partida de la tesis es encontrar una lógica interna a ciertas conductas que aparentemente entran dentro de las demandas de dar una explicación racional a las mismas y en cierto modo una explicación adaptada a aquellos actos que en un principio parecen irracionales o anormales tal y como el autor Levi Strauss determina como principio fundamental.³

Existe constancia en múltiples trabajos realizados a lo largo de tres décadas (1960-1990) del aumento de adolescentes que se autolesionan, pero no se ha logrado establecer con una cierta exactitud la incidencia de casos y su real prevalencia, posiblemente debido a que no existe una definición de autolesión que implique criterios unificados en distintos países y sociedades para así facilitar datos fidedignos proporcionados por los diversos trabajos que se pueden realizar sobre este tema en distintos partes del mundo.

¹ Cangilheim, 1971.

² Casadó Marín y Roca Girona, 2011.

³ Lévi-Strauss, 2014.

Desde ya avanzados los años 90 hasta la actualidad, es decir, desde hace aproximadamente 20 años, la autolesión comienza a tener un impacto social importante por su influencia en los adolescentes y mujeres jóvenes, pasando de una repercusión silenciosa a crear una alerta social considerable; dicho efecto ha dado lugar a un aumento en el número de trabajos centrados en cuantificar el fenómeno así como en identificar la comorbilidad y diseñar protocolos de actuación.

El problema de las conductas autolesivas se agrava por dos motivos, por un lado la carencia de un criterio nítido y unificado sobre el concepto de autolesión, y por otro el hecho de que este fenómeno se encuentre registrado en menor número ya que entre otras cosas estos pacientes no acuden a los centros sanitarios para ser tratados por lo que la frecuencia oculta se entorna importante.

Diversos estudios sobre este problema han obtenido datos objetivos en cuanto a movilidad, incidencia y prevalencia de los servicios de urgencias hospitalaria no siendo datos fidedignos de la frecuencia, que al depender de los registros hospitalarios y estos no ser en esta esfera muy fiables, sesgan aún más la incidencia real de estas conductas siendo la frecuencia más alta de lo que habitualmente se reconoce.

También se manifiesta el denominado “sesgo del observador” producido por la clase médica la cual consideraba hasta hace poco a las personas que se autolesionaban extrañas a la comunidad médica para los que no existían tratamiento y cuyos síntomas eran vistos con perplejidad impulsados por el instinto de conservación innato a la especie humana que hace que la perseverancia en el autoinfligirse daño resulte completamente inexplicable.

De forma ordinaria los profesionales sanitarios centran su asistencia en curar las heridas, mitigar su dolor, prescribir tratamientos médicos adecuados para evitar posibles complicaciones y en la emisión del informe judicial correspondiente; seguidamente y dependiendo de la gravedad del cuadro se deriva a estos pacientes al especialista o terapeuta.

Cabe indicar que los facultativos y otros profesionales sanitarios se muestran un tanto desconcertados, poco comprensivos con este tipo de conductas llegando al rechazo respecto al hecho autolesivo, en tanto que la percepción del acto autolesivo en la mayoría de los casos es valorado por estos profesionales como intentos de llamar la atención o actos manipulativos y solamente se mitiga esta percepción cuando en el acto autolesivo va acompañado de un intento de suicidio.

Otra consideración importante sobre la atención médica dispensada a las personas que se autolesionan, en la mayor parte de las ocasiones por los profesionales, es que no encuentran el tiempo ni el interés necesario o habilidad para interpretar de otra manera esa expresividad del cuerpo que es la autolesión, limitándose las más de las veces a tratar la lesión en sí y evitar riesgos orgánicos en ese momento “complicaciones, infecciones, etc.”.

Si las personas en general perciben la automutilación como desagradable y sin propósito, los médicos en muchas ocasiones orientan su percepción del asunto con impotencia ante el hecho, y como una forma de chantaje emocional por parte de los pacientes que se hieren así mismo de forma deliberada.

Nos debemos preguntar: ¿qué es lo que este persona está tratando de comunicar a través de este lenguaje y conducta dañina? evitando los prejuicios alrededor del fenómeno autolesivo como repulsivo y sin propósito.

¿Qué es lo que podemos y debemos ofrecerle los profesionales de la salud?

Según el manual DSM-V “la autolesión es una manifestación objetiva de un estado patológico con un componente cultural. La autolesión tiene significados muy variados: culpa, expiación, control y poder, resistencia o alivio, como un rasgo de identidad vinculado a la somatización de la angustia, el dolor y el embotamiento emocional”⁴.

Desde otra perspectiva, la autolesión implica pensamientos difíciles acerca del género en relación frecuentemente a tempranas experiencias de abuso infantil (rol del genero) o vivencias conflictivas con uno de los padres.

En la nosología psiquiátrica, la autolesión está incluida como un síntoma relativo al desorden de la personalidad limaciforme, trastorno de personalidad, impulsividad, experiencias disociativas y alixitimia; también está incluida en otros cuadros psiquiátricos: depresión, extrema ansiedad, abuso de sustancias, trastornos alimenticios, estrés postraumático y esquizofrenia.

Según diversos estudios se postula que el aumento en el número de personas que se autolesionan en nuestro entorno sociocultural podría deberse a la sensación de soledad que experimenta el hombre al despegarse de los vínculos con los demás seres humanos y debido a la crisis de distintas instituciones como la familia.

El mito según el cual el fenómeno autolesivo solo afectaría a problemas psiquiátricos cede y por el contrario existe un alto índice de dichas conductas en poblaciones sin un diagnóstico psiquiátrico previo, convirtiéndose en un problema de salud pública entre los adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos⁵.

En la última década existen evidencias de que es más frecuente el acto de autolesionarse en mujeres que en hombres; nos encontramos con una serie de circunstancias que dan lugar a que las mujeres de ahora están cayendo en la autolesión para enfrentarse a estas presiones: colapso de la familia extensa, aumento en las vivencias de la soledad que motivan un déficit de comunicación especialmente en los niños, etc.

⁴ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, 2013.

⁵ Glenn y Klonsky, 2013, p. 496-507

Actualmente con el progreso de la liberación femenina, ha aparecido el mito de la súper-mujer, referido a una mujer que trabaja fuera de casa y además tiene que realizar todas las tareas relacionadas con la crianza de los hijos y el cuidado del hogar, es decir, debe compaginar, por un lado la fijaciones ancestrales de lo que se espera del sexo femenino con mantener su puesto laboral y la infravaloración frecuente de esta “pesada carga” a todas luces excesiva.

Otro fenómeno que incide en el incremento de autolesiones es la desagregación familiar frecuente con dificultades de apoyo por parte de tíos, abuelos en la crianza de los hijos y la transitoriedad en las relaciones interpersonales con escasa profundización.

Atendiendo a los puntos expuestos nos encontramos con una serie de circunstancias que darán lugar a que las mujeres de ahora están cayendo en la autolesión para enfrentarse a las presiones como el colapso de la familia extensa o el aumento en las vivencias de la soledad que motivan un déficit de comunicación especialmente en los niños, los cuales crecen minusvalorando las palabras, el diálogo y el discurso con escasa o menos verbalización del pensamiento, y lo que es más importante, de los sentimientos, basándose más en el “hacer” y menos en el “decir”; las nuevas tecnologías no han hecho sino exacerbar esta inclinación.

La cultura dominante enfatiza la gratificación rápida inmediata para todos los problemas, se exigen soluciones mágicas y perentorias como la comida rápida, diversión rápida, enriquecimiento rápido, alivio del sentimiento rápido, pastillas mágicas e inmediatas, adicciones y tóxicos, como promesas de arreglos de disturbios psíquicos angustiosos de una manera milagrosa e inmediato convirtiéndonos en personas con conductas impulsivas, compulsivas y adictas.

Otro factor a tener en cuenta es la cultura enfocada en el cuerpo con las implacables consecuencias de la apariencia, la “presentación” y el control que genera un incremento en la cáustica de las perversiones sexuales, cleptomanía, compras compulsivas, ludopatía, trastornos alimenticios, anorexia, bulimia y autolesiones.

Los medios no hacen sino aumentar y amplificar mensajes de estética y apariencia resultado una cierta esclavitud y presión sobre el sector de población de los adolescentes que en su búsqueda de la propia identidad se convierten en vulnerables.

Persistentes prejuicios de género están elevando a muchas mujeres a extremos emocionales intensos especialmente a las niñas que son bombardeadas con mensajes para ser delgadas, a seguir estando en forma, adaptándose a la última moda y utilizando los mejores cosméticos.

El rol cultural occidentalizado ha modificado el control y educación de los más pequeños; los niños criados en guarderías se convierten en extraños a la familia con pocas referencias educativas en los padres; además la tendencia en muchos casos es la soledad del adolescente, se sustituye la cultura del barrio y comunitaria por rápidas comidas de microondas, para una sola persona y pasatiempos de ordenador en que la

persona interactúa consigo mismo exclusivamente, de este modo, este progresivo aislamiento tiene como consecuencia que algunos individuos más vulnerables o frágiles elevan su soledad a una carga insostenible llevando en ocasiones como resultado el utilizar sus propios cuerpos como verdaderos tabloneros de sus frustraciones.

Ese es precisamente uno de los pilares de nuestro estudio, un nuevo punto de vista de estas conductas como un fenómeno patológico que se podría enmascarar dentro de las nuevas conductas histéricas del siglo XXI.

Podríamos decir a tenor de lo anteriormente expuesto, que interpretar la autolesión como un fenómeno expresivo del paciente sería una orientación axial a la hora de diseñar este trabajo de investigación.

La autolesión podemos pues considerarla como una epidemia oculta de grandes proporciones y aún no sabemos con certeza el por qué ocurre o cómo podemos tratarla y prevenirla.

Los jóvenes que recurren a este tipo de conducta lo hacen para afrontar el malestar emocional negativo, así como la búsqueda de afecto y el manejo de sentimientos caóticos; es un mecanismo aprendido y adaptativo para afrontar los traumas emocionales y los disturbios psicológicos.

La finalidad de nuestro trabajo es proceder a revisar la definición, clasificación, prevalencia, el perfil psicosocial del interno que se inflinge autolesiones, acotar sus límites considerando los factores de riesgo y las teorías que explican las razones del por qué se produce esta conducta, así como deshacer mitos, desmitificar la estigmatización que recae sobre estos pacientes y de que poco se puede hacer con ellos creyendo que su atención es una pérdida de tiempo y de recursos derivándolos a las unidades de salud mental de referencia, especialmente cuando existe un riesgo de suicidio.

II. DESARROLLO TEÓRICO

II.1. AUTOLESIONES A LO LARGO DE LA HISTORIA

II.1.1. HISTORIA DE LAS AUTOLESIONES

Las referencias que seguidamente expongo, nos permiten afirmar que las autolesiones y modificaciones corporales han existido a lo largo de la historia y por lo tanto no son actos propios de la época actual.

Existen alusiones desde la época del neolítico que hacen alusión a mutilaciones como cortar, lesionar el esqueleto y la piel, perforar ciertas partes del cuerpo, escarificación, circuncisión y ablación del clítoris⁶.

Hipócrates (460-370 a.C.) refería que se podía purificar el cuerpo reequilibrándolo por derramamiento de sangre.

También existen diferentes estudios que nos dicen que Edipo en la antigua Grecia mató a su propio padre y contrajo matrimonio con su madre desconociendo que eran sus progenitores, tras conocer el parricidio que había cometido y una vez fue consciente del incesto, se perforó los ojos con unos alfileres⁷.

Demócrito de Abdera (460-370 a.C.), uno de los fundadores de la teoría sobre la estructura del átomo, se quitó la vista para pensar con más lucidez y no le impidiera meditar y contemplar adecuadamente sobre el mundo externo.

En la mitología hindú hay referencia del mito de Soordas, de un devoto Krishna, que enucleó sus ojos cuando lo vio, a fin de preservar sus visiones.

La historia de Cibele y Attis contada por un poeta romano cuenta que, después de haber sido infiel a Cibele, Attis se cortó con una piedra afilada⁸.

Asimismo, Lucía de Siracusa se autonucleó ambos ojos para preservar su virginidad y así liberarse del hombre que pretendía arrebatarla⁹.

También existe constancia sobre el acto cometido por “Santa Triduana de Escocia”, la cual se arrancó los ojos y se los envió a un noble tras conocer que este hombre estaba deslumbrado por su belleza¹⁰.

En el evangelio de San Mateo-(5:29): “Ustedes han oído que se dijo: No cometerás adulterio”. Pero yo les digo: “Quien mira a una mujer con malos deseos ya cometió adulterio en su corazón, “Si tu ojo es tu caída, sácatelos”. Es mejor entrar al reino de Dios con un ojo, que ser arrojado con los dos ojos al infierno “Y si tu mano

⁶ Souza y Cruz, n.d.

⁷ Taboada, 2007, p. 7-31.

⁸ Serrano, 1995, 105.

⁹ Arruga, A, 2003, p. 339-340.

¹⁰ Damas, Arbizu, Romero y Rico, 2003, p. 47-52

derecha es tu ocasión de caer, córtala, y échala de ti; pues mejor que se pierda uno de tus miembros, y no que todo tu cuerpo sea echado al infierno” (San Mateo, 5:30), donde el gusano no muere y el fuego nunca se apaga”¹¹.

Estas citas bíblicas nos hacen referencia a que la pérdida de un miembro del cuerpo no tenía importancia ya que la amputación del mismo evitaba cometer pecado.

Las autolesiones como una expresión de la fe cristiana, también aparecen mencionadas en "Viajes Marco polo en el siglo XIII", en donde se narra que un carpintero se arrancó un ojo porque al levantarse había soñado lujuriosamente con una clienta y así quiso redimirse de su pecado.

También encontramos descritos varios casos de auto castración entre esquizofrénicos con delirios bíblicos.”¹².

“A.C.Waugh describe el caso de un hombre que se lesionó los testículos (autocastración) en respuesta al versículo 19:12 de San Mateo: “Hay eunucos porque nacieron impotentes del seno de sus madres, hay eunucos porque fueron castrados por los hombres y hay eunucos que se han hecho a sí mismo por el amor de Dios”¹³ (Lina Cristina Casado Marín 2011, Eduardo Taboada 2007).

Sherman y col. Han referido a casos de autolesiones oculares por delirios de parasitación” (Eduardo Taboada 2007).

Los primeros informes sobre este comportamiento, en el momento que se hace referencia como la automutilación, se retiran a la literatura médica en 1849 en la que una viuda de 48 años, cometió una enucleación porque sintió que sus ojos la llevaron a los hombres a la lujuria y al pecado¹⁴. Cuatro de los seis miembros de una familia de etnia africana tenían uno o más de sus dedos amputados. La amputación de los dedos también se relaciona con el luto tribal africano, en que cuanto mayor sea el grado de amputación, más cercanía con el fallecido.

Es muy famosa la automutilación que se infringió Vincent Van Gogh, el pintor holandés (1888), quien padecía probablemente trastorno bipolar y decidió cortarse el lóbulo de una oreja y enviárselo a una prostituta llamada Rachel tras una discusión con su compañero de casa Gauguin¹⁵.

Freud cuestiona este principio de placer. “...bajo el influjo de las pulsiones de auto conservación del yo, es relevado por el principio de realidad que, sin resignar el propósito de una ganancia final de placer exige y consigue posponer la satisfacción,

¹¹ Arruga, 2003, p. 339-340.

¹² Casado Marín y Roca Girona, 2011.

¹³ Waugh, 1985, p. 656-658.

¹⁴ Taboada, 2007, p. 7-31.

¹⁵ Taboada, 2007, p. 7-31

renunciar a diversas posibilidades de lograrla y tolerar provisionalmente el displacer, en el largo rodeo hacia el placer”¹⁶.

“Freud propuso los instintos de vida y muerte, la noción de que el sujeto se mantenga en el equilibrio perfecto, aislado, es entonces, en este punto, entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte, donde se ubica el fenómeno de la autolesión, puesto que si bien, son conductas que van en contra de la auto conservación del sujeto, de hacerse daño, tampoco apuntan hacia la destrucción total de la vida, de matarse.”¹⁷.

La comunidad psiquiátrica desde los años 90 apunta con muchos indicios que conoce el fenómeno de la conducta auto lesiva, (Emerson, 1914), siendo este fenómeno muy universal ya que existen casos declarados en numerosos países como Japón (Uemura, 1975), Alemania (Janus, 1972) como en los Estados Unidos y Gran Bretaña¹⁸.

“Eugene Emerson 1914 en su encuentro con miss A’S cuando tenía 23 años que revelo que se autolesionaba y esto lo relacionó con las historias de abuso sexual que ha sufrido de su tío a la edad de 8 años y después de su padre en la infancia, supuso un reto para Emerson por intentar saber los motivos de su autolesión en una persona aparentemente normal y así poder ayudarla recurriendo a la curación por la palabra y la escucha comprensiva.”¹⁹.

“El psicoanalista Karl Menninger ha utilizado el término de automutilación en 1935, y estableció la distinción entre suicidio (ideación suicida) y automutilación estableciendo seis tipos distintos de automutilaciones (la automutilación neurótica (arañarse, escarbarse, cortarse y quemarse la piel), automutilación psicótica (edipismo, castraciones), automutilación orgánica (autismo, síndrome de Down, síndrome de Tourette, etc.) y automutilación religiosa (autoflagelaciones, cilicio, ashura, etc.), autolesión ritual (extirpación del himen, ablación del clítoris, circuncisión, autolesiones aceptadas socialmente: comerse las uñas o lesionar partes del cuerpo con una finalidad estético-decorativa.”²⁰.

Según lo expuesto anteriormente nos encontramos con innumerables documentos desde la prehistoria y tiempos bíblicos hasta numerosa época, concretamente entrada la década de los años 90, período en lo que esta conducta crece de forma alarmante y se consolida en escuelas, universidades, cárceles y otros sectores de la sociedad, muy bien explicado en la obra “La autolesión: el lenguaje del dolor”, escrita por Dolores Mosquera²¹.

¹⁶ Freud, 1920

¹⁷ Cosentino y Escars, 2003.

¹⁸ Casadó Marín y Roca Girona, 2011

¹⁹ Micale y Lerner, 2001.

²⁰ Casadó Marín y Roca Girona, 2011.

²¹ Mosquera, 2008

El punto de inflexión que hace que surja este boom de estudios de cortes es propiciado por el destape público de personajes famosos que aparecen en medios de comunicación reconociendo autolesionarse o haberse autolesionado.

El primer caso público fue el de Lady Dy en 1995 el cual reconoció en la BBC que se autolesionaba y las motivaciones que le llevaban a ello. Después saltaron a los medios otros casos de famosos que reconocieron también esta práctica.

Posteriormente surgieron grupos que refieren esta práctica e incluso utilizan una estética especial para esconder sus cicatrices como es el caso de los grupos juveniles Emo y los góticos que llevan pulseras en las muñecas para ocultar sus cicatrices.

Puede ser considerado de alguna forma como una subcultura juvenil creado por las nuevas generaciones.

La mayoría de las autolesiones que se realizan dentro de un grupo cultural suelen centrarse en la piel y en los tejidos blandos, perforación del cartilago nasal en algunas tribus africanas, la circuncisión del pene o escisión del clítoris.

Existen autores que hablando de la autolesión nos refieren:

“Las personas se autolesionan las estructuras óseas. Por ejemplo, la elongación del cuello a la que se somete las mujeres de la tribu Padaung de Birmania en el continente Asiático, realizada con fines de embellecimiento y que se consigue mediante la colocación consecutiva de anillos metálicos alrededor del cuello estirando con ello la columna vertebral”²².

“Otro ejemplo de autolesión ósea eran los vendajes en los pies de las niñas chinas. Verger-Pratoucy (1970) describió casos de auto lesiones dentales prehistóricas, autolesiones estas que siguen realizando los habitantes de la cultura de Peotihuacán, algunas tribus negras africanas, tribus del México prehispánico, y culturas primitivas del Perú”²³.

“Otro tipo de autolesión es la flagelación practicada por místicos y grupos religiosos. El padecimiento de algún dolor duradero para ganar una posición en la religión no es común hoy en las religiones occidentales, pero ha sido común en el cristianismo a través de la historia. Muchas de las personas consideradas como mártires y santos han adquirido su condición por haber sufrido algún tipo de mutilación dolorosa. La base misma del cristianismo es una creencia de que Jesucristo permitió a si mismo ser clavado en una cruz para salvar a la gente de sus pecados; los Shiítas de Irán flagelan sus espaldas con cadenas; los católicos del sur de Italia marcan su piel con cristales rotos; las monjas de clausura, frailes y penitentes religiosos recurren a los cilicios bajo sus ropas, o a las coronas y anillos de espinas”²⁴.

²² Keshishian, 1979 citado en Neziroglu, McKay, Todaro y Yayura-Tobias, 1997

²³ Verger-Pratoucy, 1970, p. 133

²⁴ Neziroglu et al., 1997

La autolesión es un comportamiento que se da en muchos individuos en diferentes culturas, constituyen una realidad social como lo demuestran miles de foros y páginas de Internet, si bien la falta de información favorece en muchos casos que se lleguen a conclusiones equívocas.

María de los Ángeles López Ortega, en su artículo sobre autolesiones ha mencionado películas, canciones y libros a destacar; “El cisne negro /Black Swan, película del 2010, dirigida por Darren Aronofsky, otra película de nombre Inocencia Interrumpida/ Girl Interrupted, 1999, dirigida por James Mangold, y por ultimo Two days with Juliet, del 2004, escrita y dirigida por Michael Mustizer,”²⁵.

Destacar “Canciones y grupos musicales, como My Chemical Romance, Marilyn Manson o The Manic Street Preachers, entre otros, que en sus letras de canciones hablaban de las autolesiones (Phillopov, 2008; Young, Sweeting, 2006; Rutledge, 2008; Gojanovic, Gusic, 2009).” etc.

“Autolesiones, interpretada por Curtvens, es una de las pocas canciones encontradas en español que hablen de la autoagresión, the loss (La pérdida), interpretada por Hollywood Ondead, Hurt (Lastimado), interpretada por Nine Inch Nails y por Johnny Cash.”

En la literatura se encontraron los siguientes libros:

“Los Emo hablan Autora: Rocío Sesma Verde, otro de nombre Abzurdah de la Autora: Cielo Latini, además del libro The Luckiest Girl in the World: Autor: Steven Levenkron y Cutting: Understanding and Overcoming Self-Mutilation, Autor: Steven Levenkron.”²⁶.

Se han escrito artículos y libros de interés con mención especial al libro de autolesión, (el lenguaje del dolor) de Dolores Mosquera, el libro de daño corporal de Karen Conteterio y Wendylader, ph.d con Jennifer Kingson Bloom, de S.A.F.E. alternativos programas; del mismo modo debe reconocerse que en algunos casos la publicación de estos tiene como objetivo informar o ayudar a personas que tienen un comportamiento autoagresivo, son libros imprescindibles para los profesionales, pacientes y los familiares de las personas que se autolesionan, y me han sido de mucha ayuda en mis estudios.

Muchos de estos son recomendados en sitios y foros de Internet en el que se busca informar o ayudar a personas que tienen un comportamiento auto agresivo como el gran trabajo de la Comunidad ASeFo, donde se encuentran infinidad de artículos, estudios y un sin fin de información útil sobre autolesiones.

²⁵ López Ortega, 2012

²⁶ López Ortega, 2012

II.1.2. HISTORIA DE LAS AUTOLESIONES EN LAS PRISIONES ESPAÑOLAS.

AUTOLESIONES CON FINALIDADES REIVINDICATIVAS.

Los orígenes de la autolesión como finalidad reivindicativa en el medio penitenciario español data de muy antigua pero fue en 1976 cuando al finalizar la dictadura franquista, se concede a los presos políticos la amnistía y se deja al margen a los presos comunes produciendo una reacción en cadena entre estos presos que motivó el surgimiento de la COPEL (Coordinadora de los presos en lucha.) que quería obtener la libertad de todos los presos tanto comunes como políticos^{27 28}.

A partir de este momento, las autolesiones en las cárceles españolas empiezan a aparecer masivamente consistentes en heridas incisas en diferentes partes del cuerpo.

Cabe destacar que en 1976 hubo 275 presos que se autolesionaron al mismo tiempo en la prisión modelo de Barcelona, un hecho similar se produjo en Carabanchel en Madrid, en este caso fueron 300 los internos que se autolesionaron extendiéndose estas prácticas al resto de establecimientos penitenciarios²⁹.

Desde entonces las autolesiones se siguen practicando como un medio de protesta de determinados internos con fines reivindicativos y como arma de coacción y de presión ante el poder judicial y las autoridades penitenciarias, demandando mejores medidas de reinserción, si bien existe un elenco de motivaciones que incluye la anterior y de las que desarrollaremos a lo largo del trabajo.

²⁷ Casadó Marín y Roca Girona, 2011

²⁸ Oliver Olmo, 2009.

²⁹ Casadó Marín y Roca Girona, 2011

II.2. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

No existen datos reales de la incidencia y prevalencia de las autolesiones debido al carácter tabú en que está rodeado hasta el punto de considerar como extravagante a los sujetos autolesionados y de estigmatizar por parte de los profesionales sanitarios en particular y por la población en general a los mismos.

Dichos actos se consideran desadaptativos e incluso inaceptables, ya que no tienen una función de supervivencia, estimando que el 1% de la población hace uso de la autolesión como medio de “aliviar” el estrés.

A esto, hemos de añadir el hecho que estas prácticas se hagan de forma privada y secreta, sin conocimiento por parte del personal sanitario cuando las heridas son superficiales o de fácil curación por parte del propio individuo, y con sujetos que piden ayuda psiquiátrica. Estos factores influyen notablemente en que las estadísticas aparezcan mermadas en un porcentaje importante de casos.

Ante la falta de estudios en profundidad, carecemos de modelos que nos ayuden a entender este tipo de conductas, así como de unos parámetros estandarizados que nos ayuden a prevenir y tratarlos, evaluando correctamente los comportamientos de riesgo.

No existe una definición de autolesión que englobe y enumere todos y cada uno de los tipos que merecen ser tratados como tal; hay autores que incluyen como conductas autolesivas desde las más livianas hasta la ideación suicida, y otros, más restrictivos, excluyen aquellas conductas cuyo objetivo principal sea el suicidio.

Los datos que nos ofrecen algunos estudios que podemos comparar son muy variados. Un estudio realizado con 424 escolares de Laye-Grindu y Schonert-Reichel (2005)³⁰ presenta valores de un 15% de la población con autolesiones, otro del MDOE (2006) (Massachusetts Department of Education) nos da un 19% de la muestra en una ocasión el último año, hasta el estudio de Lloyd, Richardson, Perrine, Dierker y Kelly en (2007)³¹ que llega a un 46.5% en la población adolescente general.

Sacarçelik, et.al (2011),³² mencionaban que la población general presentaba porcentajes del 14% y el 39%, estos datos aumentan al 40 a 61% en población adolescentes ingresadas en hospital psiquiátrico.

³⁰ Laye-Grindu y Schonert-Reichel (2005)

³¹ Lloyd, Richardson, Perrine, Dierker y Kelly en (2007).

³² Saçarçelik,et.al (2011).

Swadi (2004), encontró un porcentaje de autolesiones del 28% en población adolescente de Nueva Zelanda, cifras parecidas a Mikolajczak con prevalencia de 27% en población adolescente inglesa³³.

Mikolajczak³⁴ en un estudio cuya muestra recogía a 500 escolares ingleses adolescentes, establecía una prevalencia cercana al 27%, frente a un 70% que declara no haber tenido dichas conductas y un 3% de la muestra que no llega a responder.

Para Ulloa³⁵ en población general las autolesiones rondan el 8%, estas cifras aumentan entre el 13 al 23% en adolescentes.

En otro estudio de Madge³⁶ el 14,6% de los encuestados afirman haberse pensado en autolesionarse aunque no lo han llevado a cabo y el 2,6% habían autolesionado una vez, mientras el 3,2% tenían más de una autolesión, destacando el hecho de autolesionarse se duplica en mujeres.

Esta discrepancia de datos nos confirma la necesidad de una unificación de criterios que nos permita obtener una consistencia metodológica, definiciones tanto teóricas como operacionales y una estrategia para la obtención de una muestra significativa, cuyos datos tengan un valor estadístico de peso.

Definiciones operacionales: Revisados distintos estudios de prevalencia, observamos, que los autores poseen distintos conceptos de autolesión, desde los que incluyen el autoenvenenamiento, el salto desde las alturas, la sobredosis de drogas o la ingestión de objetos no digeribles³⁷ a otros autores que restringen totalmente los casos a incluir, siendo sólo los cortes, los considerados como autolesión, despreciando otros como golpearse o quemarse. La unificación de un criterio estandarizado, que permita determinar de forma constante que es autolesión, conseguirá que los estudios tengan valor más allá de las variables que podamos observar.

Procedimiento de medición: debido a la estigmatización que rodea a las autolesiones, la vergüenza del individuo o incluso el rechazo de la población general, las encuestas no serán fiables en su totalidad. Se ha detectado el “sesgo de no respuesta” al verificar que las encuestas que se realizan de forma anónima difieren en los resultados a las que se realizan de forma personal. Tenemos el caso del estudio realizado por Ross y Heath (2002) ³⁸En ella se preguntó, de forma anónima, cuantos se habían hecho daño a sí mismos alguna vez. El 21.2% contestó de forma afirmativa. Una vez fueron citados estos mismos adolescentes a una entrevista personal, esta cifra cayó al 13.9%, ante la misma cuestión.

³³ Swadi, 2004, p. 374-377

³⁴ Mikolajczak, Petrides y Hurry, 2009, p. 181-193

³⁵ Ulloa Flores, Contreras Hernández, Paniagua Navarrete y Victoria Figueroa, 2013, p. 421-427

³⁶ Madge, Hewitt, Wilde, Corcoran, Fekete et al., 2008, p. 667-677

³⁷ Hawton, Rodham, Evans y Weatherall, 2002.

³⁸ Ross y Heath (2002)

Duración y frecuencia: ¿Cuánto es el tiempo que hemos de estudiar? Puede ser “alguna vez”, “desde un año a la fecha”, “en los últimos seis meses”. No existe un criterio fijo, pero en función de la población a estudio utilizaremos el periodo que más nos conviene, tampoco existe un criterio único en la frecuencia, un solo episodio, más de uno, en tres ocasiones o más y de forma repetitiva.

Población: ¿Qué población tomamos para hacer un estudio? Al realizar el estudio debemos tener en consideración el tipo de población elegida y el lugar en donde vamos a realizar el estudio ya que no es lo mismo los datos de prevalencia obtenidos si seleccionamos una muestra de población en un centro penitenciario o en un centro de internamiento de menores, que los datos obtenidos si la muestra de población la seleccionamos en una universidad, en una escuela, en un hospital o la tomamos de la población general.

Dentro de la población general también hallaremos diferencias, con datos cualitativa y cuantitativamente diferentes si tomamos una muestra de estudiantes a otra de jóvenes que no siguen estudiando. Por ello, antes de realizar un estudio es necesario e importante la especificación de la muestra, determinando que tipo de población vamos a estudiar.

Los resultados obtenidos siempre ofrecerán diferencias en las estimaciones de prevalencia, a causa de las diferentes características de los estudios, según sea el tipo de población, la duración en el tiempo, frecuencia de autolesiones, etc.

Ross y Heath (2002)³⁹ en su estudio de 440 adolescentes, con un promedio de edad de 15 años y basándose en la definición operacional en los conceptos de autolesión de Favazza: cortarse, quemarse, golpearse, morderse y pincharse, obtuvieron una prevalencia del 14%, de los cuales el 64% eran mujeres y el 36% hombres. Estudios posteriores nos indican que la prevalencia en este rango de edad va en aumento.

De esta forma las conclusiones varían en función de la población a estudio, criterio temporal, en la definición operacional y procedimiento de medición, ofreciendo datos que confirman las diferencias importantes en los resultados. Según el estudio de Heath, Schaub, Holly y Nixon (2009), la diferencia entre la población clínica frente a la no clínica, es del 21% y 4% respectivamente⁴⁰.

Desde la década de los 60 se observa un aumento en este tipo de comportamiento, tanto en Europa, como U.S.A y Australia, estabilizándose en la década de los 80, para repuntar en los 90⁴¹.

Esto ha motivado un aumento en los estudios de muchos países, que nos han dado como resultado datos como los siguientes, en el Reino Unido, 1 de cada 15 jóvenes en edades comprendidas entre los 12 y los 25 años se había autolesionado al

³⁹ Ross y Heath (2002)

⁴⁰ Heath y Nixon, 2009,

⁴¹ Taboada, 2007

menos una vez y que el 4% de los pacientes incluidos en Centros Psiquiátricos se producían autolesiones, siendo la proporción entre mujeres y hombres de 3 a 1. Otro estudio realizado en el Líbano da una proporción del 1%. En el Reino Unido, las autolesiones se encuentran entre las cinco primeras causas de atención médica en los servicios de urgencias. En el hospital Monte Sinaí de Nueva York observaron que los pacientes con autolesiones representaban entre un 5% y 20% del público asistido⁴².

También aparece con mayor asiduidad en consumidores de drogas y en pacientes con trastornos de la personalidad y en antisociales, así como en pacientes con trastornos alimenticios, con porcentajes estos últimos que oscilan entre el 18% y el 46%, especialmente entre los bulímicos⁴³.

Con respecto al sexo, el porcentaje es mayor entre las mujeres, con una clara tendencia al alza entre los varones, apareciendo también con una mayor frecuencia entre adultos, algo anormal anteriormente.

El descriptivo estudio de Pérez Bárdenas, realizado en el Hospital General Penitenciario de Madrid a principios de los años 80, muestra que fueron atendidos 3.938 casos de autolesión. Estos fueron 2.097 heridas incisas en ambos brazos, 856 por ingestión de cuerpos extraños, 634 por objetos clavados en el abdomen, 275 fueron heridas incisas en otras zonas del cuerpo y 76 por auto inyecciones de saliva. Del total, el 85% no superaba los 24 años. Es importante citar que apenas aparece población femenina⁴⁴. En 1998, entre los reclusos de Cataluña, se detectaron un total de 854 conductas autolesivas de los 5956 internos de la comunidad autónoma.

Podríamos decir, en resumen, que los métodos más citados en la literatura referente a las autolesiones son en orden de frecuencia: 1º cortar, marcar, rayar la piel; 2º excoriación de las heridas; 3º golpearse; 4º quemarse; 5º golpearse la cabeza; 6º tatuajes autoinfligidos (sin intención de exhibirlos) y 7º otros como morderse, insertarse objetos en distintas zonas, arrancarse el cabello, etc.

⁴² Doctors, 2007, p. 2

⁴³ Taboada, 2007

⁴⁴ Barderas, 1989.

II.3. DEFINICIÓN DE LA AUTOLESIÓN

Favazza y Rosenthal en los años 80 proponían incluir a la autolesión como una entidad propia en el manual DSM 4 y no como síntomas de muchas enfermedades, y las llamaron “*síndrome de autolesiones repetitivas*” con criterios de preocupación por dañarse a sí mismo físicamente, falla repetitiva en resistir los impulsos de destruir o lacerar el propio tejido corporal, aumento de la tensión justo antes y una sensación de alivio justo después, que el acto no tuviese una intención suicida ni respondiese a un retardo mental, delirio o alucinaciones”⁴⁵.

En la literatura científica **La Autolesión**, es un término aceptado y elegido por la mayoría de los autores, nombrado y usado con muchos sinónimos de referencia como automutilación, auto flagelación, daño auto infringido, auto agresión, auto daño, autoinjuria, y auto abuso, intención suicida y conducta para suicida, entre otros.

De cualquier modo la autolesión puede ser única o realizada en varias partes del cuerpo, cortes, quemaduras, arañazos, mordeduras, golpes, traumatismos, esquines, fracturas, raspase en exceso, arrancar los pelos, amputarse algún miembro, (senos, dedos, genitales y extremidades), así como ingerir objetos o incluso comportamientos más extraños como el llamado auto incrustación que consiste en introducir cuerpos extraños en la piel (los llamados misiles).

La conducta del daño al tejido o la alteración deliberada al propio cuerpo se define como autolesión teniendo en cuenta que la autoflagelación es un acto intencionado contra uno mismo e incluye algún tipo de violencia física y no hay intención de suicidarse⁴⁶.

Determinados grupos defienden un término meramente conductual como “autolesiones deliberadas”. “*Es una conducta cuyo resultado no es mortal, sancionado culturalmente que se hace de manera deliberada haciendo daño contra la integridad física de uno mismo*”⁴⁷.

Algunos grupos de investigación como los norteamericanos han mencionado el término “autolesión no suicida” (ANS), con una definición más restringida “acto que implique un daño directo y deliberado contra uno mismo en ausencia de intencionalidad suicida”⁴⁸.

La autolesión se define independientemente que sea como consecuencia de costumbres culturales o de trastornos mentales⁴⁹.

⁴⁵ Favazza y Rosenthal, 1993, p. 134-40

⁴⁶ Malon y Berardi, 1987

⁴⁷ Hawton, Rodham, Evans y Weatherall, 2002

⁴⁸ Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson y Prinstein, 2006

⁴⁹ Neziroglu et al., 1997

Pattison y Kahan⁵⁰ estaban de acuerdo con el nombre de síndrome de autolesión deliberada que tenía como característica fundamental el hecho de ocurrir en la edad adolescente de forma recurrente y múltiple con baja mortalidad.

Walsh⁵¹ en 2007 define a la autolesión como una conducta no suicida, socialmente inaceptable. Su fin último no es terminar con la vida, se trata de un mecanismo deliberado, repetitivo de enfrentamiento autodestructivo para reducir el estrés o malestar emocional.

Existe lo que se llama (el cutting) que consiste fundamentalmente en autolesionarse produciendo cortes con cuchillas o navajas o cualquier elemento para hacerse daño sin tener relación con masoquismo o impulsos suicidas Castro Pinzón (2005:)⁵²

La autolesión es un acto solitario y no se realiza con intención suicida.

El diccionario médico Mosby (1994) proporciona otra definición: ... “estado en el que se encuentra un individuo que tiene un alto riesgo de hacerse daño pero no de matarse, y que produce daño en los tejidos y logra aliviar la tensión que siente, Los grupos de alto riesgo son las personas que son incapaces de manejar tensión psicológica de manera sana, estar en estado de ansiedad, culpa o despersonalización, en necesidad de estimulación sensorial para regresar a la realidad, privación de cuidado paterno / materno o perteneciente a una familia disfuncional”.

Autores como Winchel y Stanley (1991),⁵³ han definido estas lesiones como provocarse daño (autolesionarse) a uno mismo sin ayuda de otros, causando daño en los tejidos pudiendo causar cicatrices o marcas. Las conductas autolesivas con intención suicida o relacionada a la excitación sexual no están incluidas de esta definición.

Mosquera en su libro el lenguaje del dolor, lo resume en el acto intencionado de provocarse daño sin la intención de acabar con la vida, es el "lenguaje del dolor y del sufrimiento", el acto de dañarse a uno mismo con la intención de tolerar un estado emocional que no puede ser contenido o expresado de una manera más adaptativa. También es la intención de luchar y de seguir con vida, pues la mayoría de las personas que se autolesionan quieren vivir, no morir, para eso ha recurrido a definiciones de otros autores para transmitir que no es un tema aislado ni raro que afecta a un porcentaje muy pequeño de la población.

“¿Qué es el daño infligido? Lo definimos como la mutilación deliberada de una parte del cuerpo sin la intención de causar la muerte, es la dificultad de manejar estados emocionales que parecen ser demasiado dolorosas para poder expresarla con palabras,

⁵⁰ Kahan y Pattison, 1984, p. 17-35

⁵¹ Walsh, 2007, p. 1057-1068

⁵² Castro Pinzón (2005:)

⁵³ Winchel y Stanley (1991)

Puede incluir cortar la piel o quemarla, hacerse moratones a uno mismo a través de un accidente premeditado. También puede ser rascar la piel hasta que sangra o interferir la curación de heridas”⁵⁴.

Karen Conterio y Wendy Lader

¿Qué es exactamente el síndrome de la conducta autolesiva? Es la mutilación deliberada del propio cuerpo, con la intención de causar daño, pero sin la intención de matarse⁵⁵.

V.J. Turner

Existe muchas críticas a la definición de la autolesión “es la de destrucción deliberada del tejido corporal sin intención suicida.” (Chapman, Gratz, y Brown, 2006; Favazza, 1989; Favazza, Simeon, y Rosenthal, 1993; Pattison y Kahan, 1983; Winchel y Stanley, 1991), ya que define la autolesión por exclusión del suicidio, basándose en la intencionalidad, por otra parte, deja de lado muchos tipos de autolesiones; además, esta definición puede incluir otras conductas como los tatuajes o los piercings que tienen un componente cultural muy importante, cuya inclusión dentro de la categoría de autolesiones no puede traer más que confusión.”⁵⁶.

Estos problemas de autolesiones no suicida plantean un grave problema en las jóvenes por su elevada incidencia y los riesgos que acarrear, suelen ser cortes, quemaduras o autogolpes.

Armando Nader y Virginia Boehm⁵⁷ plantean que el término "automutilación" es muy limitante y proponen el de Autoagresión Corporal, debido la variabilidad de conductas que tiene, desde pequeñas heridas, quemaduras, hasta amputaciones de un miembro.

Los que se autolesionan normalmente hacen heridas superficiales, arañazos, repetitivos no cercanos a puntos vitales y no reviste mucha gravedad⁵⁸.

“El consenso sobre la definición y el concepto de las autolesiones se fundamenta en aspectos relacionados con la intencionalidad, la gravedad, la repetición y el nombramiento”⁵⁹.

La conducta autolesiva que se lleva a cabo cuando la persona tiene la intención de perder la vida tendrían que ser valoradas como intentos de suicidio o conductas para

⁵⁴ Conterio y Lader, 1998

⁵⁵ Turner, 2002

⁵⁶ Tutusaus, Olmos y Esparcia, 2012, p. 116-128.

⁵⁷ Nader y Boehme, 2003, p. 32-37.

⁵⁸ Pao, 1969, p. 195-206

⁵⁹ Tutusaus et al., 2012, p. 116-128.

suicidas, se realiza normalmente de modo personal, aunque puede ser colectiva como en los centros penitenciarios para obtener algún beneficios.

Autolesiones deliberadas: define el acto que origina heridas o daños superficiales o moderadas en alguna parte del cuerpo, repetidamente, sin intencionalidad suicidas o con este propósito, siendo frecuente en la edad adolescente (Kahan & Pattison, 1984; Favazza, 1996; Gratz, 2001; Manca, 2009; Cerutti et al., 2011).

La conducta autolesiva no ocurre como respuesta a alucinaciones y en presencia de diagnóstico de autismo o retraso mental grave Favazza & Rosenthal, 1993⁶⁰; se caracteriza por falta de control del impulso, por aumento de la tensión y por una sensación de alivio sucesiva después de llevar a cabo el acto.

Generalmente se utilizan diferentes términos para definir conductas auto lesivas con diferentes niveles de gravedad y con intencionalidades y motivos diferentes ignorando que autolesión y intentos suicidas son hechos distintos⁶¹.

Brown, Comtois y Linehan⁶² definen a la conducta parasuicida como la autolesión deliberada o el riesgo inminente de muerte, con o sin intento de morir. Los autores asumen además que la conducta parasuicida es el mejor predictor aislado de una muerte por suicidio.

Las conductas varían desde intentos de manipulación hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida e incluye actos deliberados que no tienen un fin fatal, pero que provocan daños en la persona que los ejecuta. El término para suicida resulta importante debido a que incluye a las autolesiones.

Los facultativos que atienden pacientes con autolesiones suelen diferenciar entre intento de suicidio y agresiones corporales en función de la intencionalidad y la gravedad de las heridas, no obstante, no siempre la gravedad de las heridas está relacionada directamente con la intencionalidad de esta conducta y el error en la interpretación puede producir equívocos al no atender a la gravedad del acto basándonos en la poca repercusión de las heridas.

Podemos definir los diferentes términos de lesiones no fatales auto provocadas como lo ha referido Eduardo Taboada⁶³, autolesiones (primera parte).

“Intento de suicidio”: este término se utiliza en EEUU para los episodios donde hay por lo menos alguna intención suicida e incluso en determinadas ocasiones sin referencia a la intención, se excluye a las lesiones corporales repetitivas”.

⁶⁰ Favazza & Rosenthal, 1993

⁶¹ Lohner y Konrad, 2007, p. 135-161.

⁶² Brown, Comtois, Linehan, 2002, p. 198.

⁶³ Taboada, 2007.

“Autolesiones deliberadas”: este término se utiliza indistintamente para nombrar los episodios de lesiones en los que la persona sobrevive, pero obviando la intención de estas agresiones, también se utiliza para nombrar los episodios de lesiones que se produce repetitivamente, pero sin intención suicida.

“Para suicidio”: este término se utiliza para referirse a los episodios de autolesiones corporales no repetitivas en las que el paciente sobrevive independientemente de si su intencionalidad fuera suicidarse o no suicidarse.

“Automutilación”: también se conoce como comportamiento autolesivo y se refiere a mutilaciones corporales severas y a lesiones corporales superficiales reiteradas.

Existe una gran variabilidad de conceptos para hablar de una misma acción, eso dificulta el consenso a la hora de escoger el término y aumenta la confusión.

CARACTERÍSTICAS SINTOMÁTICAS DEFINITORIAS

Dr. Miguel Israel Marin Tejada⁶⁴ en su tesis sobre desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan menciona como características definitorias:

Daño físico, que incluyen diferentes tipos de autolesiones que hemos mencionado en este estudio.

Intencionalidad, no se tratan de accidentes sino que la autolesión es deliberada, la persona decide conscientemente lesionar parte de su cuerpo, sin intención suicida.

Baja letalidad, la persona que se autolesiona no busca conscientemente terminar con su vida.

Socialmente inaceptable, no es una moda, no incluyen modificaciones corporales, no se busca aprobación, aceptación ni pertenencia a grupos sociales, aunque en prisiones se puede llevar a cabo por solidaridad de modo contagioso y algunas veces para demostrar la pertenencia a un grupo o para seguir a un líder.

Mecanismo de enfrentamiento. Reducir las tensiones emocionales para que vuelva a su estado normal de funcionamiento.

No hay causa física ni enfermedad mental. La AL no es debida a una causa física, una enfermedad o deficiencia mental, la intencionalidad consciente es muy importante en el proceso de identificación positiva⁶⁵.

⁶⁴ Marín Tejada, 2013.

⁶⁵ Hilt, Nock, Lloyd-Richardson y Prinstein, 2008, p. 455-469.

II.4. CLASIFICACIÓN DE LAS AUTOLESIONES

El fenómeno de las autolesiones es muy amplio, heterogéneo, y obliga a definiciones amplias, y a variedad de conductas que se clasifican como autolesivas (Asefo autolesion self injury)⁶⁶.

En muy pocas ocasiones se diferencian estas conductas autolesivas en función de la extensión de la lesión, localización de la herida o gravedad de la misma⁶⁷.

A comportamientos que se encuentran fuera de las normas consideradas como válidas y normales dentro de una sociedad, y para entender la autolesión, como lo refirió Favazza⁶⁸, es valorar qué tipo de autolesión es patológica y qué tipo es culturalmente criticado.

Antes de clasificar la autolesión es necesario abordar una serie de elementos que permitirán una mejor comprensión de cada tipo. Kahan y Pattison⁶⁹, identificaron tres componentes en los actos de autolesión: dirección, letalidad y repetición.

El primer componente de la autolesión, la dirección, se refiere a que tan intencional fue la conducta. Un acto con intención es aquel que se logra en un lapso de tiempo corto, se está consciente de los efectos dañinos que tiene y se busca lograrlos. De no ser así, se considera un acto indirecto de autolesión.

El segundo componente de la autolesión, la letalidad, se refiere a la posibilidad de que el acto resulte en la muerte, ya sea de inmediato o en un futuro próximo. En un acto letal casi siempre la intención es la muerte. Si no se quiere o se piensa en la posibilidad de morir, el acto no tiene el componente de letalidad.

El tercer componente de la autolesión, la repetición, hace referencia a si el acto se hace una vez o se repite con frecuencia por un período de tiempo.

La autolesión que es socialmente sancionada se divide en dos grupos: Rituales y Prácticas, encontrándonos en cualquiera de estos dos grupos modificar el propio cuerpo (tatuajes, piercings, etc.).

Los Rituales reflejan una tradición cultural y simbólica, y representan una forma en que el individuo se conecta con su comunidad con propósito de curación, de expresión de espiritualidad, o para fines de demostrar un orden social.

⁶⁶ Asefo autolesion self injury

⁶⁷ Rosen y Heard, 1995, p. 381-385.

⁶⁸ Favazza, 1996

⁶⁹ Kahan y Pattinson, 1984, p. 17-35

En cambio, las prácticas se hacen con fines de decoración y/o para identificarse con un grupo cultural, tienen poco significado simbólico o cultural y muchas veces son una respuesta a lo que está de moda.

Ahora bien, Favazza (1996) clasifica a la autolesión en tres tipos:

1. Auto-mutilación mayor (incluye cosas como castración, amputación de miembros, sacarse los ojos, entre otros), es un fenómeno poco común y normalmente está asociada a estados psicóticos, supone existencia de autolesiones muy graves.

2. Autolesión estereotípica, son repetitivas y con un patrón rítmico como golpearse la cabeza contra una pared. Este tipo de auto-lesión se presenta principalmente en personas con retraso mental, autistas o psicóticas, y presentaban autolesiones que se ejecutaban de una manera rítmica o estereotipada, trastornos neurológicos (el síndrome de Tourette, neuroacantocitosis, y epilepsia del lóbulo frontal), y trastornos genéticos (el síndrome Lesch-Nyhan, síndrome Prader-Willi, síndrome Smith-Magenis, y el síndrome de X frágil), cabe destacar que no es el tipo de autolesión que estamos abordando en esta investigación.

3. Autolesión superficial o moderada. Este tipo de autolesión es el más común y es el que estamos estudiando en esta investigación, incluye cortarse, quemarse, rascarse hasta sangrar, arrancarse el pelo, romperse huesos, pegarse, lastimarse sobre una herida deliberadamente, interferir con la sanación de una herida, y casi cualquier método en que la persona se infrinja daño físico ella misma.

A su vez subdividió a estas últimas en **compulsiva, episódica y repetitiva**. La forma compulsiva es repetitiva, ritualística y ocurre muchas veces durante el día, como arrancarse el cabello (tricotilomania) o rascarse y está asociada con el desorden obsesivo-compulsivo, fricción excesiva de la piel, y excoriación cuando se hace para remover defectos percibidos en la piel.

Tanto la autolesión episódica como la repetitiva son actos impulsivos, y la diferencia entre ellos tiene que ver más con el grado o nivel de hacerlo.

La auto-lesión episódica es una conducta llevada a cabo tan a menudo que la persona que lo hace ni lo piensa y no se consideran como sujeto que se hace daño, llega a estar preocupado por esta conducta y se describe como un adicto a este comportamiento, generalmente es un síntoma de algún otro desorden psicológico⁷⁰.

Lo que empieza como una autolesión episódica puede escalar hasta llegar a ser repetitiva, lo que inicialmente era un síntoma se vuelve una enfermedad, la autolesión repetitiva es impulsiva por naturaleza, y es una respuesta refleja a cualquier tipo de estrés, positivo o negativo. Así como los fumadores que agarran un cigarro cuando se sienten abrumados, los que se auto-lesionan de manera repetitiva agarran un encendedor o una navaja cuando ya no soportan estímulos o factores estresantes.

⁷⁰ Favazza, 1996.

Una última clasificación podría ser según la gravedad, moderada/severa en función de la pauta de cortaduras/quemaduras, en contraste de las autolesiones menores tales como rayarse sin cortar.

En un estudio de personas con bulimia que se autolesionan, Favaro y Santonastaso⁷¹, utilizaron una técnica estadística llamada análisis factorial para distinguir entre los actos compulsivos de naturaleza y los impulsivos. Reportaron que el vomitar, morderse las uñas de manera severa y jalarse el pelo estaban cargados con un factor compulsivo. En cambio, intentos de suicidio, abuso de sustancias, abuso de laxantes, cortarse la piel y quemarse estaban cargados de un factor impulsivo. (Asefo autolesion self injury)⁷²

⁷¹ Favaro y Santonastaso, 1998, p. 157-165.

⁷² <http://www.autolesion.com/guia-autolesion/para-entender-la-autolesion/que-es-autolesion/> Asefo autolesion self injury

II.5. DSM IV- V

II.5.1. DEL SIGNO, AL SÍNTOMA Y AL SÍNDROME

La autolesión en la nomenclatura psiquiátrica oficial sigue siendo problemática. La mayor parte de los estudios asocian conductas autolesivas y trastornos, valoran los actos autolesivos como síntomas de un trastorno, esto ha complicado la comparación y la profundización de los rasgos definitorios de estas conductas al no haber sido vista como entidad propia sino que ha sido estudiada desde la perspectiva de trastorno psicopatológico y como síntomas de muchos trastornos⁷³.

Algunos autores, como Favazza y Rosenthal (1993)⁷⁴ proponían considerar la conducta autolesivas como un trastorno y no como un síntoma de un trastorno. Sus propuestas eran situar este trastorno dentro del eje I del sistema DSM y proponían el nombre de “Trastorno de Autolesión Repetitivo”. Los pacientes llegaban con etiquetas diagnósticas procedentes de una gran variedad de trastornos mentales psicológicos como psiquiátricos.

Kahan y Pattison⁷⁵ propusieron su identificación en una entidad diagnóstica independiente en la nosología DSM. Sus detractores lo consideraron arriesgado y proponían su inclusión en amplio espectro de trastornos del eje I y II.

Los profesionales han buscado siempre donde albergar la conducta autolesiva, ansiosos por conocer el origen y la naturaleza del acto auto lesivo así como buscar una ayuda y sentir que existe una guía disponible y un protocolo de actuación, para así organizar un plan de recuperación completo, más fácil de manejar y menos caótico.

Según Favazza⁷⁶, el comité que aborda los desórdenes de control de impulsos del DSM votaron unánimemente para incluir el síndrome pero en niveles más altos el proceso se estancó, ya que alegaron que la autolesión estaba presente en otros desórdenes como el de la personalidad limítrofe.

Favazza comenta que la idea de que el síndrome de autolesión se pueda entender completamente como parte de la construcción de la personalidad limítrofe es errada, debido a que por ejemplo, un paciente limítrofe que presenta algunos actos purgadores no recibe un diagnóstico adicional de la bulimia; sin embargo, si los actos son frecuentes, la bulimia sería diagnosticada. De manera similar, plantea que algunos actos de autolesión se pueden entender bajo la personalidad limítrofe, pero, cuando el comportamiento llega a ser repetitivo y asume una vida propia, el síndrome de autolesión debe ser diagnosticado.

⁷³ Tutusaus et al., 2012, p. 116-128.

⁷⁴ Favazza y Rosenthal (1993)

⁷⁵ Kahan y Pattison, 1984, p. 17-35.

⁷⁶ Favazza, 1996.

Desde Emerson (1913) hasta día de hoy la autolesión corporal ha sido abordada sobre todo por psiquiatras y psicólogos de orientación transcultural (Favazza, 1986; Favazza y Rosenthal, 1993; Levenkron, 1998, Strong, M, 1998 et al.), psicoanalistas (Menninger, 1935; Woods, 1988; Daldin, 1990 et al.), de orientación biologicista (Daphne Simen, 1992; Isacson y Rich, 2001) y cognitivo conductuales (Conterio y Lader, 1998; Doctors, 1981, Haines y Williams, 2003; Hawton, 2003; Kiselica, 2001; Parfitt, 2005, et al.).

Ahora bien, existen criterios propuestos por diversos autores para que la autolesión, como síndrome, entre a formar parte del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, algunos de ellos son:

II.5.1.1. EL SÍNDROME DE DAÑO DELIBERADO ASÍMISMO (PATTISON Y KAHAN, 1983)

1. Un impulso repentino, irresistible, de dañarse físicamente.
2. Una experiencia psicológica que abarca la existencia de una situación intolerable, incontrolable de cuál no se puede escapar.
3. Ansiedad, agitación, y cólera como respuesta a la situación percibida.
4. Constricción perceptiva y cognoscitiva dando por resultado una perspectiva estrechada de la situación y de alternativas de acción.
5. Destrucción o alteración infligida a sí mismo del tejido del cuerpo hecha en solitario.
6. Una sensación rápida, temporal de alivio que sigue el acto del daño a sí mismo.

II.5.1.2. AUTOLESIÓN REPETITIVA (FAVAZZA Y ROSENTHAL, 1993)

1. Preocupación por dañar físicamente a sí mismo.
2. Imposibilidad de resistir los impulsos de destruir o alterar los tejidos del cuerpo.
3. Aumento de la tensión justo antes de cometer el acto de autolesión.
4. Sensación de alivio después de cometer el acto de autolesión.
5. El acto cometido no está asociado a una intención suicida, retraso mental, delirio, o alucinaciones. Síndrome del comportamiento auto lesivo⁷⁷:

⁷⁷ Turner, 2002

Es necesaria una correcta unificación de criterios para mejorar la definición, la clasificación, diagnóstico y el abordaje de este tipo de conductas, centrando nuestra atención en el perfil psicopatológico, variables sociodemográficas identificadas y factores de riesgo, así como un mayor número de estudios que aporten información que sería útil para los profesionales, familiares de los pacientes y pacientes autolesionadores.

La Dra. Dora Santos Bernard 2012 ha mencionado para ASeFo sobre el proyecto de desarrollo del DSM-V se propone incluir a la autolesión sin intento de suicidio en un apartado especial, como el de **Autolesión No Suicida (NSSI, por sus siglas en inglés)**.

En su versión definitiva, DSM 5 considera la autolesión no suicida como una *condición que requiere mayor estudio*, incluye en el texto señalado al inicio de este trabajo notas redundantes (por ejemplo, que la intención de la lesión no sea provocar la muerte del sujeto) y trata de precisar las expectativas del paciente a:

- Obtener alivio frente a sentimientos negativos o estados cognitivos.
- Solucionar un conflicto interpersonal.
- Inducir un estado de bienestar.

Luego asocia a la autolesión no suicida por lo menos una de las circunstancias siguientes:

- Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como depresión, ansiedad, tensión, cólera, estrés generalizado o autocrítica que se manifiestan en el período inmediatamente anterior al acto lesivo.

- Una etapa de preocupación en torno al acto que se intenta antes de su realización que es difícil de controlar.

- Pensamientos frecuentes acerca de autolesionarse, incluso cuando este no se llegue a llevar a cabo.

II.5.2. CRITERIOS PROPUESTOS SEGÚN DSM 5

A. El individuo en el último año, durante al menos 5 días, se ha auto-infligido intencionadamente daño en la superficie corporal, del tipo sangrado o moratones o dolor (por ejemplo, cortarse, quemarse, golpearse, frotarse excesivamente), pero realizados con la esperanza que la lesión produzca únicamente daño físico leve o moderado. La ausencia de intento suicida es, o bien reportada por el paciente, o bien se puede inferir a que el paciente sabe, por experiencia, que sus métodos de lesionarse no tienen potencial letal.

La actividad se realiza con un propósito; éste puede ser el alivio de un sentimiento/estado cognitivo negativo, o una dificultad interpersonal, o para inducir un estado emocional positivo. El paciente anticipa que esto va a ocurrir ya sea durante o inmediatamente después de la autolesión.

B. La lesión intencional está asociado con al menos una de las siguientes:

B1. Dificultad interpersonal o pensamientos o sentimientos negativos, como depresión, ansiedad, tensión, enojo, aflicción generalizada, o auto-crítica, que ocurran en el período inmediatamente antes del acto de autolesión.

B2. Antes de incurrir en el acto, un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar.

B3. Los impulsos y los Pensamientos de realizar la autolesión ocurren frecuentemente, incluso cuando no se actúan.

C. El comportamiento no está aceptado por la sociedad (tatuajes, perforaciones corporales – piercing – etc.), la conducta no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas).

D. La conducta y sus consecuencias causan de manera clínicamente significativa malestar, aflicción, o un deterioro funcional en áreas como la interpersonal, académica u otras.

E. La conducta no aparece exclusivamente en estados de psicosis, delirio o intoxicación por sustancias o la abstinencia a sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo la conducta no es parte de un patrón de estereotipos repetitivos. La conducta no puede deberse a ningún otro trastorno mental o médico (por ejemplo, trastornos psicóticos, trastorno del espectro autista, trastorno generalizado del desarrollo, discapacidad intelectual, Síndrome de Lesch-Nyhan). Trastorno de movimientos estereotipias con comportamiento autolesivas, tricotilomanía, trastorno de excoriaciones, había una propuesta de adaptar al DSM 5 la subtipificación de las categorías del NOS.

II.5.3. TRASTORNO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA, NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA (NOS)

Tipo 1, Subumbral: El paciente reúne todos los criterios del trastorno NSSI (Autolesión No Suicida, NSSI por sus siglas en inglés), pero se ha lastimado menos de 5 veces en los últimos 12 meses. Esto puede incluir individuos que, a pesar de la baja frecuencia de la conducta piensan frecuentemente en realizar el acto.

Tipo 2, Intención Incierta: El paciente cumple con los criterios de NSSI, pero insiste que además de los pensamientos negativos, hay un intento de suicidio.

“El solo hecho que la versión definitiva del DSM 5 no haya incorporado a la autolesión no suicida como una categoría clínica per se, da cuenta de la dificultad para deslindar los alcances de esta entidad”⁷⁸.

En la clínica se sigue partiendo de la noción de que la autolesión no suicida es una manifestación más del trastorno límite de personalidad y por esa razón los afrontes terapéuticos son compartidos entre ambos, pero muchas veces corre el riesgo de no ser detectada oportunamente y de que no se le preste la atención diagnóstica y terapéutica que merece. Siendo una patología *limítrofe*, en tanto participan en ella componentes de distorsión y deterioro cognitivo, perturbación de las emociones y la percepción, así como déficit en el control de los impulsos, es factible que se convierta en cajón de sastre de trastornos residuales o sea relegada a una importancia marginal.”⁷⁹

II.5.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SEGÚN DSM 5

II.5.4.1. TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

El diagnóstico diferencial con esa condición y con el Trastorno Límite de Personalidad es perentorio para efectos académicos y de la práctica clínica. Históricamente la autolesión no suicida se consideraba patognómica del trastorno límite de la personalidad, y en la clínica se sigue partiendo de la noción de que la autolesión se trata de una manifestación más del trastorno límite de personalidad, ambos se asocian con varios otros diagnósticos.

No cabe duda que algunos de los criterios consagrados por DSM 5 para el trastorno de personalidad aludido pueden esgrimirse como premisas igualmente válidas para la automutilación no suicida, los individuos con trastorno límite de la personalidad,

⁷⁸ Castro Morales, 2014, p. 226-235.

⁷⁹ Castro Morales, 2014, p. 226-235.

no siempre tienen que autolesionarse, presentan a menudo comportamiento agresivo, hostil, mientras que autolesiones no suicidas se asocian con comportamientos colaboradores, empáticos y relaciones interpersonales positivas⁸⁰.

Se leen así los criterios incluidos para ese trastorno de personalidad:

1. Esfuerzos desesperados para evitar un abandono real o imaginado.
2. Impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas (p. ej., gastos desmedidos, sexo irresponsable, abuso de sustancias, conducción peligrosa de vehículos, atracones alimentarios).
3. Comportamientos, gestos o amenazas suicidas recurrentes, o conducta autolítica.

II.5.4.2. TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

En el comportamiento suicida existe deseo de morir y su probabilidad se asocia con el uso previo de varios métodos para autolesionarse.

En las autolesiones se busca alivio a esta tensión abrumante que le invade, aunque pueden tener más probabilidad de suicidio.

II.5.4.3. TRICOTILOMANÍA (TRASTORNO DE ARRANCARSE EL PELO)

Es un comportamiento dañino de arrancarse el propio cabello, habitualmente el del cuero cabelludo, las cejas o las pestañas que puede durar horas y puede ocurrir en periodos de relajación y o distracción.

- A. Arrancarse el pelo de forma recurrente, lo que da lugar a su pérdida.
- B. Intentos repetidos de disminuir o dejar de arrancar el pelo.
- C. Arrancarse el pelo causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. El hecho de arrancarse el pelo o la pérdida del mismo no se puede atribuir a otra afección médica (una afección dermatológica).

⁸⁰ Castro Morales, 2014, p. 226-235

E. El hecho de arrancarse el pelo no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto como en el trastorno dismórfico corporal).

II.5.4.4. TRASTORNO DE EXCORIACIÓN (RASCARSE LA PIEL)

El rascado compulsivo al igual que la Tricotilomania, es un trastorno del control del impulso, que se caracteriza por la necesidad o urgencia por tocar, rascar, frotar, restregar, pellizcarse, friccionar, apretar, morder o excavar la piel; de forma compulsiva hasta que aparecen las típicas lesiones, a menudo en respuesta a mínimas irregularidades o defectos, o a la presencia de zonas afectadas por acné discreto, con complicaciones como infecciones que pueden llegar a la celulitis y a cicatrices definitivas y deformantes, con el consecuente deterioro psicosocial, y un significativo daño estético/emocional, como entidad nosológica, ha sido considerada parte del espectro obsesivo compulsivo o como un trastorno en el control de los impulsos.

Aparece más en mujeres, y se produce en una zona de la piel que el individuo considere antiestética, habitualmente en la cara o el cuero cabelludo y es consciente de que se está haciendo daño a sí mismo.

A. Dañarse la piel de forma recurrente produce lesiones cutáneas.

B. Intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel.

C. Rascarse la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. El daño de la piel no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo cocaína) u otra afección médica (sarna).

E. El hecho de rascarse la piel no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (delirios o alucinaciones táctiles en un trastorno psicótico, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto como en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias como en el trastorno de movimientos estereotipados o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida).

II.5.4.5. AUTOLESIÓN ESTEROTIPADAS

La autolesión como golpear la cabeza, morderse o golpearse se asocia al retraso en el desarrollo.

II.6. ETIOLOGÍA DE LAS AUTOLESIONES

¿POR QUÉ SE AUTOLESIONAN?

Hay muchas teorías que justifican la autolesión aunque rara vez la justifican como una forma de llamar la atención, se debe contemplar la posibilidad de que constituyen un desahogo aunque no se puede descartar un componente emocional ya que puede ser como consecuencia a un dolor emocional intenso que el sujeto no sabe cómo enfrentarse o una forma de desahogo a una angustia. Con respecto a esto Favazza refiere: “algunos se hieren porque no han aprendido a identificar, expresar o liberar sus emociones”⁸¹, o que no se le ha permitido de pequeño expresar sus emociones, también caben destacar las estrategias manipulativas de estos actos sin frivolar el hecho del potencial sufrimiento psicológico existente. Conviene también considerar que en una alta proporción de individuos que se autolesionan puede existir una historia de abusos, negligencia física, emocional, y estructura familiar desestructurada en la infancia. Esta teoría es defendida por Van der Kolk y Herman en 1991⁸².

Freud, al contrario, defendía en 1920 que para hallar el placer en cualquiera de sus formas hay que pasar antes por varias situaciones de desplacer⁸³.

Se han observado distintos patrones comunes a este tipo de conductas y en esas observaciones aparece que existe un estímulo que provoca este acto. Este estímulo está relacionado con una tensión abrumante que tiene como consecuencia la aparición de un aumento de la ansiedad así como un aumento de la sensación de culpabilidad. Tanto la ansiedad como el sentimiento de culpabilidad y odio hacia sí mismo conduce al individuo a una situación de irrealidad en tanto que las emociones aparecen anuladas o adormecidas por lo que el cortarse tiene como finalidad volver a la realidad y sentir que sigue vivo, abandonar el adormecimiento emocional, salir de un estado disociativo, así como afrontar la despersonalización.

En ciertas ocasiones, la persona que se autolesiona intenta expresar de forma visible sus emociones, las cuales son muy intensas y dolorosas provocándole un sufrimiento intenso que intentan sacar hacia fuera, la vía que utilizan para hacer visible su sufrimiento es agrediendo a sí mismo ya que estas personas no son capaces de expresar esas emociones negativas de forma adecuada para poderlas soportar.

La percepción del hecho de autolesionarse en estas personas es muy variable incluida su forma de ver esta conducta dañina, algunos creen que es su vida, es asunto suyo y no daña a nadie, otros se sienten incapaces de pararlo aunque sienten como algo extraño. Esta acción, en otros casos, es una llamada de ayuda que no se ven capaces de verbalizar.

⁸¹ Favazza, 1996

⁸² Van der Kolk, Perry y Herman, 1991, p. 1665-1671.

⁸³ Freud, 1920, p. 129-130

Sobre la afirmación anteriormente expuesta, nos encontramos que muchos autores (Miller, 1994; Favazza 1986, 1996; Connors, 1996a, 2000; Solomon & Farrand, 1996; Ousch et al., 1999; Suyemoto, 1998, junto con Dolores Mosquera en su libro el lenguaje del dolor,) han escrito artículos sobre las motivaciones que conducen a practicar la conducta autolesiva y hacen referencia en sus escritos a diferentes componentes asociados a este tipo de conducta apuntando a la imposibilidad de valorar un solo desencadenante de la misma⁸⁴.

Estos autores apuntan para explicar este acto la asociación de los siguientes componentes:

- Para sentir alivio emocional, no saben disminuir la tensión que va en aumento, lo que los produce mucha angustia, les produce un gran dolor psíquico que intentan cambiarlo por un dolor físico.
- Para reclamar ayuda que termine con su sensación de vacío, de irrealidad. más que un “grito de dolor”, lo es “para pedir ayuda”.
- Para sentirse vivos y comprobar que no están soñando y así validar su dolor emocional.
- Abandonar el adormecimiento emocional y salir de un estado disociativo.
- Para realizar lo que ellos llaman (limpieza o purificación de sangre), con la salida de la sangre sale todo lo malo.
- Para "obtener su merecido" (castigo) por ser malo o mala, Incluso en raras veces para morir.
- Para sentirse válido, seguro y tener control sobre su propio cuerpo.
- Evitar que algo malo suceda y prevenir el suicidio
- Comunicar su desesperación, pedir ayuda.
- Para intentar controlar la situación (manipulación) y modificar el comportamiento de los otros.
- Para reprimir su sexualidad, vengarse, y hacer sentir culpables a los responsables de sus posibles abusos sexuales.

En todos los estudios realizados en donde se expone diferentes casos, nos encontramos que el individuo tiene dificultad para identificar sus sentimientos y por esta razón busca métodos y formas que le permiten hacer frente al caos de emociones que siente en estos momentos, una salida inmediata a una carga emocional muy pesada e intensa que no puede tolerar.

⁸⁴ Mosquera, 2008.

Las autolesiones son una forma de reaccionar ante sentimientos que se van acumulando dentro de uno. Algunos jóvenes explican su desesperación, la sensación de sentirse atrapados, sin esperanza, careciendo de conocimientos a quién y cómo pedir ayuda.

Otros hablan de sensaciones de rabia, culpa, autocastigo, vergüenza, tensión que se acumulan y que se sienten como si fueran a explotar.

Algunos refieren sentirse desconectados de su cuerpo o de su mundo y estas autolesiones son una forma de sentir volver a la realidad.

“Aunque esto parece un componente raro y excéntrico tiene sentido si lo vemos como una forma de regular sus propias emociones, como una conducta aprendida. Es independiente si el fin de esta autolesión es sentir alivio, castigarse, sentirse vivo. En todos los casos hay un componente emocional que necesita ser regulado o frenado. El que se castiga o se autolesiona para sentirse vivo, necesita algo que le permite saber que realmente existe. El que lo hace para sentir alivio es porque necesita una vía de escape; tiene la sensación de que va a estallar en cualquier momento.”⁸⁵

Dolores Mosquera

El autolesivo recurre a la acción ante la dificultad que tiene de poder expresar lo que siente. No es fácil expresarlo más cuando desconoce que ocurre en su interior o por qué siente con semejante intensidad.

Es la consecuencia de la falta de habilidades adaptativas para calmarse y poder controlar el estrés y la frustración.

“Es indudable que la acción autolesiva conlleva un alivio inmediato, verbalizar requeriría un esfuerzo tremendo y unas habilidades de las que carecen las personas que recurren a la acción, como forma de comunicar su angustia. El objetivo es poner fin al dolor y al sufrimiento que siente en su interior, al caos y a la confusión que presentan.”⁸⁶

Dolores Mosquera

“Es más tolerable el dolor físico que el dolor emocional, especialmente cuando no saben por qué se sienten así. El dolor físico es tangible, visible, se puede ver, transmitir e incluso curar. El emocional es difícil de demostrar, de compartir, requiere palabras, gritos lagrimas que permite a los otras personas visualizar lo que uno siente, es difícil que una persona inexpresiva explica lo que siente, sin gestos o sin movimientos, puede aparecer irreal, frío distante.”⁸⁷

Dolores Mosquera

⁸⁵ Mosquera, 2008.

⁸⁶ Mosquera, 2008.

⁸⁷ Mosquera, 2008.

II.6.1.1. MOTIVOS Y DESENCADENANTES

Los motivos son numerosos y complejos. Las personas que se autolesionan tienen la carencia de un referente estable, que les permita saber a qué atenerse y cómo reaccionar ante estados emocionales negativos. El paciente siente y sabe que no tiene la respuesta adecuada ante situaciones emocionales a las que tiene que afrontar.

Cuando se indaga a cerca de los desencadenantes de esta acción, encontramos respuestas muy variadas:

Estar abrumado, confuso, infravalorado, humillado, incomprendido y refiere situaciones que no puede controlar, entender ni frenar.

En algunos casos refieren que se autolesionan por miedo, temor que le ocurre algo a algún familiar, a un amigo, miedo a perder el control.

La sensación que refieren con más frecuencia, una vez que se han autolesionado es la de calma, parece haber una clara disminución de la tensión, en algunos casos es la expresión de la esperanza, de una reacción por parte de los otros. Es en definitiva una forma de regular el estado emocional negativo.

En otros casos puede que el individuo lo que busque sentir es que está vivo, que es real especialmente en aquellos casos en los que la persona siente que está desconectado de su cuerpo, es como si la lesión le permitiese volver a la realidad, frenar esta sensación de extrañeza. En todos los casos la función de la lesión es adaptativa, se reduce la tensión y el sujeto vuelve a un estado que puede tolerar.

Estos estudios a su vez nos proporcionan el dato de que el mayor porcentaje de autolesiones se las infringen la gente joven, muchos de ellos para llamar la atención, otros las utilizan como una forma de comunicación que sustituye a la comunicación verbal.

Generalmente cuando ocurre una muerte suelen ser por accidente, ya que no es la finalidad del autolesionado, un caso a mencionar de un interno que quiso hacer un corte superficial en el cuello, sin intención de matarse y se pasó de la mano y afectó a vasos importantes que le causó la muerte.

Estas autolesiones suelen darse del mismo modo en jóvenes deprimidos o en jóvenes con problemas alimentarios, del mismo modo que son frecuentes en aquellos que toman demasiadas drogas o alcohol.

Los que se autolesionan pueden clamar que querían morir en la mayoría de los casos, esto es solo una expresión y no la verdadera motivación. Aunque el desenlace puede ser fatal, no tanto de la intención como de la inexperiencia y el mal cálculo a la hora de autolesionarse.

Se debe tener también en cuenta el hecho de la soledad, el haber sufrido situaciones adversas en la vida y el vivir en áreas socioeconómicas deprimidas, existen factores diferentes en la vulnerabilidad en las diferentes edades, en los más jóvenes se las relacionan con dificultades para relacionarse, pérdida o separación de los padres, abuso en la infancia, desempleo y ausencia de familia, etc. En cambio en los mayores es más probable que se deba a duelos, depresión o pérdida de la salud.

En una investigación realizada sobre los factores individuales asociados a la repetición de las autolesiones, se descubrió en este grupo de pacientes niveles altamente significativos de depresiones y desesperanzas, mayor dificultad de resolver sus problemas, carencia de un confidente y encontrar en la autolesión la única forma de comunicar su desesperación.

Si consideramos que la autolesión es un medio de comunicación peculiar, deberíamos plantearnos como objetivo que las personas que utilizan este medio de comunicación para indirectamente lograr un cometido cambien este lenguaje por la expresión verbal como medio de comunicar directamente sus emociones y sus sentimientos. Si logramos alcanzar este objetivo basándonos en la escucha activa, posiblemente logremos que los métodos de comunicación indirecta decrezcan y aumente la posibilidad de manejar la autolesión de forma sana y efectiva.

Parafraseando a Miller⁸⁸, que refería que en la última década ha aparecido un mayor porcentaje de mujeres que se autolesionan con respecto a los hombres, posiblemente debido a que las mujeres para comunicar sus emociones caóticas y negativas no recurren a expresarlas abiertamente de forma agresiva y violenta por lo que su rabia y sus frustraciones la expresan causándose daños a ellas mismas y hacia dentro, mientras que los hombres expresan su rabia de forma violenta y agresiva y hacia fuera. “los hombres actúan hacia fuera, las mujeres actúan hacia fuera actuando hacia dentro”⁸⁹.

Según Sutton es un “regalo de sobrevivencia, y quizá una elección de autopreservación de opciones muy limitadas.

Arroyo y Castellano⁹⁰ estudiando la fisiopatología de la conducta autolesiva informaron que en el medio penitenciario los reclusos tienen necesidad de comunicación interna en prisión como con el mundo externo, eso hace que la conducta autolesivas sea el lenguaje que a través del cual expresan su angustia, ansiedad incluso agresividad y desesperanza, también puede ocurrir como consecuencia de fenómenos de contagio entre los internos o por un grupo que se pongan de acuerdo un modulo en un determinado momento de forma colectiva, además puede ocurrir como una conducta puesta por un líder, intentar salir a un hospital o al modulo de enfermería, donde existe más tranquilidad y salir de un ambiente que le produce más estrés, o para impedir el traslado a otro centro, o a juicio, etc.

⁸⁸ Miller, 1994.

⁸⁹ Taboada, 2007.

⁹⁰ Arroyo Cobo y Castellano Arroyo, 1996, p. 17-28

II.7. MOTIVACIONES BIOLÓGICAS

TEORÍA SOBRE AUTOLESIONES

A través de diversos estudios y autores, hay evidencias que relacionan muy directamente la disminución de la actividad serotoninérgica en el déficit de control de impulsos y en consecuencia apoyan la relación entre automutilación y depleción serotoninérgica.

Dentro de los neurotransmisores estudiados destacan por su relevancia en el tratamiento de la impulsividad y la agresividad la serotonina, el GABA, y las catecolamina.

Según Simeone y Cols (1992) se ha demostrado una relación entre la presencia de bajos niveles de serotonina y el carácter agresivo, irritable o impulsivo de una persona; según este estudio aquellos individuos con niveles aceptables de serotonina tienden más a verbalizar su enfado o rabia a través del llanto o mediante la expresividad verbal en todos los grados de irascibilidad que se quiera, así según este estudio aquellos individuos que poseían unos niveles más bajos de serotonina no eran capaces de expresar su rabia y se inclinaban con formas como la autolesión para canalizar su enfado.

En posteriores trabajos, como los de Favazza⁹¹ y Coccaro, Berman y Kavoussi⁹², estos autores encontraron que la irritabilidad y el tipo expresivo de la misma parecen estar en clara relación con los niveles de serotonina:

- Niveles normales, la irritabilidad se expresa gritando.
- Niveles bajos, aumenta la irritabilidad pudiendo escalar hasta la forma de autolesión, suicidio o heteroagresividad.

Coincide Zweig-Franket⁹³ en este tipo de conclusiones en sus estimables trabajos con una clara disfunción de la serotonina.

Aún, abundando en ello, determinados comportamientos bulímicos en mujer arrojaron la conclusión de que la función en la serotonina era significativamente más baja que en bulímicas que se autolesiona Steiger⁹⁴.

En estudios bioquímicos se llegó a demostrar que el catabolito de la serotonina ácido 5-hidroxiindolacético se encuentra en niveles más bajos en el líquido cefalorraquídeo en pacientes con intentos de suicidio y de autolesiones.

⁹¹ Favazza, 1993, p. 134-140.

⁹² Coccaro, Berman y Kovaussi, 1997, p. 147-157.

⁹³ Paris, Zweig-Frank y Gunzder, 1994, p.301-305.

⁹⁴ Lehoux, Steiger y Jabalpurawa, 2000, p. 36-42.

Otros hallazgos demostraron incluso una reducción de metabolitos de serotonina (5-HIAA) en líquido cefalorraquídeo en pacientes con depresión mayor y conductas autolesivas no suicidas.” (Cuando herirse es una forma de hablar). Altamirano Ramón Juan Mauricio.

Wichel y Stanley⁹⁵ demostraron que aunque los sistemas de dopamina y de opioide no están implicados en la autolesión, el sistema de serotonina si lo está.

Coincidiendo en ello con los diversos estudios que estamos considerando: así, se dieron cuenta que algunas drogas que estabilizan el estado de ánimo (como Tegretol, Depakine) pueden estabilizar la conducta de hacerse daño (ASeFo).

En otro estudio, tratando de correlacionar alteraciones bioquímicos con la conducta autolesiva, Simeone⁹⁶ halló que había una correlación con el número de sitios de unión de la imperamina en plaquetas con menos sitio de unión lo que implicaría o podría reflejar de nuevo una disfunción serotoninérgica central con inhibición presináptica de la liberación de serotonina que hace que se autolesionen más.

Estudios anteriores de Stoff⁹⁷ (1987) y Birmaher⁹⁸ (1990), vincularon estos números reducidos de sitios de unión de la imperamina en plaquetas con la impulsividad y depresión.

Del mismo modo, Herpertz, Sass y Favazza⁹⁹ investigando los niveles de prolactina en sangre encontraron que la respuesta en estos pacientes a dosis de d-fenfluramina en sujetos que se autolesionan fue deficiente lo cual podría sugerir un déficit en la función presináptica 5HT serotonina.

La misma respuesta encontró Stein con un déficit a la respuesta de prolactina. Ante la d-fenfluramina, esta vez en sujetos con trastorno compulsivo de la personalidad.

Por último Coccaro¹⁰⁰ (1997) encontró que la respuesta de prolactina variaba inversamente con las puntuaciones en la escala de “Historia de Vida con Respecto a la Agresión” (ASeFo).

Así pues, a esta inhibición que produce la serotonina sobre la función dopaminérgica, que es en definitiva quien produce la iniciación y la activación de las conductas.

En definitiva, es el incremento de las catecolaminas, tanto de la función noradrenergica cuanto de la dopaminérgica, lo que se encontraría asociado con el aumento de la impulsividad como estado.

⁹⁵ Winchel y Stanley, 1991, p. 306-307

⁹⁶ Simeon, Stanley y Frances, 1992, p. 221

⁹⁷ Stoff, Pollock, Vitiello, Behar y Bridger, 1987.

⁹⁸ Birmaher, Stanley, Greenhill, Twomey, Gavrilescu y Rabinovich, 1990, p. 914-918.

⁹⁹ Herpertz, Sass y Favazza, 1997, p. 451-465.

¹⁰⁰ Coccaro et al., 1997, p. 147-157.

La dopamina también sería uno de los circuitos alterados; habiéndose sugerido una relación entre automutilación y desregulación dopaminérgica, asociada a una hipersensibilidad de receptores de dopamina y una reducción de dichas conductas al añadir antagonistas dopaminérgicos.

Estudios posteriores vinieron a concluir que sería una desregulación mixta serotoninérgica y dopaminérgica, lo que se encontraría asociados a la automutilación.

Por otro lado, se constata que existen casos en los que la estimulación aislada del GABA-A puede incrementar la impulsividad al disminuir la atención. Ello se observa fundamentalmente con el uso de depresores como el alcohol o las benzodiazepinas: (efectos paradójicos de la benzodiazepinas), esto es, que normalmente el GABA tiene una acción reductiva y inhibitoria, pero a veces puede producir un aumento de agresividad.¹⁰¹

En otro enfoque existe un hecho y es que a estos pacientes manifiestan una analgesia frente a la autolesión; varias hipótesis al respecto:

Aumento del sistema de opioides endógeno, la estimulación constante de este sistema provocaría alivio, calma del dolor por la secreción de endorfina. Así, podría crearse una fuente de adicción, en el que la disminución de opioide endógena en tiempos después de cortarse, lleva a que algunos de los que se auto cortan busquen un estado de calma en cortarse de nuevo en un intento de conseguir la descarga de opioides produciendo cortes más frecuentes y más profundos¹⁰².

En relación con lo anterior Hawton (1995) observo que en la autolesión se incrementaría el número de Beta- endorfinas y estos tendrían un efecto similar que los opiáceos, al hilo de estas teorías adictivas de la conducta autolesiva Machain (2001), establece que el hecho de cortarse es comparable con la adicción a las drogas: la beta endorfina liberadas produciría un efecto similar a la “euforia del subidón” que se produce en el consumo de cualquier estupefaciente.¹⁰³

Según otros estudios, se lanza la hipótesis de que una disminución de los niveles de colesterol produciría una disminución de la concentración de serotonina cerebral, desembocando ello en un aumento de la conducta autolesiva.

Según otros trabajos, se ha llegado a proponer que un bajo colesterol total especialmente en hombres era un factor de riesgo de intento suicida.

Así mismo, otras hipótesis hablarían de la relación del colesterol como precursor de sustancias endógenas como los neuroesteroides que pueden inducir una acción liberadora de la ansiedad.

¹⁰¹ Altamirano, 2002.

¹⁰² Altamirano, 2002.

¹⁰³ Casadó Marín y Roca Girnoa, 2011.

Finalmente, y desde una perspectiva genetista, se ha llegado a indicar que en estas conductas estarían implicados los genes involucrados en la promoción del transporte de serotonina (5-HTTLPR).

Probándose que en pacientes con el mismo diagnóstico psiquiátrico, los genotipos que tenían el alelo S eran más frecuente en los que se autolesionaban.

Según otros investigadores la variación alélica (A779C) del gen de la triptófano hidroxilasa es más frecuente entre los que se provocan autolesiones.

II.7.1.1. MODELO COGNITIVO CONDUCTISTA

Desde el punto de vista cognitivo conductual se proponen cuatro tipos de pensamientos mal adaptativos detrás de las autolesiones.

- Las autolesiones son aceptables.
- El propio cuerpo y uno mismo es despreciable y merece castigo.
- La acción es necesaria para reducir sentimientos displacenteros.
- Las acciones varían necesariamente para comunicar los sentimientos.

Siguiendo el estudio que el Doctor Miguel Ismael Marin Tejeda¹⁰⁴ realiza sobre la terapia de adolescentes que se autolesionan sugiere que la autolesión es reforzada negativamente a través de la reducción de estados emocionales aversivos, displacenteros.

Se propondría que la persona con autolesión presenta una serie de particularidades como son en esencia una tendencia a la evitación ante situaciones emocionalmente inasumibles, de este modo y como consecuencia la autolesión se perpetúa debido a:

-Efecto paradójico de la evitación / escape con incremento de estrés y facilitando su continuación.

- Fracaso para eliminar la respuesta afectiva aversiva.

- Conducta guiada por reglas verbales poco flexible y búsqueda de alivio inmediato.

- Habitación que genera persistencia y disminución en la percepción del dolor.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Marín Tejeda, 2013.

¹⁰⁵ Heath y Nixon, 2009, p. 143-170.

Pero además de este modelo que pone énfasis en el elemento de reforzamiento negativo se proponen que actúan en menor medida otras tres funciones:

- 1) El reforzamiento positivo automático, es decir, cuando la autolesión genera un estado fisiológico/psicológico deseable, positivo; esta función se denomina también: generación de emociones/sensaciones.
- 2) Reforzamiento social positivo, que ocurre cuando la autolesión genera atención, cuidado, afecto de otras personas, en este caso, este comportamiento puede tener intención de manipular y crear un efecto sobre el medio.
- 3) Reforzamiento social negativo, en este caso, la autolesión cumple la función de escapar de las demandas y obligaciones impuestas por otros.¹⁰⁶

Una orientación sobre las causas de las conductas autolesivas dentro de la esfera sexual ya fue apuntada por Woods¹⁰⁷ en 1988 cuando sugería que el hecho de autolesionarse puede ser el equivalente a la masturbación, o como significados percibidos como ambiguos en relación a la autosatisfacción: “al mismo tiempo que se produce una autogratificación sexual, se aplica el castigo al ser percibidas estas autosatisfacciones como conductas reprobables”.

Zila y Kiselica¹⁰⁸ sugirieron la idea de que este tipo de acción podía originarse como consecuencia de problemas de reconocimiento de la propia identidad sexual y corporal, y a conductas “mal” aprendidas por la incapacidad de controlar las fantasías sexuales, a cortarse en simulación al acto de castrarse, la sangre que brota de los cortes era percibida como saliendo de sus genitales.

Daldin¹⁰⁹ sugiere que entre numerosas pacientes, el proceso de quebrantamiento en el paso de “niña” a “mujer” que se produce con la menarquía puede no ser aceptado y desencadenar conductas autoagresivas en dónde la sangre adquiere un fuerte valor simbólico ligado con elementos de auto-destrucción y miedo.

Tales pensamientos se pueden considerar perturbados en relación a la vivencia de la menstruación primera y crear confusión acerca de su identidad sexual con experiencias de disociación y despersonalización.

Estos autores apuntaron que algunos/as de los pacientes sentían que necesitaban castigarse por sus sentimientos y comportamientos sexuales. Hay que puntualizar que dichas vivencias en su mayoría fueron unas respuestas a historias de abuso sexual cometidos por miembros de su propia familia.

¹⁰⁶ Heat y Nixon, 2009, p. 143-170.

¹⁰⁷ Woods, 1988, p. 51-60

¹⁰⁸ Zila y Kiselica, 2001.

¹⁰⁹ Daldin, 1990, p. 279-293.

“La autolesión satisfacía sus necesidades físicas y sexuales, puesto que habían aprendido que la conducta sexual llevaba implícita violencia”.

Siguiendo el hilo del trasunto sexual como génesis al hecho autolesivo, Parfitt¹¹⁰ describe muy gráficamente como el deseo de los autolesionadores de castigar su cuerpo al objeto de escapar y apartar pensamientos, sentimientos y deseos sexuales y como respuesta a la traumática experiencia que padeció. Propone en consecuencia que en la base de ello encontraríamos un soporte sadomasoquista en donde la acción de automutilarse de alguna forma retornaría al suceso traumático de la agresión de abuso sexual pasado, dentro de la esfera sadomasoquista también se enfatiza la importancia de un desarrollo sexual inadecuado y el anormal descubrimiento de la sexualidad en la infancia y adolescencia.¹¹¹

Desde un punto de vista estacional, Keith Hawton¹¹² que apreció que el estrés escolar parece ser un factor importante en el desarrollo de la acción corporal autolesiva en jóvenes y adolescentes, pues bien, la incidencia de la autolesión disminuiría en julio y septiembre y también en los periodos vacacionales escolares como Navidad y Semana Santa.

En las instituciones cerradas como son los centros penitenciarios, el hecho autolesivo aumenta en los meses de verano, quizá debido a las altas temperaturas y a la disminución de las actividades y falta de personal que se encuentra de vacaciones.

II.7.1.2. LA AUTOLESIÓN COMO REMEDIO SINTOMÁTICO

Es posible obtener algunos niveles moderados de tensión y ansiedad con métodos como actividad física, meditación y ejercicios de relajación, pero cuando se alcanzan niveles patológicos de tensión y de ansiedad ninguno de estos métodos tiene mucho efecto, en este contexto es donde un acto de autolesión puede resultar eficaz en la reducción de la tensión y de la ansiedad¹¹³. Se relaciona con la teoría problemática de la energía psíquica, esta teoría sostiene que el sistema mente-cerebro funciona mejor dentro de cierta gama de niveles de tensión. Si el nivel es demasiado alto, el sistema mente-cerebro funcionará automáticamente para privarse de cantidades de excitación. Cuando los pacientes tensos se cortan, de hecho, describen a menudo el resultado en palabras por ejemplo, " es como abrir una olla " o, es como hacer estallar un balón".¹¹⁴

Abundando en esta metáfora de autolesión- liberación, algunas personas que se autolesionan, no se cortan, sino que se queman. Esto no provoca sangre pero, Favazza¹¹⁵

¹¹⁰ Parfitt y Eston, 2005, p. 1791-1797.

¹¹¹ Casadó Marín y Roca Girona, 2011.

¹¹² Hawton, Zahl y Weatherall, 2003, p. 537-542.

¹¹³ Favazza, 1996.

¹¹⁴ Favazza, 1996.

¹¹⁵ Favazza, 1996.

plantea que el procedimiento es eficaz porque la tensión escapa lentamente fuera de sus cuerpos en el líquido causado por la quemadura. De hecho, una ampolla llena de fluido sirve como válvula de seguridad que pueda ser abierta cuando sea necesario.

La autolesión podría ejercer efectos terapéuticos, sería el lanzamiento catártico de la rabia, y al simbolismo asociado a la formación de tejido de la cicatriz, el tejido de la cicatriz indica que ha ocurrido la cura, el cortador, en efecto, realiza una clase primitiva de cirugía del yo con la evidencia tangible de la cura”.¹¹⁶

Es importante resaltar que la autolesión puede ocurrir en respuesta a alucinaciones o a pensamientos intenso intrusos. Las voces pueden ordenar a personas psicópatas que se mutilen, o las visiones se pueden interpretar para indicar que la autolesión es necesaria.¹¹⁷

Otro aspecto de la cuestión, se produce respecto a las personas que padecen de desorden de la personalidad limítrofe, estas pueden sentirse solos o no queridas. En tiempos de desesperación debido a la soledad, el rechazo percibido por otros, y los miedos de la separación, estas personas encuentran su alivio en la autolesión.

II.7.1.3. EL MODELO PSICODINÁMICO

FACTORES PSICOLÓGICOS

Los pacientes que se autolesionan presentan dificultad en el control de impulsos, inestabilidad emocional, autoestima baja y la dificultad de poder expresar sus sentimientos y emociones negativas en forma verbal, Tienen una insaciable necesidad de aprobación, vinculación, afecto, carencias en el control de impulsos e hipersensibilidad a la opinión de los demás Estos individuos no desarrollan hábitos o destreza para autocuidarse, o bien sienten que merecen castigo. Como no logran calmar su ansiedad, incurren en conductas de autolesión así la autoagresión se convertiría en una estrategia para regular sus emociones.

Siguiendo a diversos autores como entre ellos Carlos Francisco Vásquez Contreras¹¹⁸ en su tesis Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de lima por la universidad pontificia católica del Perú, menciona los diferentes modelos de Favazza.

Klonsky¹¹⁹ encontraron a partir de la revisión de las explicaciones teóricas de las autolesiones, realizada por Suyemoto¹²⁰, se pueden hallar siete modelos que explican su función.

¹¹⁶ Favazza, 1996.

¹¹⁷ Favazza, 1996.

¹¹⁸ Vásquez Contreras, 2011.

¹¹⁹ Klonsky, 2005.

Un primer modelo que se llama modelo ambiental

El motivo principal en este modelo sería el de manipular o influenciar a individuos de su ambiente; la autolesión podría considerarse así como un grito de ayuda, un medio para evitar el abandono o un intento para ser tomado más en serio.

Según este modelo, (el ambiental) las variables ambientales serían los mediadores en la génesis y mantenimiento de la autolesión. Según este modelo las respuestas positivas del ambiente inmediato (atención, cuidado, preocupación) refuerzan tal comportamiento a la vez que colocan la responsabilidad del conflicto emocional fuera de la persona, quien aprende a manipular y controlar el ambiente a través de la autolesión.

Un segundo modelo sería el del autocastigo siguiendo a Linehan¹²¹, que los autolesionadores lo han aprendido de sus ambientes a castigarse o invalidarse a ellos mismos.

Los autolesionadores suelen tener una estructura de personalidad borderline o fronteriza con características depresivo-masoquistas y auto destructividad primitiva.¹²²

Teniendo en cuenta la abundante información en la literatura que parece confirmar que las personas que se autolesionan han padecido de abuso físico o sexual en su infancia; tendría como corolario el que este aprendizaje ocasiona más adelante conductas masoquistas con conductas castigadoras de sí mismos.¹²³

“Un tercer modelo sería el denominado antisuicidio. Este modelo propone que las autolesiones estarían expresando deseos destructivos y suicidas, sin tener un riesgo de muerte. Por lo tanto estaría funcionando como reemplazo del deseo de cometer un suicidio.”¹²⁴

El cuarto modelo sería el sexual, algunos autores estiman que las autolesiones tendrían un componente de autocastigo por impulsos sexuales o por culpa edípica; parece evidente además por otros estudios una correlación entre abusos sexual sufrido y autolesiones.

Favazza¹²⁵ sugiere que muchas mujeres que se autolesionan suelen expresar desagrado referido a la menarquía, a la menstruación y a las relaciones sexuales, agrega además que en cuanto a los hombres que muchos de ellos que se autolesionan suelen tener dificultades en cuanto a su identidad sexual, tanto los dos géneros suelen expresar culpa sexual, por haber sufrido abusos sexualmente de pequeños. McLane¹²⁶, plantea que las personas que han sufrido abuso sexual por la incapacidad de hablar de la

¹²⁰ Suyemoto, 1998, p. 531-554.

¹²¹ Linehan, 1993a.

¹²² Carr, Goldstein, Hunt y Kernberg, 1979, p. 582-590.

¹²³ Chapman, Gratz y Brown, 2006, p. 371-394.

¹²⁴ Menninger, 1935 citado en Klonsky, 2005

¹²⁵ Favazza, 1996.

¹²⁶ McLane, 1996, p. 107-118.

situación de abuso, utilizan “el lenguaje verbal, a través de su cuerpo” que puede adoptar la forma de autolesión.

El quinto modelo sería el de la regulación del afecto, sería así según algunos autores, una estrategia de regulación emocional mal adaptativa ante malestares emocionales vividos como particularmente intensos.

El sexto modelo sería el de la disociación, según este los episodios de disociación serían debidos a las emociones intensas que los autolesionantes suelen sentir, la autolesión rompería así un estado disociativo perturbador.

El hecho de ver sangre o de sentir dolor, serían maneras de salir de los episodios disociativos, esta sensación de adormecimiento que se producen en la disociación sería contrarrestada por la autolesión que los llevaría de nuevo a experimentar una sensación, “un volver a sentir”.

Finalmente el séptimo modelo propuesto sería el de los límites interpersonales.

Ello explicaría las autolesiones como una manera de afirmar los límites de sí mismo, debido a que la piel es el tejido que nos delimita de los otros y del ambiente, el marcarla con una autolesión sería una forma de afirmar la propia identidad.

Otras veces el adolescente podría vivir su nuevo cuerpo como una especie de depositario de lo repudiado, si en la infancia y primera adolescencia vivió la experiencia con los adultos de un modo insatisfactorio, así de este modo el propio cuerpo sería el objeto de sus impulsos agresivos.¹²⁷

Lina Cristina Casado Marín, Universitat Rovira i Virgili, en su tesis doctorado los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. Acciones autolesivas corporales en jóvenes, ha dado especial importancia al modelo psicodinámico en varios de sus comentarios:

Springer y Leithner¹²⁸ apuntaron como los hombres y mujeres expresan de forma distinta las autolesiones: mientras los hombres canalizan hacia afuera sus actos perversos, las mujeres tienden a hacerlo contra sí mismo o contra lo que consideran su propia creación.

Para Briere y Gil¹²⁹ los principales motivos de autolesionarse: escapar de la soledad, aliviar pensamientos negativos, liberar tensión, superar su incapacidad para sentir, calmar el enfado, comunicarse, castigarse a uno mismo en lugar de a los otros y regular las propias emociones.

¹²⁷ Fernández Mouján, 1986.

¹²⁸ Springer-Kremser, Leithner, Fischer y Löffler-Stastka, 2003, p. 109-114

¹²⁹ Briere y Gil, 1998, p. 609.

Según estos autores la autolesión permitiría reducir el dolo psicológico, expresar emociones que ha sido incapaz de expresarla verbalmente y le proporciona sentimientos de control sobre la propia vida.¹³⁰

Para Austin y Kortum¹³¹ entre un 35% y un 80% de los autolesionadores, padecían también trastorno de la conducta alimentaria y debe ser interpretada como el deseo de acabar con el cuerpo.

Para Yip, Ngan y Lamb¹³² el objetivo de la autolesión es controlar, regular las emociones cuando la expresión verbal no es posible.

Abundando más en la misma orientación que describía Lina Cristina Casado Marín, White, McCormick y Kelly¹³³, tras un extenso trabajo de campo, concluyeron que esta conducta está relacionada con una incapacidad manifiesta para expresar los sentimientos propios por temor a los conflictos que ello pueda suponer, y perciben que su rabia sería incontrolable, destructiva y expresan su frustración a través de las autolesiones en sus cuerpos.

II.7.1.4. DESARROLLO DE CAPACIDADES E INVALIDACIÓN

La gente que se auto-lesiona no desarrolló tres capacidades importantes¹³⁴:

- La habilidad de tolerar emociones fuertes.
- La habilidad de mantener un sentido de auto-valoración.
- La habilidad de mantener la sensación de conexión con otros.

Deiter, Nicholls y Pearlman (2000)¹³⁴ hacen notar que cuando a los “niños se les avergüenza o reciben castigo, o respuestas violentas en lugar de palabras sensibles” no logran internalizar que los demás son cariñosos y les impide un cierto sentido de conexión con otros.

“La habilidad para percibir, tolerar e integrar emociones fuertes no se puede desarrollar del todo cuando los sentimientos intensos que uno tiene son recibidos con castigo, incredulidad o burla”.

¹³⁰ Casadó Marín y Roca Girona, 2011.

¹³¹ Austin y Kortum, 2004, p. 517.

¹³² Yip, Ngan y Lamb, 2003.

¹³³ White, McCormick y Kelly, 2003, p. 220-229.

¹³⁴ Deiter, Nicholls y Pearlman, 2000.

“Tener la sensación que algunos sentimientos no son aceptables ni permitidos también imposibilita desarrollar esta habilidad.”

Además la propia autoestima y sentido de valor, no se pueden desarrollar convenientemente cuando el niño siente que nunca es lo suficientemente bueno, y que sus logros son recibidos con silencio o con palabras duras y críticas.

Todas estas condiciones se encuentran en ambientes que propician la invalidación de la persona, lo cual ha sido relacionado con el uso de la auto-lesión en el futuro.

Por último siguiendo a Haines y Williams¹³⁵, el autolesionador parece optar por la evasión en el manejo de situaciones estresantes percibiendo entonces menos control sobre las opciones para enfrentar el problema. Este sentimiento de impotencia puede derivar con posterioridad en una especie de invalidación crónica que experimentan muchos auto-lesionadores” (ASeFo).

Suyemoto y MacDonald¹³⁶ hablaron de la expresividad emocional en las autolesiones en mujeres, según esto la autolesión surgía de la necesidad de expresar dolor que no serían capaces de expresar de ninguna otra manera.

Suyemoto y MacDonald¹³⁷, estudiaron la autolesión en un contexto clínico de asociación y despersonalización.

En la disociación la autolesión sería la forma que permitiera retornar a la conciencia a través del dolor, en una despersonalización permitiría reconectar al individuo con su propio cuerpo a través de la sangre que brote de las heridas (ASeFo).

II.7.1.5. PSICODINAMIA

Ya Freud en 1915 trata sobre las causas de la autolesión dentro de su enfoque psicoanalítico e indicando que en estas personas existe un gran monto de agresión que no está pudiendo ser descargada en el objeto real causante como familiares u otras personas, ya que dicho sentimiento suele ser inaceptable para estos individuos Sin embargo, por medio de la autolesión pueden llegar a desquitarse de los objetos originarios sin mostrar directamente su hostilidad hacia ellos, ya que dicho enojo se retira del exterior para volcarse sobre sí mismo como un objeto sustituto.

Siguiendo este mismo enfoque psicoanalítico para M. Mahler¹³⁸, es la madre quien introduce al niño en el mundo y quien va preparando al niño para poder separarse

¹³⁵ Haines y Williams, 1997, p. 177-186.

¹³⁶ Suyemoto y MacDonald, 1995, p. 162.

¹³⁷ Suyemoto y MacDonald, 1995, p. 162.

de la madre y construir su propia identidad, así según él, cuando el niño no es capaz de adaptarse a la nueva situación o la madre dificulta este desarrollo, surgen patologías y conductas que limitan el desempeño óptimo del ser humano, es posible pues, que en la biografía de los individuos que se autolesionan, tuvieron madres que no fueron capaces de fomentar el distanciamiento óptimo y la autonomía necesaria durante las fases de ejercitación y acercamiento, serían madres que generan cierta ambivalencia en el momento de la separación.

Profundizando más aun en este nexo madre/hijo – autolesión; cuando la madre no es suficientemente capaz de poder contener al bebe de la manera que él lo necesita entonces los objetos transicionales que van a desarrollar no solo el yo si no el ‘no yo’, pueden no presentarse de la manera adecuada, como sustitutos temporales de la ausencia materna, ya que el niño demandara la presencia física y aprobación de la madre original.

Como consecuencia, se produciría en el niño una incapacidad para poder elaborar satisfactoriamente las representaciones del yo, del objeto y de las realidades externas, condiciones que necesariamente están presentes en las personas que se autolesionan.

Por otra parte, el niño es una personalidad cambiante que necesita recibir afecto, comprensión, seguridad, y disciplina, y necesita también ser estimulado por la aprobación y éxito social, Esto es precisamente lo que proporciona especialmente la madre en los primeros meses, posteriormente la familia y el ambiente. Así el rol de la madre es especialmente importante, este rol se encuentra disminuido en la mayoría de las madres de jóvenes que se autolesionan¹³⁹.

Del mismo modo, las familias de las personas que presentan este tipo de conductas, no permiten la expresión del impulso agresivo, al contrario lo castigan, como resultado se contiene la agresividad, observando rigidez y excesivo control, ello traería como consecuencia según Winnicott¹⁴⁰ la creación de un falso self con una pérdida de espontaneidad.

De este modo, la agresividad contenida crearía conflictos en el individuo, el odio que se generaría en determinadas situaciones podría aparecer de un modo descriptivo hacia sí mismo, al ser imposible liberar el impulso agresivo hacia el exterior y más aun guardarlo en el interior por el excesivo sufrimiento emocional que ocasiona.

Por último señalar con Spitz¹⁴¹ que cuando la actividad motriz es inhibida gravemente en la infancia, todas las formas de agresión hacia el exterior son bloqueadas, por lo que la agresión suele tener otro destino, dirigiéndose fácilmente a sí mismo en conductas autolesivas.

¹³⁸ Mahler y Kaplan, 1977, p. 71-85.

¹³⁹ Winnicott, 1995, p. 45-53.

¹⁴⁰ Winnicott, 1975.

¹⁴¹ Spitz, 1953.

II.7.1.6. LA PIEL

La piel puede entenderse como una barrera que anticipa en el organismo la complejidad del yo en el plano psíquico, particularmente es el lugar donde en el niño permanecen las sensaciones de un modo indiferenciado; mas aun mantiene el equilibrio de nuestro medio interno contra las perturbaciones provenientes del exterior, dejando marcados en forma de cicatrices la marca de estas perturbaciones.

Es precisamente por esta cualidad de marca y equilibrio con el interior, que tiene grandes repercusiones psíquicas sobre el sujeto, atrayendo tanto las pulsiones narcisistas como sexuales y marca el comienzo de la vida psíquica interna.

El término yo-piel es una figuración de la que se sirve el niño en las fases precoces del desarrollo para representarse a sí mismo como yo. Con sus implicaciones psíquicas.

Estas experiencias (de la piel del niño) tienen su origen más temprano en dos funciones fundamentales de contacto con la madre, la primera tiene que ver con la excitación / afecto, la segunda tiene que ver con la información que la madre obtiene y da al infante para satisfacer sus necesidades, estos dos tipos de contacto, al principio de la vida permanecen indiferenciados para el bebe.

Siguiendo este modelo en las personas con conductas autolesivas, pudiendo haber una agresión o un estado en donde no existe una diferenciación clara entre el mundo externo y el interno.

Biven¹⁴², comenta también como el contacto con la piel de la madre está íntimamente relacionado con el desarrollo del yo, según este autor, las distorsiones en este aspecto pudieran traer consecuencias graves en el desarrollo emocional, teniendo consecuencias futuras relacionadas con el deseo de un retorno a esa fase simbiótica con la madre, negándose a la separación, lo que proporcionaría una gran angustia ante la posible pérdida del objeto amado.

¹⁴² Biven, 1982.

II.7.1.7. LAS RELACIONES DEL OBJETO

Las personas que tienen conductas autolesiones frecuentemente generan relaciones en donde se tiene la necesidad del otro, pero al mismo tiempo teme la excesiva proximidad, relacionando con mensajes percibidos en la infancia tranquilizadores aparentemente: “si permanecerás junto a mí, no te ocurrirá nada desagradable”.

De este modo, la angustia predominantemente es de pérdida del objeto, percibiendo que uno puede hundirse si el objeto se pierde, es por ello que el sujeto puede presentar conductas autolesivas de manera desesperada.

En este sentido hay veces en que debido a conductas contradictorias de los padres no se produce un desarrollo del súper yo, es por ello que se planteó que las conductas de autolesión estaban más bien relacionadas con un proceso más primitivo, en donde la falta de verbalización, lleva al individuo al acto que se vincularía con la fantasía de volver a estar unido con la madre.

En general, el paciente con estas conductas tiende a la inestabilidad en la mayoría de sus relaciones interpersonales, periodos de unas relaciones afectivas con idealización a las personas protectoras, con sentimientos encubiertos de inseguridad y temor de pérdida del apoyo y protección que aumenta al observar la falta de afectividad emocional,

Así se producen sentimientos intensos de ansiedad, ira y tristeza. Esto lo hace pensar ser una persona maltratada y despreciada, y esto genera odio con actos autolesivos. Después la persona pasa por un período de sentimiento de vacío y aburrimiento, que cesa cuando se reconcilia con el ser apreciado o cuando encuentra una nueva relación para idealizar y repetir el ciclo.¹⁴³

¹⁴³ Luz María Huerta. (2013).

II.7.1.8 YO Y MECANISMO DE DEFENSA.

El yo en las personas que se autolesionan es débil. Con fallos severos en el control de impulsos, autocontrol emocional y desregulación afectiva, incluyendo sentimientos de vacío, falta de estabilidad del sentido de si mismo e impulsividad; con altos niveles de ansiedad e impulsividad para sublimar y ocupar mecanismos mas diferenciados.

En cuanto a su perfil patológico presenta rasgos narcisistas con incapacidad de mantener el ‘self’ y activación de mecanismos de defensa primitivos apreciándose también una devaluación de su persona, menor autoestima , se devalúa a sus objetos sin razón aparente para después idealizarla para después volver a devaluarla. Utilizándose como mecanismos de defensa la disociación, la negación, la escisión y la identificación proyectiva; (Friedman, 1987).¹⁴⁴

A dichos sujetos, utilizan la agresión como respuesta incontrolada a una herida de la imagen narcisista de si, el odio es el rechazo de aquel que sostenía y ahora ha dejado de sostener y lo humilla o desvaloriza, no le alcanza la palabra, necesitan gratificaciones reales y son insaciables a estas.

Ante la frustración narcisista puede provocar angustia y agresividad como respuesta o reacción de un yo amenazado en su integridad, que procura reestructurar la imagen de si del sujeto elevándolo a un plan de superioridad y fuerza. La autolesión ocasionada por frustración narcisista realiza una introyeccion al propio sujeto el odio al otro y la agresividad se vuelca contra si mismo.

.

¹⁴⁴ Friedman, R. C. and Corn, R. (1987).

II.7.1.9. CONCEPTOS DE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA RELACIONADOS CON LA AUTOLESIÓN

MÁS ALLÁ DEL PRINCIPIO DEL PLACER

Surge un concepto importante rodeando al fenómeno autolesivo y como trasunto psicoanalítico, y este es el de pulsión. La meta de la pulsión es la satisfacción, incluyendo al cuerpo, no incluye al otro, y si lo incluye es como objeto. La pulsión se esfuerza hacia un retorno de alguna satisfacción específica que fue reprimida en un estado anterior “repetición”, o bien hacia la satisfacción por vías o caminos distintos “sublimación”. Freud veía la pulsión como algo que permitía el desarrollo, pero por otro lado, existe algo en la pulsión que deja al sujeto petrificado en un punto, dicha pulsión va más allá de la moral y de la ética, lo empuja y lo mueve al sujeto, pero no es inteligente.¹⁴⁵

Mencionar que en la pulsión hay una satisfacción a medias, puede satisfacerse en el momento, pero pasado un tiempo se busca algún otro objeto que lo satisfaga.

Firestone y Seiden¹⁴⁶, proponen que la autolesión es un sustituto del suicidio, permitiendo conjuntar de esta manera los afectos y acciones negativos hacia uno mismo y al mismo tiempo crear una ilusión de dominio sobre la muerte.

Dentro de la esfera sexual; la autolesión como acción distorsionadora servía como solución a la expresión de pulsiones en conflicto; gratificación sexual y castigo por sentimientos sexuales¹⁴⁷.

Subyacen a este problema edípicos y por tanto de naturaleza sexual. Desde este aspecto psicoanalítico, el sujeto se muestra como desequilibrado, en un conflicto permanente por un lado la pulsión de autoconservación relacionada con las necesidades biológicas “hambre, sed, sexualidad” y por otro lado se tiene a la pulsión de muerte que se manifiesta expresa en conductas de destrucción.

Estas pulsiones no solo serían necesarias, sino que no podrían operar aisladamente: no está solo la pulsión de muerte porque para ella se necesita de la vida.

La noción de que el sujeto se mantenga en equilibrio perfecto, aislado y que nada le turbe también podríamos considerarlo que en algún punto es como la muerte,

Es entre estas pulsiones de vida o muerte donde se ubicaría el fenómeno de la autolesión. Con la peculiaridad si bien son conductas que van en contra de la autoconservación del sujeto, de hacerse daño, tampoco apuntarían en este caso hacia la destrucción total de la vida, de matarse.

¹⁴⁵ Freud, 1985.

¹⁴⁶ Firestone y Seiden, 1990, p. 207-213

¹⁴⁷ Suyemoto, 1998, p. 531-554.

II.8. LA AUTOLESIÓN COMO SEÑAL DE IDENTIDAD

La adolescencia implica “dejar atrás la niñez y adaptarse a la vida adulta”, Castillo¹⁴⁸, es una etapa crítica y fundamental en la vida de los sujetos con cambios importantes a niveles físicos, biológicos, psicológicos y sociales e importantes transformaciones básicas a nivel de la identidad en general, que influyen de manera significativa en su conducta. Este proceso es vivido de manera intensa ya que las transformaciones sufridas afectan a la parte más básica de la identidad, que es el cuerpo, se deben llevar a cabo los ajustes mentales necesarios para modificar la imagen que ha adquirido de sí mismo en su incesante búsqueda de su entidad.

Es fundamental que en este período de la vida, los sujetos logren definir su sexualidad y alcancen unas bases ideológicas firmes que le ayuden a establecer una identidad personal sólida con confianza en sí mismo.

El camino que deben recorrer los adolescentes para encontrar su identidad personal suele estar marcado por un cúmulo de experiencias afectivas, intensas y cambiantes ya que en esta etapa aparecen sentimientos contradictorios al contemplar su cuerpo y ver que no se corresponde con el cuerpo que había soñado tener al llegar a la edad adulta.

Los adolescentes, al no tener el cuerpo deseado, este hecho se convierte “en el eje central de su vida” provocándole la aparición de emociones intensas y en muchos momentos frustrantes con la sensación de no control sobre su cuerpo, en tanto que este se transforma según determinantes genéticos que los adolescentes no pueden controlar.

Por tanto, como hemos referido anteriormente, la identidad en general del individuo se modifica durante el período de la adolescencia en la cual aparece los conflictos emocionales que tienen como consecuencia que el adolescente se centre en sí mismo y pase a vivir una etapa egocéntrica en la cual todas sus emociones cambiantes y conflictivas unidas a un incremento de los impulsos sexuales se dirigen hacia sí mismo. Estos conflictos deben resolverse en esta etapa de la vida para que no tengan un carácter prejudicial para el individuo. Para Anna Freud (1946), “la adolescencia es una etapa de conflictos psíquicos entre el yo y el superyó que batallan abiertamente”

En caso contrario, es decir, si estos vaivenes emocionales no se resuelven debidamente, pueden ser la razón de que algunas personas comiencen a autolesionarse en esta etapa de la vida, ya que además suele aparecer otras ciertas necesidades no satisfechas, como la necesidad de afecto y realización personal, la necesidad de independencia, la necesidad de relación social y la necesidad de identidad personal firme.

¹⁴⁸ Castillo, 2009

II.8.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los humanos han utilizado la piel, el cuerpo, para comunicar la pertenencia a un grupo o para comunicar estatus, en definitiva, para mostrar su identidad personal.

Los sujetos que se autolesionan, en muchos casos, han crecido en un entorno no adecuado por lo que a lo largo de su desarrollo aparecen desequilibrios, que conducen a estos sujetos a utilizar la autolesión pero de forma que ocultan a los que le rodean la utilización de esta práctica y la ocultan porque consideran que las personas que les rodean no la van a comprender ni aceptar, en tanto que el motivo de su autolesión es comunicar su malestar emocional interno provocado por el ambiente hostil en el que se desenvuelve.

Existe sujetos que se auto dañan a sí mismos, es lo que se llama autolesiones aprendidas o copiadas ya que en estas ocasiones los jóvenes se lesionan porque lo han escuchado o porque lo han visto en una película.

Cuando la autolesión es aprendida, el sujeto puede estar buscando un referente que le permita pertenecer a un grupo. Esta forma de autolesión puede ser una señal de identidad.

Para Pedro Oliver¹⁴⁹ es importante tener en cuenta que hay individuos que muestran su experiencia corporal de la cárcel enseñando sus huellas de autolesión de forma muy clara, así como las cicatrices que en otros casos puede ser símbolo de rebeldía o de pertenencia al grupo.

Casi todos los que se autolesionan tienen en común su confusión de identidad y de género; algunos refieren fuertes deseos de ser miembros del sexo opuesto, aunque esto no significa que sean transexuales. En otros muchos casos, las autolesiones reflejan el odio a su cuerpo y la insatisfacción a sí mismos.

¹⁴⁹ Oliver Olmo, 2009.

II.8.2. LA AUTOLESIÓN Y EL SUICIDIO

SUICIDIO VS. CONDUCTAS AUTO AGRESIVAS

El suicidio es definido por la OMS¹⁵⁰ en 2010 como “el acto deliberado de quitarse la vida”, etimológicamente proviene del verbo caedere y del pronombre sui (darse muerte a sí mismo)¹⁵¹.

Se trata de un acto con resultado letal y realizado por el sujeto de forma voluntaria, premeditada y impulsivamente.

El suicidio se contempla a menudo como la solución permanente de un problema pasajero.

Favazza¹⁵² en 1998 distinguía la autolesión del suicidio, la persona que realmente intenta suicidarse busca terminar con toda emoción, en cambio, la persona que se autolesiona, busca sentirse mejor.

La autolesión no presenta la crueldad del corte que se observa cuando alguien intenta dañarse severamente, como podrían ser ciertas acciones enmarcadas en lo que se denomina intento de suicidio. Y, a pesar de ser una tentativa, es una acción a la que hay que prestarle mucha atención, aunque a simple vista no se trate de un intento de dañarse inexorablemente o de suicidarse.

Esta práctica autolesiva puede derivar en algo más grave. Me refiero a que puede ser el inicio de una conducta mucho más perturbadora, para sí mismo o para la familia pues, a lo mejor, se está frente a un trastorno de la personalidad. O, incluso, simplemente haya que prestarle atención porque el desmanejo de una lesión de estas características puede generar una infección de magnitudes impredecibles.

La definición del suicidio significa por supuesto que el término suicidio se aplicaría solo en caso de muerte, en ocasiones la conducta autodestructiva, huelgas de hambre o la negativa a tomar medicación vital deberían considerarse también suicida si la muerte es el resultado final.

Se considera intento de suicidio a toda acción autoinfligida con el propósito de generares un daño potencialmente letal, estas ideas suicidas abarcan un gran abanico. Pueden tratarse de ideas fugaces o bien planeamientos bien meditados y organizados.

Stengel y Cook¹⁵³ distingue entre intentos de suicidio de tentativas de suicidio. En el primer caso hay una intencionalidad autolitica pero fallos en la metodología por lo

¹⁵⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010.

¹⁵¹ Altamirano, 2002

¹⁵² Favazza, 1998, p. 259-268.

¹⁵³ Stengel y Cook, 1961, p. 1011-1019.

que no se llega a un final letal, en la tentativa del suicidio no hay deseo de muerte si no un actitud de manipulación.

Kessel en 1963 propone remplazar el termino de “tentativa de suicidio” por la de “autoagresión deliberado”.¹⁵⁴

Kresman en 1977 introduce el término para suicidio como acto no letal en el que el individuo de forma deliberada inicia una conducta no habitual en la que se autolesiona y donde el objetivo es producir cambios que el sujeto desea por medio de las consecuencias actuales o esperadas.¹⁵⁵

La mayor parte de los investigadores piensan que la gente que se hace daño generalmente no tiene la intención de morir como resultado de sus actos sino que buscan un alivio a su malestar.

Van der kolk¹⁵⁶ en 1991 refiere que intentos de suicidio que no producen alivio, no suelen repetirse pero esto no significa que tengan un valor comunicativo menor.

Dado todo lo escrito de las conductas autolesivas, unas pueden ser incluidas en los términos de (tentativas suicidas) de Stengel, (parasuicidio de kresstman o las conductas suicidas de la OMS lo que genera una gran confusión a la hora de delimitar dichas conductas.¹⁵⁷

Las conductas autolesivas generalmente se producen por una necesidad de disminuir tensiones psíquicas, estas lesiones en general no ponen riesgo la vida siendo de esto consiente el paciente por lo que podríamos hablar de (autoagresión deliberada) que se utiliza comúnmente en EEUU (“delibérate selfharm”) para indicar lesiones corporales sin intención suicida.

Solomon y Ferrand¹⁵⁸ en 1996 “referían que los actos de autolesión y suicidas se confunden, sus significado era distinto, la autolesión es una alternativa al suicidio, y es una alternativa preferente.

Otro aspecto importante, de esta conducta autolesiva, tiene que ver con la interpretación que se hace del hecho en sí mismo. Para el contexto (médicos, familia, amigos, docentes, otros) se trata de una reacción violenta, de autoagresión y de daño. Sin embargo, para el que se autolesiona se trata de la única respuesta que pudo encontrar para aliviar un padecimiento emocional insoportable.

Muchas de las personas que se autolesionan en realidad no quieren morir, de hecho, su conducta les ayuda a tolerar mejor el sufrimiento y disminuir sus deseos de morir, si las emociones no son manejadas correctamente al no tener mejores recursos, las posibilidades que intenten de una manera seria de quitarse la vida aumentarían notablemente.

¹⁵⁴ Altamirano, 2002

¹⁵⁵ Altamirano, 2002

¹⁵⁶ Van der Kolk et al., 1991, p. 1665-1671.

¹⁵⁷ Altamirano, 2002

¹⁵⁸ Solomon y Farrand, 1996, p. 111-119.

La autolesión les ayuda a encontrarse mejor, a dejar de sufrir, este sufrimiento psicológico puede llegar a extremos en los que la persona siente que no puede más y en lugar de autolesionarse opte por el suicidio.

Una autolesión puede ser letal dependiendo de muchos factores, método momento, dosis, etc.

Y un acto que no es un intento de suicidio puede llegar a provocarlo.

Existe un pequeño porcentaje de autolesionadores que terminan con sus vidas, ya sea a propósito o como efecto no planeado de un episodio extremo de autolesión un ejemplo el interno que quiso ahorcarse pensando que el funcionario le va a abrir la puerta de la celda a la misma hora todos los días, y que iba a salvarle pero aquel día no lo hizo.

Es muy difícil profundizar en las intenciones de la persona que responden a motivos distintos y a matices diferentes. En algunos casos en los que la persona presenta dificultad para gestionar sus recursos y capacidades y también presenta algún tipo de patología compleja, en estos la autolesión e intento de suicidio pueden coincidir en cuanto a la forma y son difíciles de discriminar.

Según Armando Nader y Ana María Morales¹⁵⁹ en su trabajo “Síndrome de Automutilación en Adolescentes” mencionan, que “en la ideación suicida hay un deseo de morirse, dormir o hacer una pausa”. Los sentimientos que predominan en la ideación o intentos de suicidio son de desesperanza, mientras que en la automutilación, son de rabia, angustia y vacío entre otros.

El suicidio es una solución definitiva a un problema temporal, mientras la autolesión es una solución temporal a un problema temporal. Obviamente es un mecanismo extremo, pero en muchos casos es su forma de mantenerse con vida.

Javier roca Tutusaus, Joan Guardia Olmos y Adolfo Jarne Esparcía¹⁶⁰ en una publicación sobre conductas agresivas en el ámbito penitenciario menciona que en una situación tan especial como prisión es posible que las motivaciones que generan las autolesiones y el suicidio sean muy diferentes en relación con las conductas del mismo sujeto cuando se encuentran en libertad¹⁶¹.

*Fulwiler, Forbes, Santangelo y Folstein*¹⁶² realizaron un trabajo en el que vieron que el suicidio estaba asociado con un trastorno afectivo en un 86% mientras que no superaba el 12 % en los automutiladores señalando, además que en estos últimos tenían un trastorno de hiperactividad infantil, en un 75% siendo esta solo del 6% en los internos con intento de suicidio.

¹⁵⁹ Nader y Morales, 2008, p. 21-28.

¹⁶⁰ Tutusaus et al., 2012, p. 116-128.

¹⁶¹ Dooley, 1990, p. 40-45.

¹⁶² Fulwiler, Forbes, Santangelo y Folstein, 1997, p. 69-77.

*A pesar de ello, McDonald y Thomson*¹⁶³ encontraron un porcentaje mucho más elevado en riesgo de suicidio de hasta tres veces en personas en custodia policial.

*Haycock*¹⁶⁴ ha estudiado también la influencia de la etnia, comprobándose una tasa de suicidio inferior en los internos de origen africano, que los hispanos, europeos o de origen anglosajón.

Muchas personas que se autolesionan realizan el acto de forma solitarias pero también puede ser participativo; tal como otras conductas compulsivas que pueden llegar a desarrollarse con un grupo de pares o ante la presencia de otros.

En cualquier caso intentos de suicidio anteriores es un dato revelador en la predicción de suicidio, sin olvidar la importancia que tiene el riesgo de suicidio en los toxicómanos, antecedentes psiquiátricos, y de autolesiones, reciente internación psiquiátrica o diagnóstico reciente de patologías graves.

En los diferentes estudios realizados en autolesiones en muestra de mujeres y hombres son distintos, en el caso de las mujeres los intentos de suicidio y las autolesiones se asocian más, las mujeres tienen una mayor intencionalidad suicida frente a los hombres que se autolesionarían más por protesta o como forma de afrontamiento del estrés.

En el medio penitenciario Lohner y Konrad¹⁶⁵ en 2006 realizaron una investigación con internos que habían llevado a cabo conductas autolesivas con conclusiones:

“La autolesión y el intento de suicidio deberían ser considerados como entidades separadas, y contradicen a quien ven ambos fenómenos como una entidad única”.

Existe una buena relación entre la depresión y los intentos de suicidio más que con las autolesiones, la autolesión conlleva una disminución de la ansiedad y de la angustia que la precedía, cosa que no ocurre en el intento de suicidio, por lo que después del mismo los síntomas depresivos se mantenían, los internos que intentan suicidarse son más mayores, sufren de pensamientos depresivos y de desesperanza, y muestran su conducta de manera menos clara, Suelen tener pocas faltas disciplinarias y esto puede provocar una falta de atención por parte de los profesionales, que le vean como un interno bien adaptado, mientras que los autolesionadores, se caracterizan por llevar a cabo conductas llamativas y visibles, muestran rasgos psicopáticos y llevan a cabo conductas autolesivas impulsivas sin experimentar dolor.”¹⁶⁶.

¹⁶³ McDonald y Thomson, 1993, p. 581-585.

¹⁶⁴ Haycock, 1989, p. 85-98.

¹⁶⁵ Lohner y Konrad, 2006, p. 370-385.

¹⁶⁶ López, Pont y Mejías, 2011.

Las causas de estos episodios son múltiples y se distribuyen en una amplia horquilla que incluye motivos judiciales, régimen carcelario, motivos clínicos y sociales. Además los episodios de autolesiones aparecen muy frecuentemente entre jóvenes antisociales en prisiones con diagnóstico de trastornos de personalidad.

II.8.3. PSICOPATÍA, AUTOLESIONES Y SUICIDIO

Diferentes autores han cuestionado el papel de la psicopatía en la conducta suicida, en 1996 *Cleckley*¹⁶⁷ refirió que la psicopatía (raras veces lleva a cabo conductas suicidas pero si observo conductas autolesivas vacías o falsas, premeditadas e histriónicas).

Otros autores relacionan el riesgo de suicidio con el trastorno antisocial de la personalidad.¹⁶⁸

Porter y Woodworth¹⁶⁹ no descartaron que estas conductas autolesivas tengan un carácter manipulativo y no sinceras en los psicópatas aunque pueden llegar a producirse heridas graves incluso la muerte, en estos casos siempre se debe valorar la posibilidad real de suicidio.

Lohner y Konrad¹⁷⁰, junto con otros expertos no encontraron diferencias significativas entre ambos tipos de conductas en la población con trastorno psicótico.

Aunque si consideraron que la psicopatía puede ser un factor de protección de intentos de suicidio “reales” con una puntuación más alta en psicopatía en relación con los intentos de suicidio menos serios.

Wool y Dooley¹⁷¹, asociaron los trastornos psicóticos con una letalidad mayor ya que, aunque la intencionalidad suicida pueda ser baja, estas personas, pueden provocarse lesiones graves.

¹⁶⁷ Cleckley, 1976

¹⁶⁸ Black, 1998; Black y Braun, 1998; Lester, 1998

¹⁶⁹ Porter y Woodworth, 2006, p. 481-494.

¹⁷⁰ Lohner y Konrad, 2006, p. 370-385.

¹⁷¹ Wool y Dooley, 1987, p. 297-301.

II.9. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN AUTOLESIONES

La autolesión no suicida es un comportamiento cada vez más común entre los jóvenes y adultos, se presenta con regularidad en la escuela secundaria, en el ambiente universitario, en los centros de reformatorio y en los centros penitenciarios.

En los últimos, en todos ellos existe protocolo de prevención de suicidio para detectar, prever y evitar los mismos, pero raramente los hay para evitar las autolesiones.

Es interesante detectar y trabajar con una persona con posible riesgo de autolesionarse, habitualmente después de la primera autolesión se suele establecer un protocolo para evitar las sucesivas posibles autolesiones pero rara vez esto se realiza antes de la primera autolesión y más teniendo en cuenta la relativa frecuencia de la incidencia de autolesiones en estos centros.

Aunque los protocolos y prácticas específicas tienden a variar considerablemente de un centro a otro, es diferente un protocolo para la escuela, que para los centros de menores, el reformatorio, o para la universidad, y especialmente para los centros penitenciarios.

Creemos que trabajar con una persona autolesionadora requiere de un compromiso a medio largo plazo, puede durar varios meses de trabajo. Las intervenciones a corto plazo no han probado tener éxito duradero con personas cuyos problemas subyacentes son variados.

II.9.1. ¿A QUIÉN VA DIRIGIDO?

El equipo sanitario, (médicos, enfermeros, auxiliares y otro personal de apoyo), por cuestiones obvias tiene que estar involucrado en el proceso y del mismo modo todo el equipo de tratamiento, (psicólogos, terapeutas, educadores, trabajadores sociales, educadores sociales, maestros y monitores), pero sería interesante no olvidarnos del contacto directo y permanente que tiene los funcionarios del interior con el interno con lo que a veces ellos podían ser los primeros en detectar el problema.

II.9.2. ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE QUE TENER UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA CONDUCTA AUTOLESIVA?

Los protocolos nos orientan a una determinada actuación unánime a las diferentes situaciones, además de distribuir las diferentes responsabilidades y obligaciones de los trabajadores involucrados como dice Walsh: "la ventaja de contar con un protocolo escrito es que el personal sepa cómo responder a la autolesión de forma sistemática"¹⁷². Tener un protocolo de actuación ante autolesiones es distinto al que se lleva a cabo ante suicidio, aunque existe algunos elementos y puntos en común, un protocolo de suicidio es un buen punto de partida para llevar a cabo protocolos ante conductas autolesivas no suicidas.

II.9.3. ¿CUÁL SON LOS PRIMEROS PASOS?

Este primer paso consiste en identificar aquellos profesionales implicados, así la responsabilidad de la elaboración de un protocolo de autolesión recae más a menudo en el equipo del centro que puede estar formado por el equipo sanitario (médicos, enfermeros, auxiliares, psicólogos, terapeutas, educadores, trabajadores sociales, educadores sociales, maestros, monitores y funcionarios de interior).

El paso siguiente sería detectar conductas auto lesivas previas si las ha habido. En nuestro medio el funcionario de interior debería estar concienciado en el cacheo del ingreso al interno en la búsqueda de posibles lesiones antiguas o recientes e informar al equipo implicado o en todo caso al sanitario. Por todo lo anterior el equipo multidisciplinar tiene que tener una capacitación para reconocer la amplia gama de comportamientos de autolesión, identificar los signos y síntomas, prever y tratar estas autolesiones y diferenciarlas de otras modificaciones corporales, también saber diferenciar entre las autolesiones y la conducta suicida, valorar si la autolesión requiere atención inmediata, heridas que necesitan puntos de sutura o cura de la misma y más si existe ideas suicidas para llevar a cabo una propuesta de inclusión en el programa de prevención de suicidio.

¹⁷² Walsh, 2007, p. 1057-1068.

II.9.4. ¿QUÉ SE INCLUYE EN EL PROTOCOLO?

- La identificación de las lesiones auto infligidas recientes y antiguas y la evaluación de las mismas.
- La búsqueda activa de los acontecimientos que ha provocado las autolesiones.
- Evaluar la autolesión.
- Elaborar una lista de estrategias alternativas como trabajos escritos, un diario de control de impulsos, contrato de no autolesionarse y diferentes técnicas de relajación.

II.9.5. IDENTIFICANDO LA AUTOLESIÓN

Esto nos será de utilidad para llegar a un diagnóstico psicosocial de las mismas, la motivación y el "para qué" de la conducta, cómo "conviven" con sus lesiones: ¿las ocultan?, ¿se avergüenzan?, ¿las enseñan?, ¿se chulean de ella?;

¿Y si cuentan historias de todo tipo para justificar sus heridas, cortes y quemaduras?

Hay veces que estos internos no tienen lesiones previas pero es interesante recalcar que el ingreso, fundamentalmente si es primario en una prisión es un factor estresante a tener en cuenta del mismo modo no podemos obviar que determinados delitos por la repercusión social que llevan son especialmente gravosos para el paciente.

La observación de su aspecto también puede ser orientativo, actitudes, vestimentas inadecuada para la temporada, el uso frecuente de bandas, vendajes en muñeca, no participación en actividades como natación y gimnasia, quemaduras inexplicables signos de depresión y ansiedad, ver las cicatrices tanto recientes o antiguas, información de su compañero de celda, y algunas veces si solicitan atención médica etc.

A la hora de identificar las posibles autolesiones no sería conveniente ser demasiado incisivo en las preguntas, no presionar, respetar el derecho a la privacidad, pero si dejar una puerta abierta ante el paciente de la disponibilidad del médico.

II.9.6. PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE AUTOLESIONES

1. Acontecimientos que ha causado esta conducta

- ¿Qué hechos, actos, motivos y circunstancias que han sido causante de este comportamiento?
- ¿Ha existido un acto impulsivo en la conducta autolesiva?
- ¿Antecedentes médicos y psiquiátricos que incluya la posible existencia de un trastorno psiquiátrico previo?
- ¿Ha existido antecedentes de conductas autolesivas, consumo de drogas y abuso físico, psíquico y sexual?
- ¿Existe alguna patología médica, trastorno mental actual o previo a la conducta autolesiva?

2. Antecedentes familiares psiquiátricos y la existencia actual de algún tratamiento para alguna patología psiquiátrica

¿Ha habido antecedentes personales y familiares de intentos de suicidio o de suicidio consumado, afectivos de depresión u otro trastorno psiquiátrico y problemas relacionados con el alcohol?

3. Valorar derivación a una consulta especializada para evaluación del estado mental

El principal papel del psiquiatra:

- Diagnosticar, identificar los trastornos psiquiátricos que tienen que ver con la conducta autolesiva y/u otras comorbilidades: alcoholismo, esquizofrenia, trastornos de la personalidad, trastorno bipolar, trastornos afectivos
- Fortaleza, mecanismos de defensa, estilo y estrategias de afrontamientos y todo lo relacionado con la personalidad de la persona que se autolesiona.
- Valorar Si existe ansiedad, agitación psicomotora, mala higiene personal, alteración del sueño, del apetito o pérdida de peso
- ¿Existen ideas nihilistas, pensamientos dicotómicos?
- ¿Existe riesgo de suicidio, ideación/intencionalidad suicida, de autolesiones graves? ¿estar solo o acompañado en celda? y la necesidad de estar ingresado en el departamento de enfermería o en el hospital o unidad de salud mental.

Ver la existencia de arraigo familiar, tener comunicación con el mundo exterior lo que se llama el Vis a Vis familiar o privado, su adaptación al medio penitenciario, la situación económica y laboral que ha dejado al ingresar en prisión y su situación laboral dentro del medio, además si tiene hijos a su cargo, recibe noticias de infidelidad de su pareja, estar en fase de separación y la presencia de enfermedad personal o de algún familiar, noticias de duelos, nacimientos y factores estresantes que no puede afrontar de forma adecuada.

II.9.7. EVALUANDO LA AUTOLESIÓN

¿QUÉ SE DEBE EVALUAR?

Valorar los posibles desencadenantes y profundizar en los motivos que preceden a cada episodio auto lesivo, e **identificar los diferentes estados emocionales que preceden y siguen a cada episodio.**

Averiguar qué objetos utiliza para autolesionarse, cómo los consigue, si lo limpia y/o desinfecta, dónde lo suele guardar, y si algunos se le han confiscado antes de la autolesión

Averiguar el patrón de las autolesiones (organizado, desorganizado, premeditado, impulsivo) y el cuándo, cómo, dónde, (lugar privado, público.) por qué, a solas o con quien y para qué.

Valorar la gravedad de la herida, y de la severidad del daño en tejido corporal, una exploración acerca de la severidad de los problemas concurrentes, los instrumentos utilizados, la ubicación de la lesión, existe infección o no y el número de las heridas recientes y las cicatrices de viejas heridas, y un análisis funcional de la conducta, puesto que la autolesión cumple de hecho varias funciones al mismo tiempo.

La evaluación debe incluir la detección de los factores de estrés actuales y de la intensidad y frecuencia de las ideas, necesidades e impulsos relacionados a la autolesión, las causas que se atribuye a su problema y la frecuencia de la conducta adaptándonos al criterio de propuesta del DSM5.

Sería importante saber diferenciar si se ha tratado de una autolesión o de un intento de suicidio porque se activarían protocolo distinto. La evaluación del suicidio debería ocurrir inmediatamente, se deben seguir los protocolos de suicidio, el suicidio puede ser una opción real, sobre todo si la angustia subyacente no se trata adecuadamente, no cabe duda que la herramienta más importante con la que contamos para prevenir el suicidio es la evaluación clínica.

II.9.8. CONSIDERACIONES GENERALES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA EN PERSONAS QUE SE AUTOLESIONAN

- Intentar tener un vínculo terapéutico de confianza.
- Atacar el pensamiento dicotómico, ayudar al paciente a situarse en posiciones intermedias y a ampliar la visión global de diferentes situaciones.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas y a interpretar las emociones que presenta y conseguir que el paciente verbalice los diferentes estados emocionales que ha experimentado previos a la autolesión.
- Ayudarle a establecer planes alternativos de actuación en situaciones críticas.
- No eludir el tema de autolesión, permitir que la persona con conducta autolesiva cuente lo que le pasa.
- Es importante la actitud del terapeuta, debe mostrarse disponible pero estableciendo unos límites razonables.
- Intentar que este distraído, entretenido, haciendo actividades, deportes, dar paseos, jugar cartas o al parchís y hablar de su angustia, hablar sobre temas distintas a la autolesión y intentar desahogarse.
- Ofrecerle ingreso en enfermería, (enfermería), acompañado de un interno de apoyo, retirar todo tipo de herramientas que se puede utilizar en las autolesiones como maquinillas de afeitar, utensilios aunque sea de plástico etc.
- Evitar reacciones de alarma excesivas, mantener la calma y centrarse en soluciones, independientemente de la gravedad de la conducta y/o de la lesión.
- No adoptar una actitud paternalista manteniendo una buena relación terapéutica adaptada a la necesidad individual de cada paciente.
- Trabajar sobre alternativas posibles, especialmente cuando no está disponible el terapeuta.

- Considerar al tratamiento farmacológico como ayuda, no como intervención específica.
- Mostrar interés, preocupación sin criticar la actuación de la persona que se autolesiona, ni estigmatizar al interno con este acto.

II.9.9. COMO ACTUAR ANTE UNA SOSPECHA DE QUE UN INTERNO ESTA AUTOLESIONÁNDOSE

Es fundamental mantener una actitud emocionalmente tranquila, amable y no crítica asegurándole la confidencialidad de la información compartida.

El uso del "(Yo) Estoy preocupado por ti y quiero estar seguro de que tienes el apoyo que necesitas", He visto estas cicatrices en tus brazos y creo que podría estar haciendo daño a ti mismo, con "demostrar preocupación sin juicio, sin crítica, puede ser el principio de una buena alianza terapéutica.

Se sigue aplicando como conductas sustitutivas y estrategias no recomendadas por muchos autores, diversas maniobras como romper huevos en su piel para sentir sensación de correr la sangre, meter la parte del cuerpo que se quiere autolesionar en agua fría, dibujar las heridas en la piel en sustitución de la cuchilla de cortar, métodos catárticos, como pegarle a una almohada o lanzar objetos suaves. Esto hace reforzar las ideas equívocas de que los sentimientos de enfado y enojo deberían ser acompañados de acción, de violencia enfocada en la liberación de la tensión a través de acciones, como una olla de presión que deberá explotar para funcionar apropiadamente. Así evita reflexionar y manejar sus sentimientos subyacentes, evita la expresión verbal de la emoción, y envía el mensaje que cada vez que sienta algo, deberá actuar autolesionándose, esta no es lo más adecuado en comportamientos.

Las personas que se autolesionan refieren sentirse agobiados, agitados tanto psicológicamente como emocionalmente. Para ellos la catarsis física es perjudicial, al utilizar como método de enfrentamiento actividad física deliberada que los hace sentirse aún más acelerados y con menor control de sus sentimientos y menor identificación y expresión de sus pensamientos.

Cuando la atmósfera de seguridad, serenidad y la integridad física del paciente está en juego y no puede mantenerse por no tener alternativas y habilidades suficientes de enfrentamiento a los pensamientos negativos, entonces se valorará el ingreso en enfermería acompañado de un interno de apoyo en protocolo de suicidio, inmovilización mecánica, tratamiento psicofarmacológico.

En los centros penitenciarios, a diferencia de la población general, la convivencia es más estrecha, por lo que la información de posibles autolesionadores es más fluida,

pudiendo en la mayor parte de los casos realizar una intervención terapéutica rápida aunque no siempre se consiguen evitar todas las autolesiones (National Institute for Health and Clinical, Excellence en el Reino Unido).

II.9.10. ¿QUÉ ES EL CONTAGIO SOCIAL?

Es importante tener en cuenta que las autolesiones pueden contagiarse socialmente, los medios de comunicación, prensa etc., el estigma al que se ven sometidos estos pacientes, la dificultad en su captación, su evaluación y la aplicación de tratamiento farmacológico y psiquiátricos adecuados, fundamentalmente en los centros penitenciarios o cualquier centro cerrado donde la convivencia es muy cercana y se incrementa el concepto de pertenencia al grupo.

II.10. MITOS Y REALIDADES ACERCA DE LAS AUTOLESIONES

Hablar de autolesiones, es hablar de un tema tabú, alrededor del cual existe dos caras: los mitos y las realidades.

Mito: Existe la creencia generalizada que la conducta auto lesiva es una llamada de atención.

Realidad: Normalmente las personas que se autolesionan lo hacen a solas y a escondidas. Suelen ocultar sus heridas y sus cicatrices debido a que no pretenden llamar la atención ni manipular a los demás, todo lo contrario, no suelen dar importancia a este acto ya que sienten vergüenza y tienen miedo a sufrir represalias por lo que desconfían en buscar ayuda con lo que esta desconfianza se convierte frecuentemente en un obstáculo para solicitar el apoyo necesario que requiere este tipo de conducta.

Mito: Se consideran locas y peligrosas a los sujetos que se auto agreden.

Realidad: La impulsividad, el déficit de control de impulso, la poca capacidad de expresar emociones verbalmente y identificarlos, la depresión, problemas de ansiedad y haber sido víctimas de abusos físicos, psíquicos y sexuales se consideran problemas asociados a la conducta auto lesiva porque el agredirse a uno mismo es una forma de afrontar este tipo de problemas, pero esto no conlleva etiquetar a los sujetos que se infringen heridas a ellos mismos como personas locas o peligrosas. Esto es una afirmación inútil y ambigua.

Mito: Las personas con conducta auto lesiva son masoquistas.

Realidad: Es incierto que las personas que se provocan daños a si misma sientan placer al auto practicarse este daño. Estas personas no sienten placer con el dolor, solo intentan aliviar la tensión mediante la agresión a sí mismo. Un porcentaje alto de sujetos que se autolesionan refieren que sienten poco o nada de dolor cuando se autolesionan, aunque la lesión sea importante, sólo una minoría reconoce tener mucho dolor. La mayoría de los sujetos estudiados informaron que habían sentido poco o nada de dolor al autolesionarse, resultando llamativo el dato obtenido en las autolesiones repetitivas, las cuales se vuelven adictivas y poco dolorosas.

Mito: Los personas con conducta autolesiva no quieren vivir.

Realidad: Las personas que se autolesionan no intentan quitarse la vida, solo pretenden aliviar momentáneamente su sufrimiento ya que consideran que el daño físico que se infringen no les produce prácticamente dolor pero si le alivia su sufrimiento emocional. Sin embargo y aunque no exista intencionalidad suicida en ciertas ocasiones

si se puede considerar el autolesionarse como una conducta predictiva de intención suicida. Este grupo de sujetos que utilizan la autolesión, lo hacen para seguir viviendo, pero lo realmente necesario para estas personas es establecer pautas de ayuda para que busquen otro tipo de alternativa a su sufrimiento.

Mito: Si las lesiones son superficiales, no se considera importante.

Realidad: El grado de sufrimiento del sujeto no es directamente proporcional a la severidad o levedad de las lesiones. La severidad de las lesiones dependerá de multitud de factores y de la razón por la que se lleva a cabo este acto en tanto que cada persona considera su problema y su forma de afrontarlo de forma individual. Estas circunstancias supone que una autolesión se debe considerar como una conducta seria sin infravalorar la gravedad de la misma atendiendo a la severidad de la lesión.

Mito: Las personas con conducta autolesiva deberían ser internadas en una clínica psiquiátrica.

Realidad: Las autolesiones son los resultados de pensamientos, emociones intensas, negativas y de pérdida de control. El ingreso en un centro terapéutico dependerá de otros muchos factores, entre otros, la expresión de deseos destructivos y de autolesiones muy severas que puedan poner en peligro la vida de una persona, o lo que es lo mismo, cuando existe un peligro real de suicidio. El ingreso en una unidad de salud mental podría estar encaminado a reducir daños y es en estos casos cuando sería necesario su internamiento en esta institución.

Mito: Las personas que se autolesionan solo tratan de manipular y de conseguir beneficios.

Realidad: Muchas personas utilizan la autoagresión como conducta manipulativa, como forma de pertenecer a un determinado grupo para conseguir algún tipo de beneficio, y como forma de llamar la atención. En otras ocasiones puede ser una práctica copiada, aprendida, pero no siempre es así. La autolesión es una búsqueda de afecto, de identidad, es un lenguaje somático el cual utiliza el cuerpo en vez de palabras y sentimientos.

“La autolesión es un intento de manejar sentimientos caóticos como la ira, el odio, el sufrimiento emocional intenso y una vía de comunicación para indicarle a los otros que lo han decepcionado, lo han abandonado o han abusado de él”¹⁷³.

Mito: Las personas con conducta autolesiva son muy peligros para otras personas.

Realidad: la conducta autolesiva es una actividad solitaria. La ira se canaliza hacia sí mismo. El blanco principal de su agresión física son sus propios cuerpos. Un porcentaje muy pequeño de individuos tiene dificultad para manejar sus impulsos y llegar a dañar físicamente a otros o a destruir pertenencias.

Las personas que se autolesionan luchan contra sentimientos y recuerdos de ellos mismos, de sus vidas, contra las personas que le han hecho daño en el pasado, como respuesta a la traumática experiencia que padecieron, utilizan su ira contra ellos mismos “por las cosas malas” que les han hecho a ellos y no han sabido manejar.

Mito: Los sujetos que se autolesionan no sienten dolor.

Realidad: Los sujetos que se autolesionan refieren no sentir dolor físico de inmediato durante el proceso de auto herirse, pero posteriormente como cualquier persona con heridas o lesiones sienten dolor y precisan los cuidados necesarios para mitigar ese dolor que le producen las heridas, el único alivio inmediato que sienten las personas que se infringen heridas a sí misma es poner fin momentáneamente a su dolor psíquico ya que para estas personas es más llevadero aliviar su dolor emocional que las consecuencias de dolor físico que pueden sufrir a posteriori.

Mito: Las autolesiones son trastornos y desorden de la personalidad.

Realidad: Las enfermedades que conducen a las autolesiones pueden ser muchas, pero no todos los enfermos desarrollan esta conducta.

La autolesión está incluida como síntomas de desorden de personalidad limitiforme, histriónico, narcisista, paranoide, obsesivo compulsivo, antisocial, etc. También está incluida como síntomas en trastorno de control de los impulsos, ansiedad, impulsividad, experiencias disociativas, Alexitimia y cuadros de depresión, consumo y abuso de sustancias, estrés postraumático, trastorno bipolar y esquizofrenia.

No todos los que se autolesionan tienen trastorno de la personalidad, ni todos los que tienen trastorno de la personalidad se autolesionan.

¹⁷³ Taboada, 2007.

Mito: Es verdadero que todos los que tienen conducta auto lesiva presentan personalidad límite.

Realidad: es muy probable que el que tiene trastorno límite de la personalidad se autolesione, pero ello no quiere decir que la persona que se autolesiona presente personalidad límite.

Los sujetos que presentan este trastorno tienen dificultad en el control de impulsos, inestabilidad emocional, autoestima baja, hipersensibilidad a la opinión de los demás, dificultad de poder expresar sus sentimientos y emociones negativas en forma verbal. Estos sujetos cuando no logran calmar su ansiedad, incurren en la conducta autolesiva.

Mito: Son solamente las mujeres jóvenes los que se auto agreden a ellas mismas.

Realidad: El perfil en mujeres que se autolesionan es muy amplio, depende de muchos factores, edad, estado civil, ambiente, y cultura

Las cifras de autolesiones en cualquier comunidad, es más alta en mujeres.

En prisiones la incidencia de autolesiones en mujeres es bastante más bajas que en hombres.

Los hombres socialmente reprimen y contienen sus emociones, se inclinan hacia el alcohol o las drogas para aliviar lo que les molesta, mientras que a las mujeres no se les permite expresar sus emociones y sentimientos de forma violenta y agresiva de manera abierta, por lo que suelen expresar su rabia hacia dentro y lo convierten en autoculpa o depresión.

Mito: Es verdad que el sujeto que se auto agrede no quiere hacerlo.

Realidad: Las personas no llevan a cabo un acto dañino porque quieren.

La autolesión actúa como reguladora de emociones. Es el lenguaje del dolor al no poder identificar ni expresar sus pensamientos y emociones, de forma que cada cicatriz en su cuerpo tiene una historia que contar y tiene significados variados: culpa, control, poder, resistencia o alivio, como rasgo de la identidad vinculado a la somatización de la angustia, y el embotamiento emocional, así entran en un círculo vicioso que resulta muy difícil salir sin apoyo y ayuda

Mito: Es falso que la autolesión está relacionada con la edad y que estas prácticas desaparecerán a medida que la persona se hace mayor.

Realidad: El comienzo de la adolescencia y juventud es la etapa en la que la mayoría de las personas comienzan a autolesionarse. La búsqueda de identidad, el surgimiento de un cuerpo adulto no deseado y el cambio abrupto e intenso en el área de la sexualidad junto con las emociones fluctuantes hacia el nuevo cuerpo serían de suma relevancia en el hecho de autolesionarse. Muchos de los que se autolesionan dejan de hacerlo por si solos, otros siguen haciéndolo y necesitan ayuda.

Mito: Es cierto y verdadero que todos los que se auto agreden han sufrido todo tipo de abusos.

Realidad: Las causas que llevan a las personas a autolesionarse es múltiple, el abuso físico, psíquico y sexual, las experiencias traumáticas que ha sufrido en su infancia juega un papel muy importante.

Puede parecer extraño que hijos que crecieron en la misma familia, bajo condiciones similares, puedan llegar a ser tan diferentes los unos de los otros, ya que ninguna persona es igual a otra, ni en su constitución, ni en sus respuestas a los problemas o eventos, pueden tener diferentes fortalezas innatas y pueden haber recibido apoyo proveniente de personas o eventos diferentes que les ayudan a compensar las malas experiencias.

Mito: No se puede hacer nada a la gente que se auto agreden para ayudarlos.

Realidad: Enfatizamos siempre que podemos, que las personas que se autolesionan es “mucho más que un síntoma en una enfermedad o un diagnóstico”. Son personas cuyos problemas no definen sus identidades. Son personas, no etiquetas.

Las personas que se auto agreden necesitan principalmente como terapia para mitigar su dolor cariño y comprensión sobre su sufrimiento de todos los que le rodean, además de la ayuda profesional cuyas pautas de actuación deben sostenerse en la escucha activa, recabar y utilizar con sentido común la información proporcionada por esta persona y adoptar una postura empática.

II.11. AUTOLESIONES EN EL MEDIO PENITENCIARIO

Armando Favazza describe en su libro *“Bodies under Siege”*¹⁷⁴ (*Cuerpos asediados*) a las cárceles como “caldos de cultivo público para la autolesión”.

¿Qué sentir ante quienes son capaces de autolesionarse para poder protestar, se cosen los labios para decirnos algo o para resultar visibles se hacen cortes en distintos lugares? ¿Cómo entenderlos?

En prisión, los hombres no pueden **descargar la tensión** al igual que lo hacían en libertad, partiendo del hecho de que algunos de estos internos, con tendencias antisociales, antes de acabar en prisión encontraban distracciones y estímulos de distintas maneras no permitidas en el medio penitenciario, al ingresar en prisión se les restringe la libertad de elección y se reducen de manera considerable sus fuentes de estímulo externo, apareciendo la autolesión como un medio de descarga emocional.

Otra utilidad de las autolesiones es su uso como una herramienta de supervivencia. Un interno que presenta una autolesión puede ser trasladado a la enfermería o al hospital, sacándolo de un lugar considerado peligroso por la presencia de otros internos considerados como indeseables. A la vez puede servir como mecanismo para hacer ver a los otros que quién tiene esa conducta se puede considerar un loco o demasiado temible para ser atacado por otros, luciendo sus trofeos en forma de cicatrices y cortes.

Algunos lo hacen como forma de desahogo ante situaciones estresantes como pueden ser problemas con la pareja que está en libertad, (infidelidad), problemas conductuales con otros internos o funcionarios, que provocan cortes o heridas de las que el Servicio Médico no llega a tener conocimiento, resolviéndolas ellos mismos como pueden, eludiendo el parte de lesiones que se emite en estas situaciones. Aquí es necesario resaltar una diferencia que aparece clara según el sexo. En los hombres es más habitual el golpeo en las paredes o las heridas en brazos y antebrazos, mientras en las mujeres es más común la sobredosis medicamentosa.

Los internos también desean tener control sobre sus vidas, necesitan sentir que hay ciertos aspectos de su existencia que nadie más puede dictarle.

En el medio penitenciario español la mayoría de las autolesiones son de pronóstico leve, ya que su fin no es el suicidio, pero algunas veces tiene graves consecuencias, ocurriendo en individuos noveles con escasa o nula experiencia penitenciaria y desconocedores de las técnicas de autolesiones, apareciendo la edad como factor importante en esta causa ya que el 85% de ellos no superan los 24 años de edad.

¹⁷⁴ Favazza, 1996.

A veces la autolesión aparece como consecuencia de alguna deuda por “trapicheos” carcelarios que no es posible pagar en el momento que son requeridos. La ausencia de moneda corriente en las prisiones hace que el pago en especie sea la forma más habitual. El dinero se consigue por las aportaciones familiares o por los trabajos remunerados que se realizan en la prisión. Este dinero es cargado a una cuenta y se dispone de una tarjeta similar a las de crédito para hacer uso de ese dinero, siendo recargada una vez por semana con un tope máximo. Una vez agotado el saldo hay que esperar el día de pago para poder disponer de fondos. Así un recluso que se autolesione y es cambiado de módulo obtiene un tiempo extra para reunir la cantidad adeudada, a pesar que el hecho de pedir refugio está mal visto ya que se queda en inferioridad ante los demás.

Al igual que influyen factores como la edad o el sexo, tenemos otro que es importante y es la época del año. En verano, debido a la disminución de actividades, el calor, la masificación, etc., el número de autolesiones aumenta, alcanzando su cota máxima en los meses de julio y agosto, mientras que en invierno se producen menos, a excepción de la época navideña.

A partir del año 1996, con la introducción de la metadona en las prisiones, se produce un descenso continuo en las autolesiones, así como en los delitos en general, además de otras razones, el consumo de tóxicos es un factor importante en el origen de las autolesiones, y la aparición de la metadona produjo una reducción significativa tanto de autolesiones como de demanda de tratamiento psiquiátrico, prostitución, agresividad e incluso en los intentos de suicidio.¹⁷⁵

Según Ezquerria, los condicionamientos penales, la lentitud de la justicia, la vida rutinaria, el hacinamiento y la estricta disciplina junto al hecho de que la autolesión no es sancionable cuando no se ha alterado la disciplina en el Centro Penitenciario o no se ha utilizado como herramienta de coacción.

Los internos que se realizan autolesiones suelen presentar algún tipo de alteración del carácter, de la conducta o personalidad, observándose casos de psicopatías de diversa índole, psicosis maniaco-depresivas, neurosis, delirios, etc. Así pues, los condicionamientos psicopatológicos, más los condicionamientos penales antes citados (hacinamiento; lentitud judicial; deficiencias en la clasificación penitenciaria, etc.), sociales (extracto social bajo; marginación; pobreza sociocultural) y la desconexión social producida por el internamiento, con los problemas que conlleva, tanto familiares como personales y laborales, generan unos condicionantes favorables a la autoagresión, teoría compartida por García Andrade¹⁷⁶ y Ramón Pérez Barderas¹⁷⁷.

¹⁷⁵ Cobo, J. M. A., & Cuenca, P. L. (2000)

¹⁷⁶ Andrade, 1993

¹⁷⁷ Barderas y Pueyo, 1989

A pesar del descenso importante en el número de autolesiones, y que estas suelen aparecer en temporadas como verano o navidad, también tenemos otro factor que podríamos denominar como “contagio”, así tras la autolesión de un interno, otros copian su conducta con la intención de obtener el beneficio de algún psicofármaco para “estar relajado” u “olvidarse de todo”.

Se pueden apreciar también conductas autolesivas según grupos étnicos y/o culturales, observándose en los Centros Penitenciarios españoles una diferencia significativa entre la población magrebí y gitana, con un número elevado de internos autolesionados, frente a la población subsahariana, cuyo número es poco significativo.

Como cualquier enfermedad, muchas veces, los médicos se preocupan exclusivamente de la lesión física, sin indagar en profundidad en las condiciones y entorno que han generado la situación para que esta se produzca, y estudiar la etiología de estas manifestaciones, ya que no sólo es importante “el como”, sino también “el por qué”. Del estudio de estas causas que originan las autolesiones y sus tipos debemos sacar unas conclusiones que nos acerquen a cumplir los siguientes objetivos:

-- Previsión de las causas y situaciones que dan lugar a las autolesiones, para evitar que ocurran.

-- Observación y comunicación entre los distintos escalones, favoreciendo el tránsito de información entre los distintos profesionales del Centro Penitenciario.

La calificación y clasificación por tipos es una herramienta fundamental para el abordaje de estos internos y sus conductas. Dada la masificación existente en los centros, la distribución en función de edad o nocividad, es complicada, pero la experiencia en este ámbito siempre posibilita predecir aproximadamente que tipo de interno es susceptible de autolesionarse. Ante un primer intento, sería necesario un estudio profundo a fin de evitar su reiteración, aunque la experiencia es clara, y nos dice que quién se ha autolesionado una vez, vuelve a repetir. La reincidencia autolesional es la regla.

El uso de distintas técnicas de autolesión varía en función de determinados parámetros, como puede ser el grado de afectación psíquica y del tipo de patología del individuo, de su soledad en la celda, de la disponibilidad de los útiles necesarios y de la recompensa o beneficio obtenido por la consecución de la autolesión y de la gravedad de la misma.

Repasada la literatura internacional sobre lesiones en los medios penitenciarios de países como USA, Reino Unido, Rusia, Colombia, Panamá, Ecuador y Grecia, se observa que las autolesiones también están presentes.

A continuación clasificamos los tipos de autolesiones, encontrando las siguientes:

- **AUTOLESIONES POR HERIDAS INCISAS:** Es la práctica más abundante en el medio penitenciario español. Estas suelen realizarse principalmente en cara anterior de brazos y antebrazos, siendo el lado izquierdo el más numeroso por haber una mayor cantidad de personas diestras. Las podemos encontrar además de forma frecuente a nivel abdominal y cara anterior del muslo, no soliendo ser graves a menos que se afecte algún vaso importante de la zona, generalmente la basílica y/o cefálica. Es destacable la escasa aparición de infecciones en la zona lesionada a pesar de la poca asepsia de los elementos usados en la autolesión. Los instrumentos más comúnmente utilizados son las cuchillas obtenidas de las maquinillas de afeitar desechables que se entregan en los lotes higiénicos mensuales o compradas en el economato del centro.

Este tipo de herida suele ser superficial, ya que el interno la utiliza como medio de extorsión, con objetivos de lo más variado, que van desde la obtención de psicofármacos, el aplazamiento de una sanción, conseguir el traslado a otra celda o galería hasta la conducción a otro Centro Penitenciario y incluso impedir su expulsión del territorio español. En enfermos mentales el motivo puede llegar a ser de lo más inverosímil, en relación a su patología, y en reclusos que se ven afectados por algún contratiempo, vemos desde los problemas familiares, desengaños sentimentales, sentencias mayores a las esperadas, etc.

Cabe destacar que en los internos con grave afectación psíquica, las lesiones suelen revestir mayor gravedad, al contrario que los internos no psiquiátricos, que procuran obtener algún fin con el menor daño físico posible.

La sangre manada de las heridas, a menudo superficiales, presenta una gran espectacularidad, principalmente debido a que el interno se encarga de ello, al mezclar esa sangre con agua, dando mayor aparatosidad a la herida. Cuando la herida es más profunda, por que el interno es paciente psiquiátrico y se encuentra descompensado o por un simple error de cálculo, la hemorragia suele ser importante, casi siempre con afectación venosa y de pronóstico más grave. Como secuela principal de estas lesiones, tenemos los queloides, bien por la cicatrización por segunda intención, ya que no se consiente en suturar o el mismo se retira la sutura, bien por la repetición de heridas en la misma zona.

- **AUTOLESIONES POR CUERPOS PUNZANTES ENCLAVADOS EN LA PARED ABDOMINAL:** También denominado en argot penitenciario “sputniks”. Están producidos por elementos metálicos punzantes, de pequeño diámetro y creados por el propio interno a través de muelles alongados y afilados pacientemente en una pared, piedras o con otros objetos metálicos como barrotes o patas de cama. A pesar de su aparatosidad, sólo son muy pocos los casos que finalmente requieren intervención quirúrgica por afectación visceral.

- **AUTOLESIONES POR INGESTIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS:** Es el método de autolesión que tiene un mayor carácter reivindicativo, sin que exista finalidad suicida, utilizado como medida de presión para. Entre la variedad de objetos a ingerir encontramos multitud de posibilidades, siendo las más habituales: pilas, agujas, monedas, corta uñas o incluso bombillas rotas. Los objetos potencialmente agresivos para el tracto digestivo son envueltos en papel para tratar de minimizar los daños y así demandar una asistencia sanitaria urgente, refiriendo, invariablemente, dolor agudo a nivel abdominal. Estos objetos son fácilmente visibles con una radiografía simple de abdomen.

Pérez Bárdaras¹⁷⁸ señala que la ingestión de cuerpos extraños se realiza con el objetivo de ser trasladado a un centro hospitalario, donde el régimen disciplinario es menos severo que en la prisión. En su práctica clínica refiere la ingesta de cuchilla y pilas en los varones, y de medicamentos en las mujeres. Refiere la anécdota de un interno que tras tragarse lejía, cuchillas y pilas hubo que trasladarlo pues al dejarlo en una celda comenzaba a tragarse el yeso de las paredes.

La eliminación de estos objetos suele ser por vía natural, se ayuda la eliminación mediante una dieta rica en fibra, manteniendo una actitud conservadora y expectante cuando se presume que el cuerpo extraño puede ser eliminado por vía natural.

Como complicación más relevante en este tipo de autolesión, nos encontramos con las perforaciones en la zona donde se halle enclavado el objeto, siendo la resolución por vía quirúrgica. En los multirreincidentes puede aparecer una fistulización del trayecto. A pesar de su espectacularidad, no suelen ocasionar cuadros de gravedad, salvo en los individuos multirreincidentes o con escasa experiencia penitenciaria en este tipo de autolesiones.

- **ABSCESO PRODUCIDO POR HECES:** Queda constancia de un caso de este tipo en los archivos del Hospital General Penitenciario de Madrid, en 1984. El interno, armado de aguja e hilo de coser, lo impregnó de sus propias heces y se dio una puntada en la pierna, por debajo de la dermis, dejando heces en el trayecto.

Como reacción se produjo un gran absceso, que necesitó de resolución quirúrgica, donde apareció una colección purulenta de olor fétido¹⁷⁹.

- **TRAUMATISMOS, FRACTURAS Y ESGUINCES AUTOLESIONALES:** Son poco importantes en número. Generalmente se producen por golpear la cabeza y/o las manos en la pared u otros objetos contundentes, lo que ocasiona heridas contusas e inflamatorias y hematomas generalmente de poca importancia.

¹⁷⁸ Barderas y Pueyo, 1989.

¹⁷⁹ Barderas y Pueyo, 1989.

Tenemos descrito el caso de un recluso que se autolesionó el tendón de Aquiles para evitar la conducción a otro Centro Penitenciario.

Existe otro caso de un interno que intentó provocarse una pequeña fractura, para así evitar que le dieran un alta hospitalaria, ya que estaba tramando un plan de fuga y necesitaba más tiempo para completarlo. El problema fue que se fracturó el calcáneo y esto echó por tierra sus planes de evasión¹⁸⁰.

- **INFECCIÓN SIMULADA:** No es un método habitual, pero está descrito el caso de un interno que para simular una infección tuberculosa y así ser trasladado al hospital, fue capaz de pedir a otro interno, este si afectado realmente de tuberculosis, que le escupiera en la boca. Conseguido el traslado al hospital, depositó el esputo sanguinolento frente al médico que lo recibió, y tras su análisis quedo ingresado. Realizadas una serie de pruebas complementarias que descartaban la patología tuberculosa y tras presiones por parte de los neumólogos, el interno confesó su mentira.¹⁸¹
- **AUTOLESIONES POR INYECCIÓN DE SALIVA:** Este tipo de autolesión ocasiona cuadros sépticos locales y generales gravísimos, con una evolución impredecible. Nos encontramos la suma de gérmenes presentes en el material con la que se realiza la punción, más los gérmenes presentes en la cavidad bucal y la acción de los fermento de la saliva, que favorecerá la creación de un caldo de cultivo excepcional para dichos gérmenes.

Se localiza normalmente a nivel de las dos pantorrillas, con afectación de los dos músculos gemelos, La clínica evoluciona en una serie de estadios que culminarán invariablemente en la aparición de un cuadro de gangrena gaseosa si no se instaura rápidamente el tratamiento. Si no funciona la medicación, lo indicado es un tratamiento quirúrgico y finalmente la amputación del miembro afectado, con sus complicaciones y consecuencias tanto físicas como psíquicas.

- **AUTOLESIONES POR INYECCIONES DE MERCURIO:** Se describió un caso en 1985, de un recluso que tras la rotura de varios termómetros, se inyectó en vena el mercurio, con la consiguiente diseminación por todo el organismo. Debido a la imposibilidad de extraer el mercurio del torrente el pronóstico fue grave con riesgo permanente de complicaciones como la aparición de tromboembolismo¹⁸².

¹⁸⁰ Barderas y Pueyo, 1989.

¹⁸¹ Barderas y Pueyo, 1989

¹⁸² Barderas y Pueyo, 1989

- **AUTOLESIONES POR QUEMADURAS:** Estas se suelen producir con cigarrillos, como denuncia por parte del recluso de malos tratos o para eliminar tatuajes mediante la aplicación de objetos metálicos calientes, como una cucharilla.

OTROS TIPOS DE AUTOLESIONES MENOS FRECUENTES: Entre la multitud de variedades posibles, tenemos el clavarse puntillas en la cabeza, el auto cosido de los párpados y de los ojos para no ver el mundo en que vive y así evita ver tantos pecados. El auto cosido del pene, por no poder tener relaciones sexuales completas, y así reclamar el uso de su miembro sexualmente, autoinyección de leche, el sedal de hilo impregnado del sarro dentario, hacerse tatuajes sin asepsia, amputación de miembros (senos; dedos; genitales) e interferir en la cicatrización de las heridas.

“El hombre, privado de libertad y en determinadas circunstancias, puede llegar a producirse a si mismo cualquier tipo de autolesión, llegando incluso a la muerte”.

En prisiones existe lo que se llama el autolesivismo subcultural en prisiones cuyo principal objetivo es la manipulación del entorno para conseguir beneficios, o como la pertenencia a un grupo o a un líder.

II.12 DESCRIPCIÓN DEL CENTRO PENITENCIARIO DE CEUTA

El Centro construido en el año 1957, se encuentra ubicado a 3 km del núcleo urbano. La parcela ocupa una superficie total de 7062 m², divididos entre el propio centro y la Sección Abierta, el cuerpo de la Guardia Civil, el vestuario de los funcionarios, zona de aparcamientos y almacenes. El centro cuenta con plazas para ambos sexos, tanto hombres como mujeres, con un promedio de ocupación en torno a los 300 internos, predominio de población penada sobre preventiva y un alto índice rotacional de la población.

Perfil: Población joven (20-40 años). Nivel de estudios bajos. Alto índice de población extranjera. Desconocimiento español. Cualificación laboral escasa. Ambiente familiar o sociodemográfico desfavorable (exclusión social). Policonsumidores de sustancias adictivas, siendo las de mayor consumo el tabaco, el cannabis y la cocaína (vía inhalada o fumada). Delitos contra la salud pública y los derechos de los trabajadores.

El centro penitenciario de Ceuta consta de 7 módulos, entre los que se encuentran el módulo de enfermería, ingresos, mujeres y sección abierta. 133 celdas, de 10m² de amplitud.

Zonas comunes: Escuela (con un aula de informática), biblioteca, 2 salas multifuncionales, un gimnasio y una sala de marquetería.

III. OBJETIVOS

III.1. Objetivos principales

- Establecer el perfil psicopatológico más frecuente entre los reclusos con conducta autolesiva, obteniendo conclusiones que permitan conocer el origen de esta conducta, sus manifestaciones y prevenir su desarrollo.
- Relacionar el comportamiento autolesivo en sujetos internados en prisión y las variables individuales y sociales que forman parte de la personalidad de estos individuos.

III.2. Objetivos secundarios

- Averiguar la comorbilidad psiquiátrica en un grupo de internos que se autolesionan realizando un análisis comparativo con un grupo, compuesto por pacientes que no presentan autolesiones
- Elaborar un cuestionario que recoja los factores de riesgo más implicados en las conductas autolesivas así como las características sociodemográficas de los participantes
- Buscar los probables Trastornos de la Personalidad, los antecedentes de Enfermedad Mental (personales y familiares) y su relación con autolesiones o teniendo como parte de su clínica la autoagresión.
- Estudiar la asociación entre conductas impulsivas, agresivas y violentas con las autolesiones.
- Realizar un cribado de Dependencia Alcohólica, Ludopatía, adicción a sustancias, trastornos de la alimentación, adicción a Internet, adicción a videojuegos, gasto compulsivo y adicción al sexo.
- Averiguar los antecedentes de abuso (físico, psíquico y sexual), maltrato infantil y su relación con autolesiones.
- Estudiar la relación entre consumo de drogas, estructura familiar en la infancia, intentos de suicidio con autolesiones así como la estimación del riesgo de suicidio y las precipitantes de la misma.
- Estudiar la prevalencia de los factores de riesgo y las variables obtenidas tras las encuestas a los internos del centro penitenciario estableciendo cualquier posible relación entre ellas, como la Alexitimia, prisionización, desregulación emocional y las experiencias disociativas.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

IV.1. PACIENTES Y PROTOCOLO DE ESTUDIO

Plantaremos a continuación la metodología general del estudio que nos ocupa. Con este propósito abordaremos los siguientes puntos: descripción general del grupo en estudio; examen de los sujetos en estudio; y análisis estadístico de los datos.

En los meses previos al comienzo del proyecto, se obtuvo la autorización correspondiente de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (D.G.I.I.P.P).

- **Pacientes sujetos en estudio**

El estudio se efectuó a tres poblaciones:

Para ello se ha realizado una encuesta autoaplicada que recoge la mayor parte de los ítems relacionados con la conducta autolesivas, se paso a 460 internos del centro penitenciario de Ceuta, de los cuales 360 de ellos son hombres (casos) y 100 eran mujeres y se revisaron sus historias clínicas, Los mismos cuestionarios o encuestas se llevaron a cabo sobre 360 personas varones seleccionados de la población general (control) y 100 personas mujeres seleccionadas de la población general. (Control).

Seleccionamos dos grupos de internos (reclusos con conductas autolesivas frecuentes y reclusas sin estas conductas) y se procede a describir las características psicosociales así como patología orgánica y/o psiquiátrica.

El reclutamiento de los sujetos en estudio procedentes tanto de la población penitenciaria como de la población general fue mediante requerimiento voluntario sin ningún tipo de contraprestación económica, así que la encuesta era anónima, confidencial y voluntaria, pudiendo abandonar en cualquier momento informando en todo momento que los datos obtenidos de la evaluación de las encuestas serán utilizados exclusivamente para fines académicos y científicos. (realización de esta Tesis).

Tiene una extensión de aproximadamente veinte páginas (por una sola cara).

El tiempo estimado de realización es de 90-120 minutos aproximadamente y se suele hacer en dos o tres días, con diferentes formas de respuestas, aunque la mayoría eran preguntas con respuestas dicotómicas, sí o no.

Consideraciones Éticas

Los cuestionarios y encuestas se cumplimentaron siguiendo los criterios establecidos por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias: anonimidad, voluntariedad y aleatoriedad.

Previamente han sido informados sobre los objetivos del estudio, su finalidad y en que se van a utilizar los datos y firmaron un consentimiento informado, respetando la plena libertad de aceptar la participación o no, pudiendo abandonar en todo momento, respetándose lo previsto en los artículos 4.2.b y 211 del Reglamento Penitenciario y lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

También se hizo especial énfasis en que la información tenía un carácter estrictamente confidencial y sólo sería utilizada con fines de investigación y, por lo tanto, se debía procurar mantener una absoluta sinceridad y exactitud, sin contrastar las respuestas con las de otras personas participantes en el estudio, volviendo a subrayar nuevamente la importancia de la información fiable y si no era preferible no participar en el estudio.

Dado que existen estudios anteriores que han demostrado la fiabilidad y validez de cuestionarios en población no clínica, éstos se incorporaron también a nuestro estudio, teniendo, por lo tanto, la ventaja de ser utilizados en estudios clínicos previos, lo que favoreció inicialmente la comparación de los resultados con los obtenidos por otros autores.

Los datos se han obtenido mediante los cuestionarios, escalas y entrevistas estructurados específicos que se describen más adelante y fueron analizados estadísticamente para demostrar si existen diferencias significativas entre los sujetos en estudio y el grupo comparativo clínico (conducta autolesiva).

IV.2. EXAMEN DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO

Se basó este examen en el estudio psicosocial, psicopatológico, evaluación somática del grupo en estudio. La selección de los instrumentos de evaluación de los sujetos en estudio estuvo condicionada tanto por la sencillez como de la poca complejidad de comprensión de éstos, pues aunque se trata de una población con un nivel socioeconómico y cultural medio/bajo, algunos con un deterioro importante lo que en principio no favorecía la profundización en los ítems del estudio, se demostró que su utilización habitual en trabajos similares al nuestro hacía posible la comparación de nuestros resultados con los obtenidos por otros autor.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN TANTO DE LOS CASOS COMO DE LOS CONTROLES. Y ANULACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS.

Criterios de Inclusión:

- Haber cumplido los 18 años, cosa que es normal en nuestro medio ya que no se le permite la entrada a menores de 18 años.
- Saber leer y escribir en español.
- No tener grave deterioro de sus capacidades cognitivas que les impidiera tener consciencia de la realidad, ni alteración de juicio ni del pensamiento y no padecer una crisis aguda de una patología mental.
- Dar su consentimiento de participación libre y voluntaria.

Criterios de Exclusión:

Se excluyeron aquellos a los que no poseían un nivel de comprensión adecuada para contestar al cuestionario o no saber leer ni escribir en español

- Tener menos de 18 años
- Estar en aislamiento regimental, por razones de seguridad,
- Tener grave problema de deterioro de sus capacidades cognitivas y físicas (fundamentalmente retraso intelectual y trastornos mentales severos).
- .- No dar, ni firmar el consentimiento informado.

Criterios de Anulación de los cuestionarios, encuestas

No completar ni dar respuesta a alguna de las escalas.

Estar la encuesta en blanco completa o parcialmente.

IV.3. PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN

Los procedimientos de medición de autolesiones más comunes fueron: el diseño, elaboración y administración de instrumentos, escalas y cuestionarios para el estudio de las autolesiones. No cabe duda la gran importancia de realizar entrevistas de confirmación para obtener un perfil más sensible de los datos, disminuir los falsos positivos y la disparidad de los datos que obtenemos con la sola administración de un instrumento.

Estos instrumentos están para identificar la presencia de autolesión no suicida, además de determinar las características del patrón de autolesión.

Todos los cuestionarios y entrevistas estructuradas empleadas en nuestro estudio clínico de investigación aparecen descritos detalladamente en el anexo.

IV.4. EL CUESTIONARIO ESTÁ CONSTITUIDO POR CINCO APARTADOS GENERALES

- Datos personales y judiciales
- Cédula de Indicadores para suicidas, riesgo de Suicidio y trastornos de la personalidad.
- Medida de las Conductas Impulsivas y Violentas, de agresividad física, verbal, irascibilidad, hostilidad y su relación con autolesiones.
- Escala de Alexitimia de Toronto, de experiencias disociativas y de nivel de ajuste a la peision.
- Predictores de peligrosidad.

IV.5. CUESTIONARIOS EMPLEADOS

- **Cuestionario abreviado del “Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad” (IPDE) en su versión DSM-IV.**
- **Cuestionario de agresión (AQ)**, Para agresividad física, verbal, irascibilidad y hostilidad.
- **Escala de Impulsividad de Plutchik.**
- **Nivel de ajuste a la prisión:** se ha llevado a cabo con la escala de estresores cotidianos en prisión de Paulus y Dzindolet¹⁸³ (1993), adaptada posteriormente en 2000 por Ruiz y cols¹⁸⁴.
- **Escala de Riesgo de Suicidio de Arboleda y Florez (1989):** se tomó de la adaptación hecha por Ruiz y Cols (2000), El original es de Arboleda-flórez y Holley¹⁸⁵ (1989).
- **Escala de Alexitimia de Toronto.**
- **Adaptación de la Cédula de Indicadores para suicidas, González et al (2003)**¹⁸⁶.
- **Cuestionario MULTICAGE** (diagnostica problemas con el alcohol, el juego patológico, drogas, la adicción a Internet y a los videojuegos, el gasto compulsivo, los trastornos de la alimentación y sobre el sexo).
- **Escala de experiencias disociativas.**
- **Inventario de Personalidad de EYSENCK (EPI).**

IV.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados mediante el paquete informático estadístico (SPSS versión 21 para Windows), y se creó una base de datos que contenía ζ variables, con nivel de Significación Estadística que se estableció en $p < 0,05$.

¹⁸³ Becerra, S., Torres, G., & Ruiz, J. I. (2008)

¹⁸⁴ Becerra, S., Torres, G., & Ruiz, J. I. (2008)

¹⁸⁵ Becerra, S., Torres, G., & Ruiz, J. I. (2008)

¹⁸⁶ Vásquez Contreras, C. F. (2011)

Procedimiento de recogida y análisis de datos.

-Creación y ubicación en el programa estadístico de todas las variables que integran el estudio.

-Análisis de frecuencias absolutas, relativa especificando el número de observaciones (**Obs.**), el número esperado (**Esp.**), el % que representa sobre el total (**%en AL**) y el residuo tipificado (**R. Tip**). Así como los valores estadísticos chi-cuadrado (χ^2), Índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor p**).

-Se establece la relación entre cada una de las variables psicosociales y resto de variables sociodemográficas y sociolaborales mediante el estadístico Chi cuadrado de Pearson y Odds Ratio (OR) para detectar posibles asociaciones significativas entre los diferentes variables analizados y las autolesiones.

IV.7. DISEÑO

El presente estudio es de tipo descriptivo y comparativo, cuyo objetivo principal es determinar los factores que son relevantes a través del tiempo, en la adaptación psicosocial al ambiente carcelario, así como la relación existente entre esta adaptación y algunas variables pre-encarcelamiento como la edad, la experiencia delincencial, el tipo de delito, en la cual hemos incluido estas variables judiciales para saber si dicha situación puede repercutir en la génesis de estas conductas, la familia y el nivel educativo, y a su vez identificar posibles factores tanto de protección como de riesgo para los mismos dentro de las variables pre encarcelamiento, además de ver si estas variables repercute en la génesis de la conducta autolesiva.

Se denominan factores de protección en la medida en que evitan la aparición de efectos nocivos sobre el individuo y factores de riesgo porque contribuyen a la presencia de dichos efectos nocivos.

IV.8. ESTUDIOS OBSERVACIONALES DESCRIPTIVOS

Se diseñó un Estudio Descriptivo. Sus datos han sido utilizados con finalidades puramente narrativas, Los estudios descriptivos, no permiten establecer relaciones de causa-efecto entre las variables estudiadas (no son estudios analíticos). No obstante, sí pueden sugerir la existencia de una asociación entre las variables, sobre todo en el caso de estudios descriptivos correlacionales.

Es “observacional” porque el factor de estudio no ha sido asignado, sino se ha limitado a observar, medir y analizar la frecuencia de determinadas variables, las ventajas de este tipo de estudios son:

- Son estudios que requieren poco tiempo para su realización. Este es uno de los motivos que hace que también sean estudios poco costosos económicamente.
- Al estimar prevalencia, son útiles para la planificación sanitaria.

Entre sus inconvenientes encontramos:

- No son válidos para evaluar relaciones causales.
- No son útiles para determinar características poco frecuentes.
- La “no respuesta”, las pérdidas de sujetos participantes, introduce un sesgo.

En nuestro estudio el diseño era no experimental, dado que se han observado las variables sin manipularlas en su contexto natural,

Se considera “transversal” porque los datos de estudios de los internos representan esencialmente un momento del tiempo.

Los datos reflejados en las encuestas que se les ha propuesto son “retrospectivos” porque se han conseguido de lo que los internos del centro penitenciario han referido sobre conductas anteriores, es decir, posteriormente a los hechos estudiados.

IV.9. MUESTREO PROBABILÍSTICO

Hemos obtenido resultados mediante el análisis estadístico.

Todas las unidades que componen la población tienen una probabilidad de ser elegidas y esa probabilidad es conocida de antemano (se puede calcular).

El nivel de confianza, o la significación estadística del estudio: que en estudios de ciencias de la salud se establece, por acuerdo universal, como mínimo en un 95% o, lo que es lo mismo, $(1 - \alpha) = 0.95$, y por tanto, un $\alpha = 0.05$.

IV.10. VARIABLES

A través de un protocolo estandarizado se recogieron diversos datos referentes a información psicosocial, penitenciaria, judicial y cognitiva de cada recluso.

La selección de sujetos fue no probabilística, dicho estudio engloba a internos tanto preventivos como penados clasificados en segundo grado de tratamiento penitenciario como a internos de terceros grados.

Los variables fueron:

“Variables internas” se considerará a las características, rasgos o propiedades que forman parte de la persona; depresión, suicidio, desregulación emocional, síntomas disociativos, ansiedad e impulsividad son ejemplos de ello.

“Variable externas” será considerada como todo rasgo, propiedad o evento que ocurre en el medio ambiente de la persona; experiencias abusivas, traumáticas, pérdidas tempranas son ejemplos de ello.

“Variables directas” que procede de un ítem en forma de pregunta.

a) Condiciones sociodemográficas: tales como la edad, el género masculino o femenino, el estado civil, la nacionalidad, el nivel educativo (de estudios), el número de hijos y de hermanos, la ocupación (tipo de actividad que realiza), antes de su ingreso en prisión y durante su instancia dentro.

b) Condiciones familiares: definidas por el número y el tipo de relaciones que tiene el sujeto dentro de su grupo familiar, incluyendo estilos de crianza, y las pautas de crianza tanto en el hogar de infancia, como en el hogar actual del sujeto, tipo de familia (con quien y donde vive habitualmente) calidad del apoyo y las relaciones familiares, etc., si ha tenido algún familiar en prisión por problemas con la justicia.

c) Condiciones personales: son las situaciones que el individuo ha experimentado y la manera como las ha enfrentado durante el transcurso de su vida, hasta el momento actual, padecimiento de algún tipo de abuso, (abuso físico, psíquico y sexual) y de quien se trata y su frecuencia, de padecer alguna enfermedad medica diagnosticada, los antecedentes psiquiátricos, trastorno de personalidad del sujeto, los estilos de afrontamiento, abuso y dependencia de drogas y la edad de inicio de su consumo y si está incluido en algún programa de desintoxicación?.

d) Experiencia delincencial: son las conductas y el tipo de las mismas que el individuo ha realizado y que han estado fuera de la ley sus antecedentes criminales, Entre estas están la edad de su primer ingreso en prisión, tiempo que ha estado en prisión, el tipo de delito que ha cometido, etc.

Estas variables son medidas, en su mayoría por la encuesta y por una entrevista semi-estructurada.

El Centro cuenta con una población reclusa media de 300 internos, de los cuales 30-40 eran mujeres. Es decir, aproximadamente un 90 % de la media de población reclusa eran hombres y un porcentaje de un poco más del 10 % mujeres.

Con respecto a la situación procesal – penal, el porcentaje medio anual de internos preventivos ha sido superior al de penados, con un ratio aproximado de 57 % (preventivos) – 43 % (penados), si bien es cierto que es cambiante y unos meses después la dinámica se ha invertido, constando el 56% penados y el 44% preventivos.

IV.11. CRONOLOGÍA

- Búsqueda de ítems.
- Creación de la encuesta autoaplicada definitiva
- Elaboración de los cuestionarios, escalas y una encuesta personal en casos y en controles.

- Aplicación de la muestra tanto de encuesta como de cuestionarios y escalas
- Introducción de los datos en una base informática.

IV.12. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

PROCEDIMIENTO

Para evaluar los efectos psicosociales del encarcelamiento, se empleó:

- **Adaptación de la Cédula de Indicadores parasuicidas** hecha por González et al (2011)¹⁸⁷.

Es un cuestionario de 9 preguntas para ver si el sujeto se autolesiona, el número de veces, la edad de la autolesión, la última vez, los motivos y los métodos que le han hecho a llevar a cabo esta conducta y si se buscó ayuda después del hecho y de quien la buscó, además si la conducta tenía intención suicidas o no.

- **Nivel de ajuste a la prisión:** se ha llevado a cabo con la escala de estresores cotidianos en prisión de Paulus y Dzindolet (1993)¹⁸⁸ y adaptada posteriormente en 2000 por Ruiz y cols¹⁸⁹.

Está compuesta de 11 ítems que buscan medir el nivel de ajuste a los estresores cotidianos de la vida en prisión, los rangos de respuesta van desde 1 (nada) hasta 4 (demasiado). Para ésta investigación se utilizó una puntuación modificada que va desde mayor dificultad hasta menor dificultad de ajuste.

- **Escala de Riesgo de Suicidio de Arboleda y Florez (1989)¹⁹⁰:** se tomó de la adaptación hecha por Ruiz y Cols (2000)¹⁹¹.

El original es de Arboleda-Flórez y Holley (1989)¹⁹². La escala consta de tres ítems:

1. Ha tenido pensamientos, deseos o fantasías sobre suicidio o morir.
2. En el último año ha realizado algún intento de quitarse la vida.
3. En el último año se ha causado voluntariamente una herida a sí mismo.

¹⁸⁷ Vásquez Contreras, C. F. (2011)

¹⁸⁸ Becerra, S., Torres, G., & Ruiz, J. I. (2008)

¹⁸⁹ Becerra, S., Torres, G., & Ruiz, J. I. (2008)

¹⁹⁰ Becerra, S., Torres, G., & Ruiz, J. I. (2008)

¹⁹¹ Becerra, S., Torres, G., & Ruiz, J. I. (2008)

¹⁹² Arboleda-Florez, J., & Holley, H. (1989)

El formato de respuesta es Sí o No para cada pregunta, en la calificación se toman en cuenta las puntuaciones para cada ítem y la puntuación total que va de 0 a 3. A mayor puntaje mayor es el riesgo de suicidio.

Escala de Desesperanza de BECK:

Consta de 20 ítems a los que hay que responder con verdadero o falso para determinar las expectativas negativas sobre el futuro y bienestar de las personas.

Tiene una puntuación total de 20 comprendida entre 0 y 20 puntos en tres factores diferentes:

Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).

Factor motivacional (pérdida de motivación).

Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro), y Según la puntuación total se establecen puntos de corte:

Riesgo Bajo de cometer Suicidio:

0 – 3: Ninguno o Mínimo.

4 – 8: Leve.

Riesgo Alto de cometer Suicidio:

9 – 14: Moderado.

15 – 20 Alto.

- **Escala de Experiencias Disociativas –II** de Carlson, E. B. y Putnam, F. W. et al.¹⁹³ Año: 1993.

Adaptación española: E. Icarán y F. Orengo-García¹⁹⁴, La DES original, la DES-T (versión abreviada de 8 ítems) y versión del DES para población adolescente, la DES-II emplea una escala tipo Likert que va desde 0% (“no me pasa nunca”) al 100 % (“me pasa siempre”).

“Se utiliza en adultos en población clínica o no para la identificación y cuantificación de experiencias disociativas, sus distintos tipos y la frecuencia de producirse, desajustes en la memoria, problemas de identidad, cognición y sensaciones de despersonalización. Consta de 28 ítems, con una fiabilidad y validez elevada. La DES-II se corrige sumando los porcentajes y dividiendo el total por 28. Puntuaciones de 30 o superiores nos puede dar información de la existencia de un trastorno disociativo, la escala no nos da un diagnóstico DSM.”

¹⁹³ Carlson y Putnam, 1993

¹⁹⁴ Icarán, Colom y García, 1996, p. 69-84

Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica Escala de Experiencias Disociativas –II universidad de complutense de Madrid.

- **Toronto Alexithymia Scale de 20 ítems (TAS-20).**

“La TAS-20 consta de tres factores. El primer factor (conformado por los ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14) mide la dificultad para reconocer sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas, que acompañan la activación de las emociones. El segundo factor (conformado por los ítems 2, 4, 11, 12 y 17) mide la dificultad para poder describir los propios sentimientos a otras personas. Por último, el tercer factor (conformado por los ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20) capta el estilo de pensamiento orientado hacia lo externo, es decir un pensamiento enfocado a los aspectos superficiales y no profundos como la emoción, se pudo observar que principalmente el factor 3 presentaba dificultades, La prueba en general fue válida y confiable.”¹⁹⁵
Vásquez Contreras, Carlos Francisco, 2009.

Cuestionario abreviado del “Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad” (IPDE) en su versión DSM-IV.

Es un cuestionario autoaplicado, que consta de (77 ítems) de respuestas dicotómicas Verdadero/Falso, un instrumento de cribado previo para tener un perfil clínico de los trastornos de la personalidad y en ningún caso sirve para realizar diagnósticos psiquiátricos certeros de trastornos de la personalidad.

Inventario de Personalidad de EYSENCK (EPI):

Consta de 57 ítems de respuesta dicotómica sí/no, mide dos factores: extraversión frente a introversión y neuroticismo frente a control. Además, presenta una escala de sinceridad (entendida como “respuesta social”) para contrarrestar las respuestas distorsionadas.

Escala de Impulsividad de Plutchik:

Está diseñada para evaluar conductas impulsivas en pacientes que tienen tendencia de “hacer cosas sin pensar” y de forma impulsiva. Está formada de 15 ítems,

Capacidad para planificar (3 ítems).

Control de los estados emocionales (3 ítems).

Control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales (3 ítems).

Control de otras conductas (6 ítems).

¹⁹⁵ Vásquez Contreras, 2011

Las respuestas se puntúan de 0 a 3 (nunca, a veces, a menudo, casi siempre). Hay cuatro ítems que se puntúan en sentido inverso (4, 6, 11 y 15). La puntuación total va desde 0 hasta 45. En la versión española, los autores proponen un punto de corte de 20.

Cuestionario MULTICAGE “con 32 ítems que investigan ocho escalas (alcohol, drogas, juego patológico, Internet, videojuegos, gasto compulsivo, trastornos de la alimentación y sexo), abuso/dependencia de alcohol (ítems 1-4); juego patológico (ítems 5-8); adicción a sustancias (ítems 9-12); trastornos de la alimentación (ítems 13-16); adicción a Internet (ítems 17-20); adicción a videojuegos (ítems 21-24); gasto compulsivo (ítems 25-28) y adicción al sexo (ítems 29-32)”, “consta de 4 ítems que se responden «Sí» o «No» y se estima que ninguna o una respuesta afirmativa indican INEXISTENCIA de ese problema; se considera que dos o más respuestas afirmativas sugieren problemas y la respuesta afirmativa a las cuatro sugiere la SEGURA existencia de ese problema y requieren intervención profesional. Es un cuestionario que se utiliza en detectar comportamientos adictivos y problemas tratables, fácil de llevar a cabo, de forma rápida, fiable, de bajo coste con buena validez, sensibilidad diagnóstica y de fácil interpretación, está validado para la población española” Validación de un instrumento para la detección de trastornos de control de impulsos y adicciones: el MULTICAGE CAD-4 EJ Pedrero Pérez, et.al, Trastornos Adictivos. 2007¹⁹⁶.

¹⁹⁶ Pérez, E. P., Monje, M. R., Alonso, F. G., Girón, M. F., López, M. P., & Romero, J. C. (2007)

V. RESULTADOS E INTERPRETACIONES.

Expondremos primero los valores obtenidos tras aplicar las distintas pruebas y en una segunda parte se realizará un estudio más exhaustivo del tema.

V.1. AUTOLESIONES EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE CEUTA

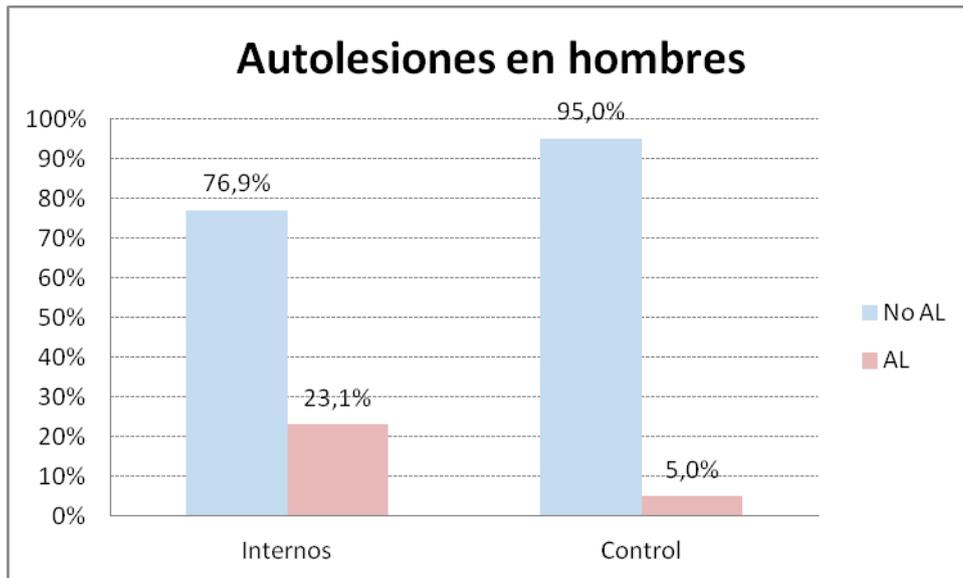
		Interno o control		Total
		Interno	Control	
Autolesiones	Obs.	83	18	101
	Esp.	50,5	50,5	101,0
	% en AL	82,2%	17,8%	100,0%
	% en IC	23,1%	5,0%	14,0%
	R. Tip	4,6	-4,6	
No Autolesiones	Obs.	277	342	619
	Esp.	309,5	309,5	619,0
	% en AL	44,7%	55,3%	100,0%
	% en IC	76,9%	95,0%	86,0%
	R. Tip	-1,8	1,8	
Total	Obs.	360	360	720
	Esp.	360,0	360,0	720,0
	% en AL	50,0%	50,0%	100,0%
	% en IC	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 16,491$, gl :1, IC : 95% valor p= 0,001

Tabla 1.1.- Tabla de contingencia Hombres Autolesionable *

Interno o control: Los valores indican el número de hombres con autolesiones y sin ellas sobre una muestra de 360 internos (**Interno**) y otra muestra control de otros 360 hombres (**control**). Analizando los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**), el % de incidencia dentro de su mismo grupo (**% en IC**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresan el valore chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**), el grado de libertad (**gl**) y el **valor P**.



Gráfica 1.1.- % Autolesiones en hombres: Las barras muestran los valores promedio del % de hombres que se autolesionan (AL) y los que no se autolesionan (No AL), tanto en la población interna (**Internos**) como en la muestra control (**Control**).

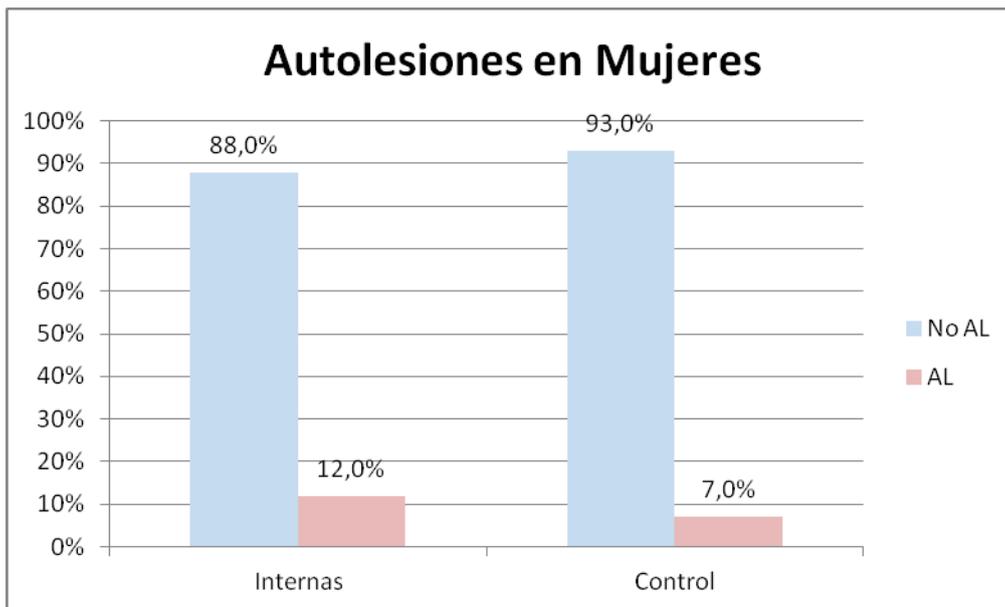
		Interno o control		Total
		Interno	Control	
Autolesionable	Obs.	12	7	19
	Esp.	9,5	9,5	19,0
	% en AL	63,2%	36,8%	100,0%
	% en IC	12,0%	7,0%	9,5%
	R. Tip	0,8	-0,8	
No Autolesionable	Obs.	88	93	181
	Esp.	90,5	90,5	181,0
	% en AL	48,6%	51,4%	100,0%
	% en IC	88,0%	93,0%	90,5%
	R. Tip	-0,3	0,3	
Total	Obs.	100	100	200
	Esp.	100,0	100,0	200,0
	% en AL	50,0%	50,0%	100,0%
	% en IC	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 1,454$, gl :1, IC : 95% valor p= 0,228

Tabla 1.2.- Tabla de contingencia Mujeres Autolesionable *

Interno o control: Los valores indican el número de mujeres con autolesiones y sin ellas sobre una muestra de 100 internas (**Interno**) y otra muestra control de otras 100 mujeres (**Control**). Analizando los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**), el % de incidencia dentro de su mismo grupo (**% en IC**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresan los valores chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**), el grado de libertad (**gl**) y el **valor P**.



Gráfica 1.2.- % Autolesiones en mujeres: Las barras muestran los valores promedios del % de mujeres que se autolesionan (AL) y los que no se autolesionan (No AL), tanto en la población interna (**Internas**) como en la muestra control (**Control**).

Las investigaciones especializadas muestran resultados muy diversos en relación a las autolesiones en el medio penitenciario, si bien en nuestro estudio hemos encontrado datos significativos que evidencian grandes diferencias entre el comportamiento autolesivo dentro y fuera de los centros penitenciarios.

Para poder realizar un análisis más exhaustivo y evitar caer en errores sin remisión debemos diferenciar el comportamiento autolesivo entre hombres y mujeres.

En el apartado de hombres existe gran diferencia entre las autolesiones dentro y fuera del medio penitenciario, casi cuadruplicando los casos existentes entre los producidos en el interior respecto al exterior. (Tabla 1,1)

Los datos anteriores evidencian una respuesta del sujeto ante el internamiento manifestada mediante la autolesión, respuesta que multiplica por cinco las probabilidades de que un sujeto se autolesione, dato que es significativo con un nivel de confianza del 95% de que los casos superen los dieciséis autolesionados de cada cien con un grado de libertad, es decir clasificándolos entre autolesionados y no autolesionados. (Gráfica 1,1).

Si atendemos además a la inferencia estadística que emerge de los residuos tipificados la tendencia de los internos es hacia un mayor número de autolesiones de los obtenidos por muestreo frente a la tendencia a la baja de los autolesionados en el exterior con un nivel de significación elevado ($p < 0,001$).

En el apartado de mujeres la gran diferencia entre las autolesiones dentro y fuera del medio penitenciario se reduce a la obtenida para los hombres, duplicando los casos existentes entre los producidos en el interior respecto al exterior. (Tabla 1,2).

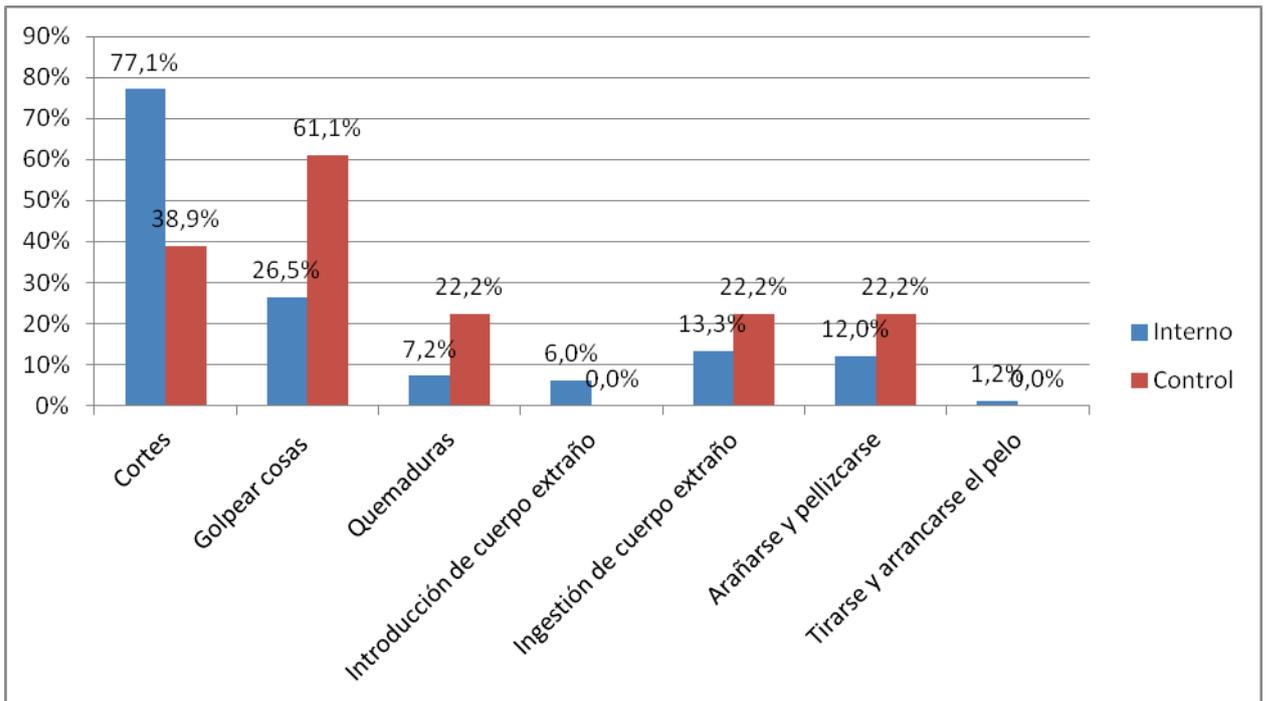
La respuesta de la mujer ante el internamiento manifestada mediante la autolesión multiplica por dos las probabilidades de que un sujeto se autolesione siendo además significativo el dato con un nivel de confianza del 95% de que los casos superen los 1,5 mujeres de cada cien si dividimos con un grado de libertad, es decir clasificándolos entre autolesionados y no autolesionados. (Gráfica 1,2).

El dato que emerge de los residuos tipificados es la tendencia de los internos hacia un mayor número de autolesiones de los obtenidos por muestreo frente a la tendencia a la baja de los autolesionados en el exterior con un nivel de significación muy reducido ($p < 0,228$) por lo que la brecha dentro y fuera de autolesiones se amplía.

		Interno o control		Estadísticas
		Interno	Control	
Cortes	Obs.	64	7	χ^2 : 10,348 IC : 95% Valor P: 0,002
	Esp.	58,3	12,7	
	% en AL	77,10%	38,90%	
	R. Tip	0,7	-1,6	
Golpear cosas	Obs.	22	11	χ^2 : 8,052 IC : 95% Valor P: 0,006
	Esp.	27,1	5,9	
	% en AL	26,50%	61,10%	
	R. Tip	-1	2,1	
Quemaduras	Obs.	6	4	χ^2 : 3,728 IC : 95% Valor P: 0,075
	Esp.	8,2	1,8	
	% en AL	7,20%	22,20%	
	R. Tip	-0,8	1,7	
Introducción CE	Obs.	5	0	χ^2 : 1,141 IC : 95% Valor P: 0,367
	Esp.	4,1	0,9	
	% en AL	6,00%	0,00%	
	R. Tip	0,4	-0,9	
Ingestión_CE	Obs.	11	4	χ^2 : 0,941 IC : 95% Valor P: 0,261
	Esp.	12,3	2,7	
	% en AL	13,30%	22,20%	
	R. Tip	-0,4	0,8	
Arañarse	Obs.	10	4	χ^2 : 1,282 IC : 95% Valor P: 0,217
	Esp.	11,5	2,5	
	% en AL	12,00%	22,20%	
	R. Tip	-0,4	1	
Tirarse	Obs.	1	0	χ^2 : 0,219 IC : 95% Valor P: 0,822
	Esp.	0,8	0,2	
	% en AL	1,20%	0,00%	
	R. Tip	0,2	-0,4	

Tabla 2.- Tipo de lesiones-categorías en hombres: Los valores muestran las autolesiones producidas, según el tipo, entre los sujetos masculinos internos (**Interno**) y la muestra de control (**control**). Dividiéndose en las siguientes categorías: **cortes, golpear cosas, quemaduras, Introducción de cuerpos extraños (introducción CE), ingestión de cuerpos extraños (Ingestión CE), arañarse** y tirarse y arrancarse el pelo (**Tirarse**).

En cada categoría se especifica el número de observaciones (**Obs.**), el número esperado (**Esp.**), el % que representa sobre el total (**%en AL**) y el residuo tipificado (**R. Tip**). Así como los valores estadísticos chi-cuadrado (χ^2), Índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor p**).



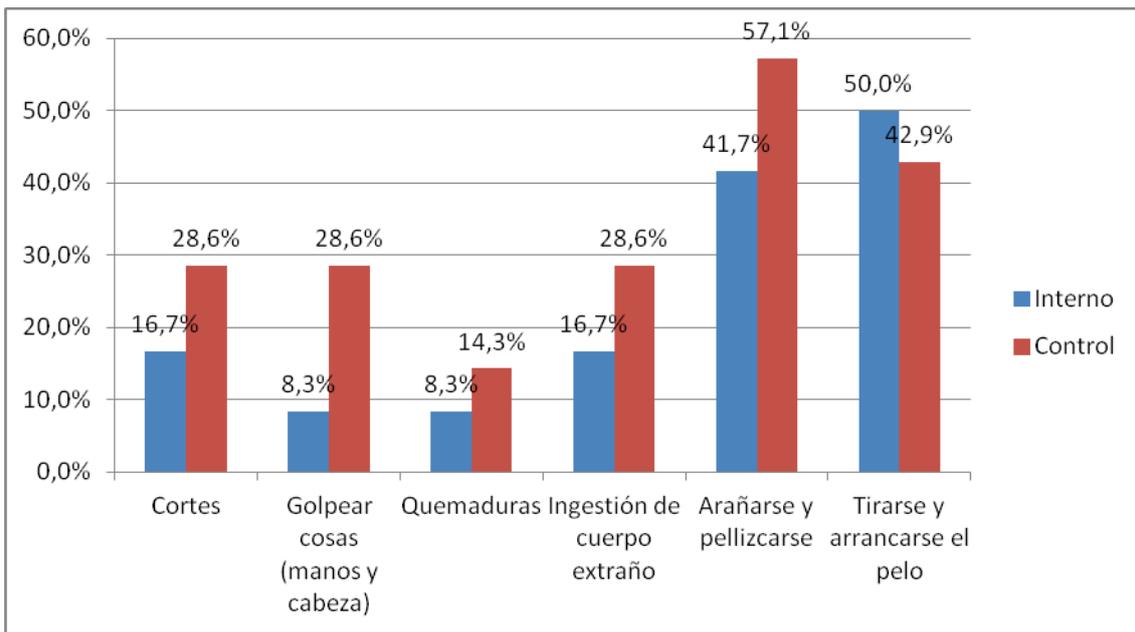
Gráfica 2.- Tipo de lesiones-categorías en hombres: Las barras muestran los valores promedios del % de hombres que se autolesionan en cada una de las categorías: **cortes**, **golpear cosas**, **quemaduras**, **introducción de cuerpos extraños**, **ingestión de cuerpos extraños**, **arañarse y pellizcarse** y **tirarse y arrancarse el pelo**. Comparando la población interna (**Interno**) y la muestra control (**Control**).

		Interna	Control	Estadísticas
Cortes	Obs.	2	2	χ^2: 0,377 IC : 95% Valor P: 0,475
	Esp.	2,5	1,5	
	% en AL	16,70%	28,60%	
	R. Tip	-0,3	0,4	
Golpear cosas	Obs.	1	2	χ^2 : 1,362 IC : 95% Valor P: 0,296
	Esp.	1,9	1,1	
	% en AL	8,30%	28,60%	
	R. Tip	-0,7	0,9	
Quemaduras	Obs.	1	1	χ^2: 0,166 IC : 95% Valor P: 0,614
	Esp.	1,3	0,7	
	% en AL	8,30%	14,30%	
	R. Tip	-0,2	0,3	
Ingestión_CE	Obs.	2	2	χ^2: 0,377 IC : 95% Valor P: 0,475
	Esp.	2,5	1,5	
	% en AL	16,70%	28,60%	
	R. Tip	-0,3	0,4	
Arañarse	Obs.	5	4	χ^2 : 0,425 IC : 95% Valor P: 0,430
	Esp.	5,7	3,3	
	% en AL	41,70%	57,10%	
	R. Tip	-0,3	0,4	
Tirarse	Obs.	6	3	χ^2: 0,090 IC : 95% Valor P: 0,570
	Esp.	5,7	3,3	
	% en AL	50,00%	42,90%	
	R. Tip	0,1	-0,2	

Tabla 3.- Tabla de contingencia Mujeres Autolesionable * Interno o control:

Los valores muestran las autolesiones producidas, según el tipo, entre las mujeres internas (**Interno**) y la muestra de control (**Control**). Dividiéndose en las siguientes categorías: **cortes**, **golpear cosas**, **quemaduras**, Introducción de cuerpos extraños (**introducción CE**), ingestión de cuerpos extraños (**Ingestión CE**), **arañarse** y tirarse y arrancarse el pelo (**Tirarse**).

En cada categoría se especifica el número de observaciones (**Obs.**), el número esperado (**Esp.**), el % que representa sobre el total (**%en AL**) y el residuo tipificado (**R. Tip**). Así como los valores estadísticos chi-cuadrado (χ^2), Índice de confianza (**IC**) y nivel de significación (**valor p**).



Gráfica 3.- Tipo de lesiones-categorías en mujeres: Las barras muestran los valores promedios del % de mujeres que se autolesionan en cada una de las categorías: **cortes, golpear cosas, quemaduras, introducción de cuerpos extraños, ingestión de cuerpos extraños, arañarse y pellizcarse y tirarse y arrancarse el pelo**. Comparando la población interna (**Interno**) y la muestra control (**control**).

No sólo es importante conocer si un sujeto se autolesiona sino que es necesario concretar el tipo de lesión por la información que lleva implícita tal autolesión; un corte requiere mayor grado de agresión autoinfligida que tirarse del pelo o una ingestión o una quemadura necesitaran un plazo de curación que tirarse del pelo y dicho tiempo de curación puede servir como refuerzo al sujeto para futuras autolesiones.

Clasificamos por tanto las autolesiones en las siguientes: cortes, golpear cosas, quemaduras, introducción cuerpos extraños, ingestión de cuerpos extraños, arañarse y tirarse del pelo.

Vuelve a ser necesario para la fiabilidad de los datos y sus conclusiones distinguir entre hombres y mujeres, por lo que procedemos a analizar independientemente.

En la casuística del estudio sobre el tipo de autolesiones que protagonizan los internos se aprecia que las heridas incisas (cortes) presentan la mayor frecuencia (77%) debido a dos poderosas razones; la fácil accesibilidad de los instrumentos para llevar a cabo este tipo autolesiones (cuchilla de afeitar).y el valor o status que frente a terceros en los centros penitenciarios tiene el corte, se le considera “valiente”; la demostración del ego por parte del hombre en la sociedad libre se canaliza a través del trabajo, el poder o el dinero pero en una sociedad penitenciaria es a través del status en una subcultura prisionizada. (Tabla 2)

En el grupo de control, es decir personas no internadas en centros se aprecia que el golpeo de cosas (61%) es su primera opción para autolesionarse causado por la facilidad de ejecución de dicha autolesión, la impulsividad y la pérdida de significado social que en los centros tiene el tipo de autolesión.

Aunque la autolesión principal es diferente entre internos y controles, la segunda opción de lesión de cada uno de ellos completa la opción elegida por el otro, es decir si analizamos conjuntamente los dos tipos de lesión son las mayoritarias dentro y fuera de prisión. (Gráfica 2)

Existen autolesiones que llamativamente se producen en los centros pero no existe constancia con peso estadístico fuera como son la introducción de cuerpos extraños debido al rechazo personal que supone esta opción, rechazo superado una vez se ingresa en prisión.

Muchos internos han respondido a más de una autolesión, se autolesionan de 2 o más formas de ahí que nuestra suma sea superior al 100%, siendo los datos estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Existen opciones secundarias de autolesión más utilizadas por el grupo de control como las quemaduras o la ingestión, constatando que dichas diferencias se debe principalmente al acceso a los medios para producirlas.

En la casuística del estudio sobre el tipo de autolesiones que protagonizan las mujeres se aprecia que tirarse y arrancarse el pelo es la opción mayoritaria con un 50% seguido de cerca de arañarse y pellizcarse con un 42% aproximadamente, mientras que en mujeres controles aparece en primer lugar arañarse y pellizcarse con un 57 % seguido de tirarse y arrancarse el pelo con un 42%, (Tabla 3).

La variación respecto a los tipos de autolesión entre ambos sexos es muy acentuada por lo que existe una razón subyacente que diferencie de forma radical ambos sexos.

En las mujeres tanto internas como control las dos autolesiones mayoritarias están destinadas a elementos que afectan de forma directa a la imagen que el sujeto quiere mostrar a terceras personas, siendo ese elemento crucial para ellas a diferencia de los hombres, si bien sólo afectan en la imagen de forma transitoria sin generar lesiones permanentes que pudieran perjudicar su imagen. (Gráfica 3)

A diferencia de los hombres donde existen autolesiones que se produzcan en los centros pero no en el exterior existiendo una mayor correlación y semejanza entre los tipos de lesiones en internas y en controles.

Muchos internos han respondido a más de una autolesión y se autolesionan de 2 o más formas siendo mayoritario en el caso de las mujeres control.

En resumen, en los centros penitenciarios para la elección de las autolesiones pesan diferentes valores según sean hombres o mujeres; en el caso de los hombres tiene mucho valor la opción que muestre violencia o impulsividad con efectos de status frente a terceros, y en las mujeres pesa la opción que modifique el aspecto o apariencia frente al resto.

Del total de internos que se autolesionan el porcentaje de heridas incisas a nivel de brazo y antebrazo izquierdo son el 78% y en brazo y antebrazo derecho son del 46%, mientras que a nivel abdominal presenta aproximadamente el 42%, y a nivel de ambas piernas es alrededor del 12%. (Figura 3).

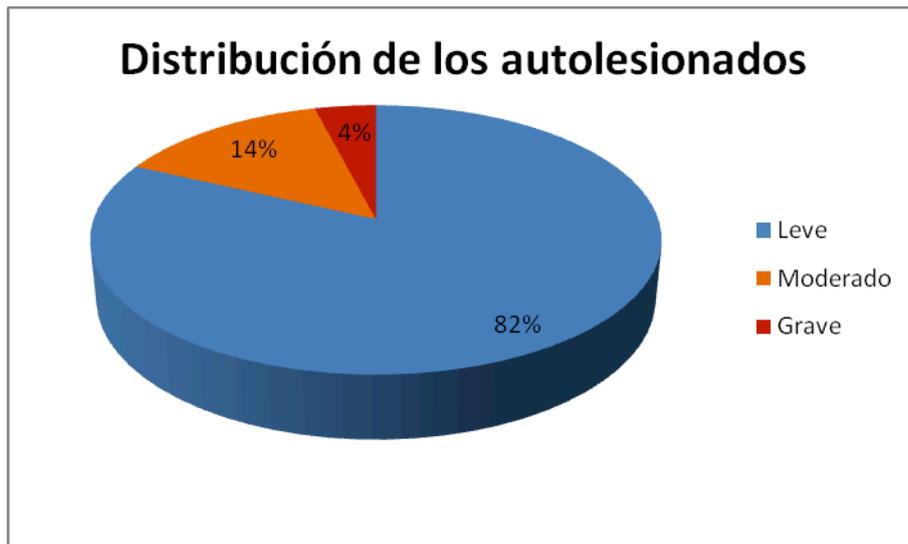


Figura 1.- Distribución de las autolesiones. En este gráfico podemos ver la distribución porcentual de los distintos tipos de autolesiones, según el pronóstico médico legal, clasificadas en leve, moderado y grave.

La distribución de los autolesionados según el pronóstico médico legal, es decir según el tiempo de que tardan en curar las lesiones y la gravedad de la misma muestra que la mayoría de los autolesionados fueron catalogados como leves, representando el 82%, los menos graves (moderado) el 14% y los graves conforman el 4% (Figura 1)

En el medio penitenciario español, la mayoría de las autolesiones se producen mediante heridas incisas superficiales y el pronóstico leve es el más frecuente con notable diferencia sobre los demás lo que demuestra que dichas lesiones tienen gran valor informativo y menos repercusión lesiva.

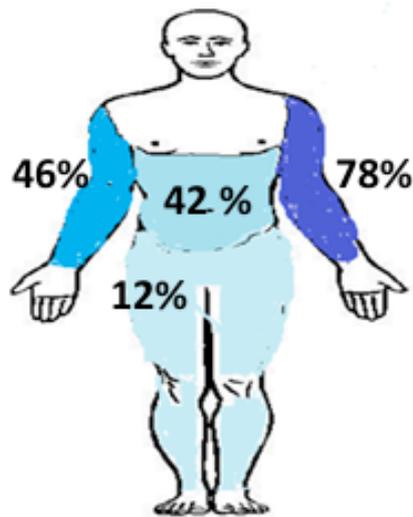


Figura 2.- Distribución de las heridas según localización en el cuerpo. La imagen muestra la distribución media de las heridas según su localización en el cuerpo.

Las heridas incisas se localizan principalmente a nivel de la cara anterior de ambos antebrazos y brazos con predominio del brazo y antebrazo izquierdo sobre el brazo y antebrazo derecho, ya que el porcentaje de individuos diestros es francamente superior al de individuos zurdos o ambidiestros, por el mismo motivo la lesión se dirige a la pierna derecha mucho más que a la izquierda. (Figura 2).

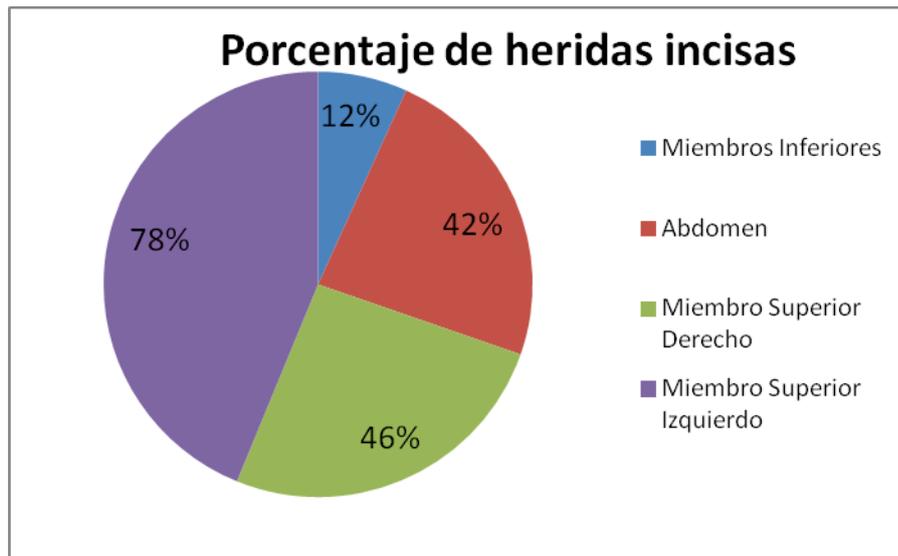


Figura 3.- Porcentaje de heridas incisas. El gráfico muestra la distribución media de las heridas según su localización en el cuerpo, diferenciando entre miembros inferiores, abdomen, miembro superior derecho y miembros superior izquierdo.

Del total de internos que se autolesionan el porcentaje de heridas incisas a nivel de brazo y antebrazo izquierdo son el 78% y en brazo y antebrazo derecho son del 46%, mientras que a nivel abdominal presenta aproximadamente el 42%, y a nivel de ambas piernas es alrededor del 12%. (Figura 3).

V.2. INTENTOS DE SUICIDIO EN EL CENTRO PENITENCIARIO

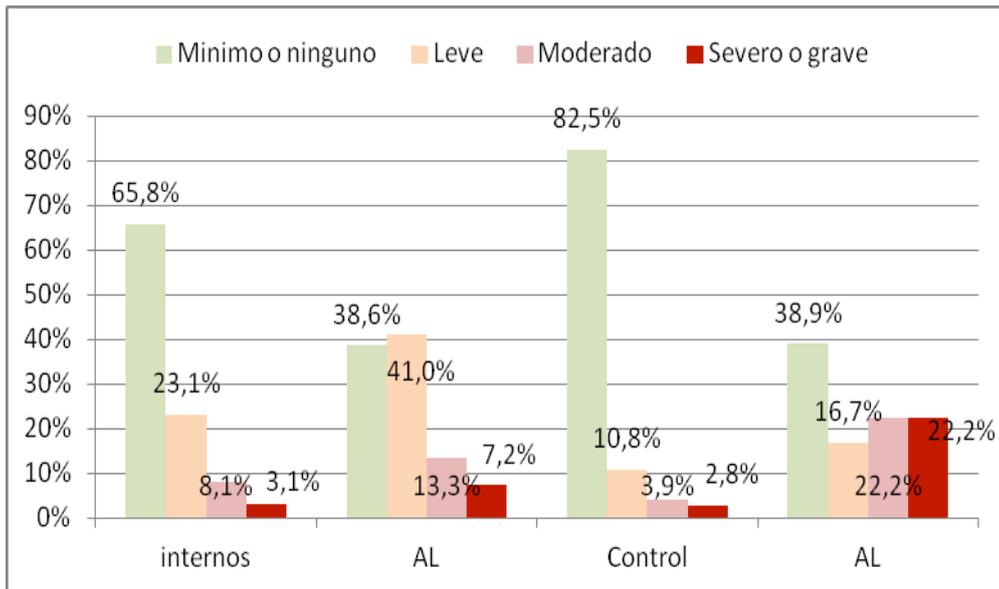
			Riesgo Suicidio				Total
			Mínimo o ninguno	Leve	Moderado	Severo o grave	
AL	Interno	Obs.	32	34	11	6	83
		Esp	32,0	30,4	12,3	8,2	83,0
		% Int/Cont	38,6%	41,0%	13,3%	7,2%	100,0%
		% Riesgo	82,1%	91,9%	73,3%	60,0%	82,2%
		R. Tip	,0	,7	-,4	-,8	
	Control	Obs.	7	3	4	4	18
		Esp	7,0	6,6	2,7	1,8	18,0
		% Int/Cont	38,9%	16,7%	22,2%	22,2%	100,0%
		% Riesgo	17,9%	8,1%	26,7%	40,0%	17,8%
		R. Tip	,0	-1,4	,8	1,7	
Total	Interno	Obs.	237	83	29	11	360
		Esp	267,0	61,0	21,5	10,5	360,0
		% Int/Cont	65,8%	23,1%	8,1%	3,1%	100,0%
		% Riesgo	44,4%	68,0%	67,4%	52,4%	50,0%
		R. Tip	-1,8	2,8	1,6	,2	
	Control	Obs.	297	39	14	10	360
		Esp	267,0	61,0	21,5	10,5	360,0
		% Int/Cont	82,5%	10,8%	3,9%	2,8%	100,0%
		% Riesgo	55,6%	32,0%	32,6%	47,6%	50,0%
		R. Tip	1,8	-2,8	-1,6	-,2	

χ^2 : 27,871, IC 95%, Valor p: 0,001

Tabla 4.1.- Riesgo de suicidio en el centro penitenciario de Ceuta – Categorías (Hombres): Los valores muestran el riesgo de suicidio tanto de la población interna masculina (**interno**) como de la muestra control masculina (**control**) dividido en cuatro categorías: mínimo o ninguno, leve, moderado y severo o grave. Analizando, por un lado, los individuos que presentaban autolesiones (**AL int/cont**) y, por otro, el total de los casos (**Total Int/Cont**).

En cada uno de los casos se estudia el número de observaciones (**Obs.**), el resultado esperado (**Esp.**), el % dentro del grupo analizado (**% Int/Cont**), el % dentro de riesgo de suicidio (**% Riesgo**) y los **Residuos tipificados**.

En la parte inferior se expresan los valores chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 4.1.- Riesgo de suicidio en el centro penitenciario de Ceuta – Categorías (Hombres): Las barras muestran los valores porcentuales del riesgo de suicidio en cada una de las categorías: Riesgo mínimo o ninguno, riesgo leve, riesgo moderado y riesgo severo o grave. De izquierda a derecha encontramos: 1. Internos totales, 2. Internos con autolesiones, 3. Control totales y 4. Control con autolesiones

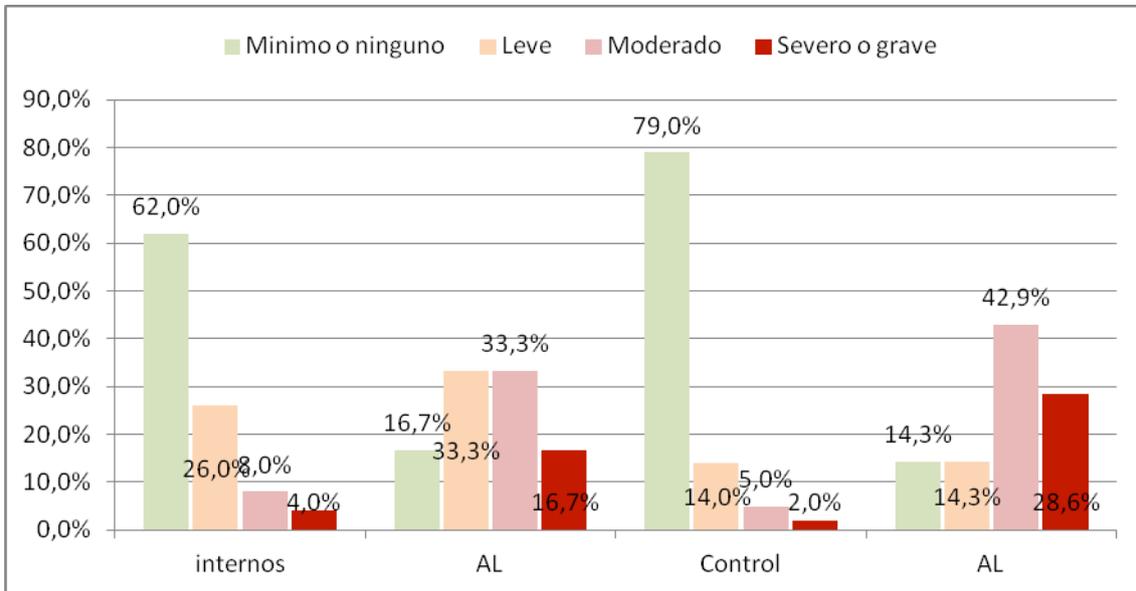
			Riesgo Suicidio				Total
			Mínimo o ninguno	Leve	Moderado	Severo o grave	
AL	Interno	Obs.	2	4	4	2	12
		Esp	1,9	3,2	4,4	2,5	12
		% Int/Cont	16,70%	33,30%	33,30%	16,70%	100,00%
		% Riesgo	66,70%	80,00%	57,10%	50,00%	63,20%
		R. Tip	0,1	0,5	-0,2	-0,3	
	Control	Obs.	1	1	3	2	7
		Esp	1,1	1,8	2,6	1,5	7
		% Int/Cont	14,30%	14,30%	42,90%	28,60%	100,00%
		% Riesgo	33,30%	20,00%	42,90%	50,00%	36,80%
		R. Tip	-0,1	-0,6	0,3	0,4	
Total	Interno	Obs.	62	26	8	4	100
		Esp	70,5	20	6,5	3	100
		% Int/Cont	62,00%	26,00%	8,00%	4,00%	100,00%
		% Riesgo	44,00%	65,00%	61,50%	66,70%	50,00%
		R. Tip	-1	1,3	0,6	0,6	
	Control	Obs.	79	14	5	2	100
		Esp	70,5	20	6,5	3	100
		% Int/Cont	79,00%	14,00%	5,00%	2,00%	100,00%
		% Riesgo	56,00%	35,00%	38,50%	33,30%	50,00%
		R. Tip	1	-1,3	-0,6	-0,6	

χ^2 : 7,009, IC 95%, Valor p: 0,072

Tabla 4.2.- Riesgo de suicidio en el centro penitenciario de Ceuta – Categorías (Mujeres): Los valores muestran el riesgo de suicidio tanto de la población interna femenina (**interno**) como de la muestra control femenina (**control**) dividido en cuatro categorías: mínimo o ninguno, leve, moderado y severo o grave. Analizando, por un lado, los individuos que presentaban autolesiones (**AL int/cont**) y, por otro, el total de los casos (**Total Int/Cont**).

En cada uno de los casos se estudia el número de observaciones (**Obs.**), el resultado esperado (**Esp.**), el % dentro del grupo analizado (**Int/Cont**), el % dentro de riesgo de suicidio (**% Riesgo**) y los **Residuos tipificados**.

En la parte inferior se expresan los valores chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 4.2.- Riesgo de suicidio en el centro penitenciario de Ceuta – Categorías (Mujeres): Las barras muestran los valores porcentuales de riesgo de suicidio en cada una de las categorías: Riesgo mínimo o ninguno, riesgo leve, riesgo moderado y riesgo severo o grave. De izquierda a derecha encontramos: 1. Internos totales, 2. Internos con autolesiones, 3. Control totales y 4. Control con autolesiones

INTENTOS DE SUICIDIO EN EL CENTRO PENITENCIARIO

Debemos diferenciar las autolesiones infringidas sin intención de suicidio de las autolíticas o destinadas al suicidio y diferenciar en ambos sexos.

Los internos hombres son particularmente vulnerables al suicidio, dato demostrado por la muerte en prisión, la cual se ha convertido en la mayor preocupación de las Instituciones Penitenciarias en España ya que uno de cinco internos que fallece en la cárcel lo hace por suicidio.

Para determinar el riesgo de suicidio lo hemos clasificado en ningún riesgo, leve, moderado y severo, considerando que sólo debe existir riesgo real cuando lo calificamos de moderado o severo.

Teniendo en cuenta la hipótesis anterior el 11% de los internos tienen riesgo de suicidio frente al 7% del grupo de control con unos residuos positivos en los internos y negativos en los controles que nos indican una tendencia al alza de los internos y a la baja de los controles. (Tabla 4,1).

A sensu contrario se desprende que la población penitenciaria de Ceuta presentó un riesgo leve-moderado de suicidio mientras que la población no reclusa se sitúa casi en su totalidad en la franja de riesgo mínimo o ninguno

Aunque las cifras de riesgo de suicidio aparentemente parecen bajas no lo son, ya que no se encuentran sesgadas por los autolesionados y se refieren a la población general.

El hecho de que los internos tengan frecuencias más altas de tentativas de suicidio que entre los controles está justificado por varias razones como son que muchos de los encarcelados presentan historias previas de intentos de suicidio; incluso algunos de ellos varias veces, como con las encontradas en otras investigaciones, que no todos los internos se encuentran bien clasificados en centros ordinarios debiendo estar en psiquiátricos o que el efecto del encarcelamiento sólo se produce en los internos y no en los no internos.

Podemos enumerar también los siguientes factores como desencadenantes del suicidio de los internos: los trastornos mentales como consecuencia del consumo de drogas, los trastornos de la personalidad, límite y antisocial entre otros muy frecuentes en prisiones, los trastornos afectivos, la inestabilidad emocional con estado psicopatológico de depresión y de desesperanza, junto con su primer ingreso en prisión, tipo de delito cometido, relación de arraigo familiar, intentos de suicidios previos, su ubicación en celda individual y de aislamiento hace que sean factores precipitantes de la conducta suicida

La población penitenciaria de CEUTA presentó un riesgo leve-moderado de suicidio, medido mediante la Escala de Desesperanza de Beck, Casi un 19% de los

presos habían intentado suicidarse, la mediana de los intentos fue de 2 y el 56% sólo lo había intentado una vez, el 33% dos y más del 11% tres veces.

Como se aprecia en los gráficos 4,1 y 4,2, la estimación del riesgo suicida según la escala de desesperanza de los internos seleccionados en este estudio, nos dan como resultado que en hombres y mujeres el riesgo mínimo o inexistente es distinta y estadísticamente significativa.

Respecto a los autolesionados la cifra de internos con riesgo moderado o grave es del 21% frente al 44% de los controles, cifra que inicialmente parece contraria a lo esperado pero que se justifica por el mayor control de los internos autolesionados a través de los PPS o planes de prevención de suicidios así como el mayor valor informativo y de motivación extrínseca de las autolesiones en los centros frente al valor más realista de las autolesiones en el exteriores respecto al suicidio. (Gráfica 4,1).

Si clasificamos a las internas con ningún riesgo, leve, moderado y severo, y consideramos que sólo debe existir riesgo real cuando lo calificamos de moderado o severo el 12% de las internas tienen riesgo de suicidio frente al 8% del grupo de control con unos residuos positivos en los internos y negativos en los controles que nos indican una tendencia al alza de los internos y a la baja de los controles. (Tabla 4.2 Mujeres); aunque las cifras aparentemente parecen bajas no lo son, ya que no se encuentran sesgadas por los autolesionados y se refieren a la población general.

El hecho de que las internas tengan frecuencias más altas de tentativas de suicidio que entre los controles está justificado por las mismas razones que para los hombres.

Respecto a las autolesionadas la cifra de internas con riesgo moderado o grave es del 41% frente al 64% de los controles, cifra que inicialmente parece contraria a lo esperado pero que se justifica por el mayor control de los internos autolesionados a través de los PPS o planes de prevención de suicidios así como el mayor valor informativo y de motivación extrínseca de las autolesiones en los centros frente al valor más realista de las autolesiones en el exteriores respecto al suicidio. (Gráfica 4,2).

Históricamente se ha asociado la autolesión a los intentos suicidas y por ende a la depresión, de tal manera que se les ha ubicado dentro de un mismo continuo, siendo entre otros factores la letalidad una de las características distintivas¹⁹⁷. Autores como Firestone y Seiden¹⁹⁸ proponen que la autolesión es un sustituto del suicidio, el cual suplanta a la acción autodestructiva fatal, permitiendo de esta manera la continuación de la vida. En tanto Walsh¹⁹⁹ propone una distinción muy clara entre la dinámica psicológica de la autolesión y el intento suicida, lo cual no excluye que en ambos coexistan síntomas depresivos.

¹⁹⁷ Whitlock & Knox, 2007; Brittlebank, Cole, Hassanyeh, Kenny, Simpson & Scott, 1990

¹⁹⁸ Firestone y Seiden, 1990, p. 207-213.

¹⁹⁹ Walsh, 2007, p. 1057-1068.

			Media Veces				Total
			Una vez	2 a 5 veces	6 a 10 veces	más de 10	
Interno o control	Interno	Obs.	37	23	7	16	83
		Esp	39,4	22,2	8,2	13,1	83,0
		% Int/Cont	44,6%	27,7%	8,4%	19,3%	100,0%
		% Media	77,1%	85,2%	70,0%	100,0%	82,2%
		R. Tip	-,4	,2	-,4	,8	
	Control	Obs.	11	4	3	0	18
		Esp	8,6	4,8	1,8	2,9	18,0
		% Int/Cont	61,1%	22,2%	16,7%	0,0%	100,0%
		% Media	22,9%	14,8%	30,0%	0,0%	17,8%
		R. Tip	,8	-,4	,9	-1,7	
Total	Obs.	48	27	10	16	101	
	Esp	48,0	27,0	10,0	16,0	101,0	
	% Int/Cont	47,5%	26,7%	9,9%	15,8%	100,0%	
	% Media	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

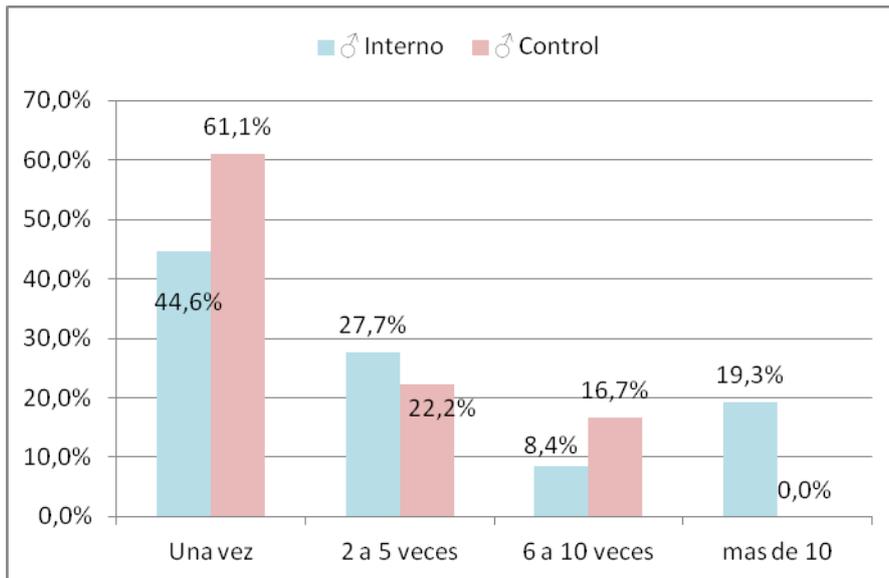
χ^2 : 5,500, IC 95%, Valor p: 0,139

Tabla 5.1.- Tabla de contingencia Interno o control * Media veces Hombres:

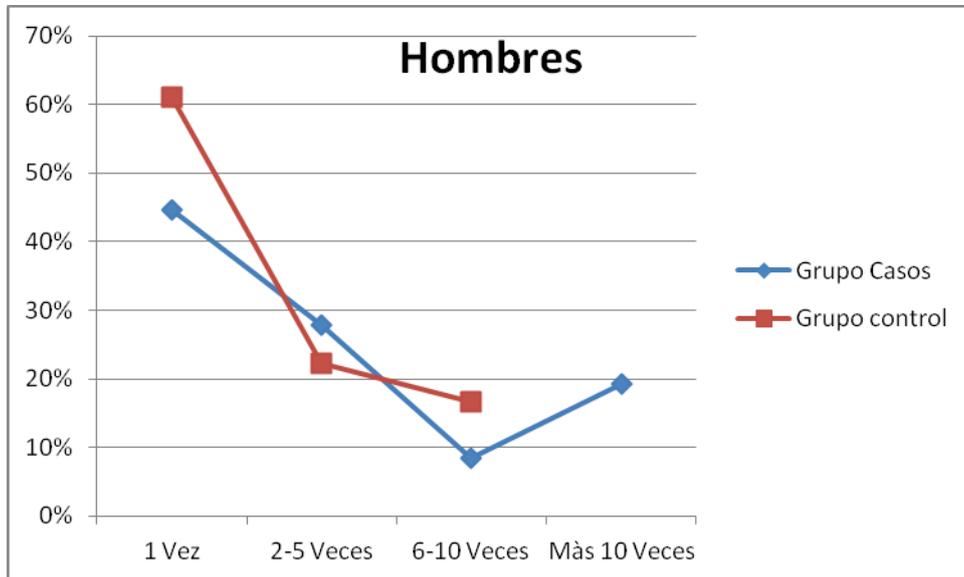
Los valores indican los valores medios y totales de la media de veces en que los hombres se autolesionan. Dividiendo en cuatro rangos de frecuencia: **Una vez, de 2 a 5 veces, de 6 a 10 veces y más de 10 veces.**

Analizando tanto a los internos (**Interno**) como a la muestra control (**control**) en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% Int/Cont**), el % de los casos que se encuentran en la media (**% Media**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresan los valores chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 5.1.- Porcentaje del número de veces con autolesiones en casos y control: Las barras muestran los valores promedios del % de hombres que se autolesionan según el número de veces que lo hacen: una vez, de 2 a 5 veces, de 6 a 10 veces y más de 10 veces. Comparando la población interna (**Interno**) y la muestra control (**control**).



Gráfica 5.1 BIS.- Porcentaje del número de veces con autolesiones en casos y control: Las líneas muestran los valores promedios del % de hombres que se autolesionan según el número de veces que lo hacen: una vez, de 2 a 5 veces, de 6 a 10 veces y más de 10 veces. Comparando la población interna (**Interno**) y la muestra control (**control**).

En este estudio hemos comprobado la frecuencia de autolesiones en ambos sexos y hemos podido comprobar que el porcentaje de hombres que se autolesionan es significativamente mayor al de mujeres. Así mismo, podemos apreciar que también se acentúan las autolesiones en el grupo de internos frente al grupo control independientemente del sexo (Tablas 5,1 y 5,2).

Ahora bien, es de destacar que mientras en el grupo control hay una disminución exponencial de los sujetos que se autolesionan reiteradamente, en el grupo de internos desciende más lentamente pero tiene un aumento significativo en los individuos que se lesionan más de 10 veces, siendo inexistente en el caso del control (Gráfica 5,1 y 5,1 BIS).

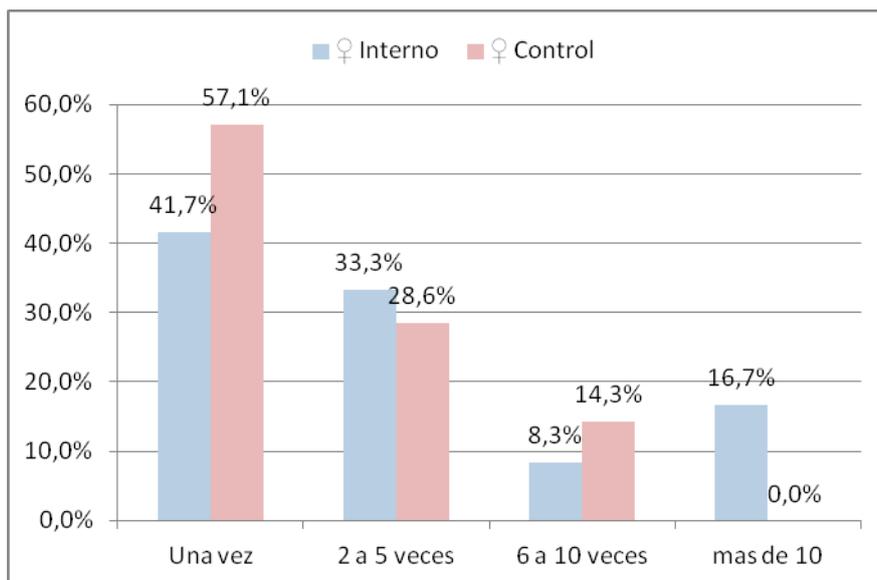
			Media Veces				Total
			Una vez	2 a 5 veces	6 a 10 veces	más de 10	
Interno o control	Interno	Obs.	5	4	1	2	12
		Esp	5,7	3,8	1,3	1,3	12,0
		% Int/Cont	41,7%	33,3%	8,3%	16,7%	100,0%
		% Media	55,6%	66,7%	50,0%	100,0%	63,2%
		R. Tip	-,3	,1	-,2	,7	
	Control	Obs.	4	2	1	0	7
		Esp	3,3	2,2	0,7	0,7	7,0
		% Int/Cont	57,1%	28,6%	14,3%	0,0%	100,0%
		% Media	44,4%	33,3%	50,0%	0,0%	36,8%
		R. Tip	,4	-,1	,3	-0,9	
Total	Obs.	9	6	2	2	19	
	Esp	9,0	6,0	2,0	2,0	19,0	
	% Int/Cont	47,4%	31,6%	10,5%	10,5%	100,0%	
	% Media	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

χ^2 : 1,571, IC 95%, Valor p: 0,666

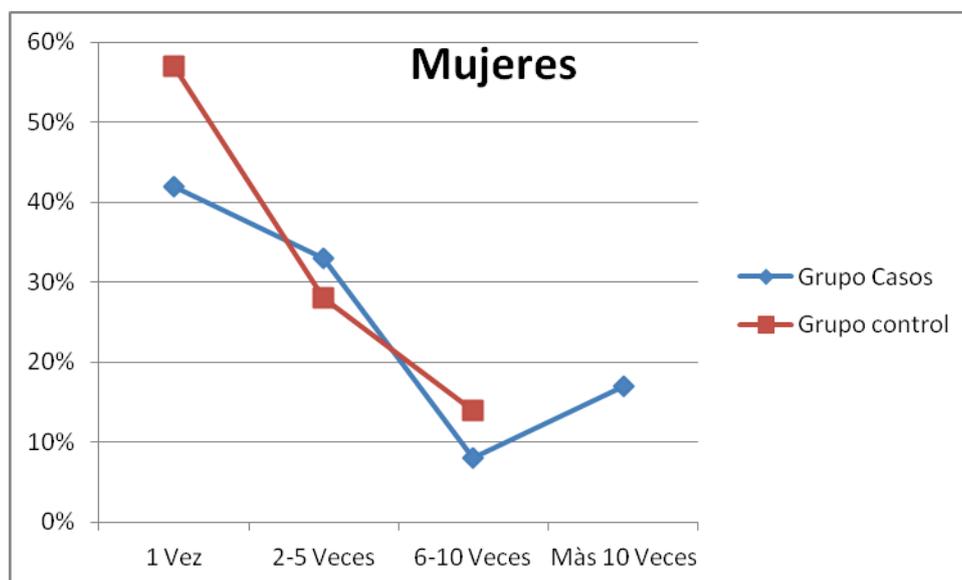
Tabla 5.2.- Tabla de contingencia Interno o control * Media veces Mujeres:
Los valores indican los valores medios y totales de la media de veces en que las mujeres se autolesionan. Dividiendo en cuatro rangos de frecuencia: **Una vez, de 2 a 5 veces, de 6 a 10 veces y más de 10 veces.**

Analizando tanto a los internos (**Interno**) como a la muestra control (**control**) en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% Int/Cont**), el % de los casos que se encuentran en la media (**% Media**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresan los valores chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 5.2.- Porcentaje del número de veces con autolesiones en casos y control: Las barras muestran los valores promedios del % de mujeres que se autolesionan según el número de veces que lo hacen: una vez, de 2 a 5 veces, de 6 a 10 veces y más de 10 veces. Comparando la población interna (**Interno**) y la muestra control (**control**).



Gráfica 5.2 BIS.- Porcentaje del número de veces con autolesiones en casos y control: Las líneas muestran los valores promedios del % de mujeres que se autolesionan según el número de veces que lo hacen: una vez, de 2 a 5 veces, de 6 a 10 veces y más de 10 veces. Comparando la población interna (**Interno**) y la muestra control (**control**).

Esta conducta podemos afirmar que es común a todos los internos, independientemente del sexo, pues en el grupo de reclusas sucede exactamente igual frente al grupo control (gráfica 5.2 y 5.2 Bis).

Las internas siguen un comportamiento similar al manifestado por los internos sin que existan casos del grupo control que intente la autolesión más de diez veces, vuelve a demostrarse que los programas para evitar las autolesiones no son completamente eficaces. (Tabla 5.2 y Gráfica 5,2).

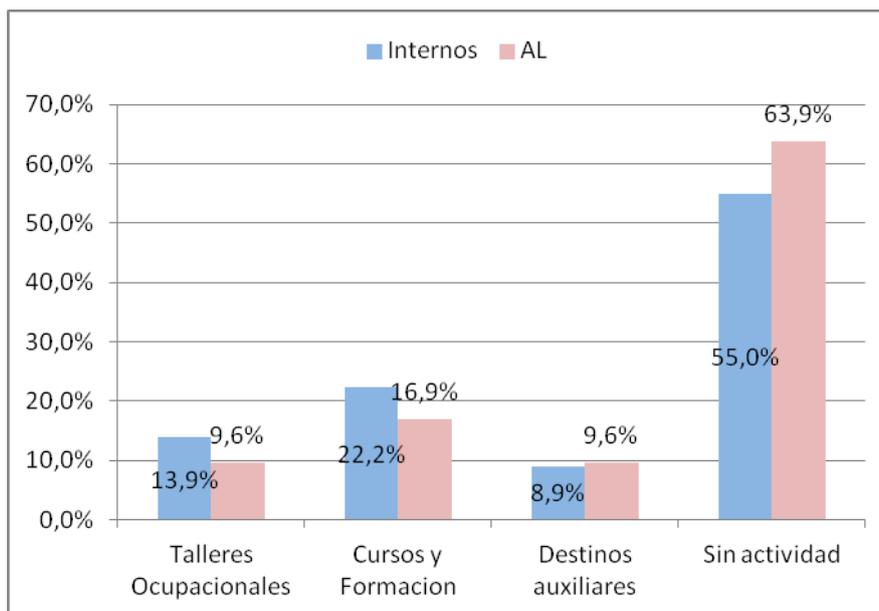
		Actividad Prisión				Total
		Talleres Ocupacionales	Cursos y Formación	Destinos auxiliares	Sin actividad	
AL	Obs.	8	14	8	53	83
	Esp.	11,5	18,4	7,4	45,7	83,0
	% en AL	9,6%	16,9%	9,6%	63,9%	100,0%
	R. Tip	-1,0	-1,0	,2	1,1	
No AL	Obs.	42	66	24	145	277
	Esp.	38,5	61,6	24,6	152,4	277,0
	% en AL	15,2%	23,8%	8,7%	52,3%	100,0%
	R. Tip	,6	,6	-,1	-,6	
Total	Obs.	50	80	32	198	360
	Esp.	50,0	80,0	32,0	198,0	360,0
	% en AL	13,9%	22,2%	8,9%	55,0%	100,0%

χ^2 : 4,401, IC 95%, Valor p: 0,221

Tabla 6.- Tabla de contingencia Autolesionable * Actividad Prisión: Los valores indican los valores medios y totales de la media de reclusos que realizan alguna actividad, o no, dentro de prisión. Dividiendo en cuatro categorías: **Talleres Ocupacionales, Cursos y Formación, Destinos auxiliares y Sin actividad.**

Analizando a los internos que se autolesionan (**AL**) como a los que no lo hacen (**No AL**) en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valore chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 6.- Tabla de contingencia Autolesionable * Actividad Prisión: Las barras muestran los valores porcentuales de presos que realizan alguna actividad, o no, dentro de prisión. Clasificándolos en cuatro categorías: **Talleres ocupacionales, Cursos y Formación, Destinos auxiliares y Sin actividad.** A su vez se distingue entre los presos que se autolesionan (AL) y los que no lo hacen (**Internos**).

Además del riesgo de las lesiones el cual puede llegar a generar la muerte existe una serie de factores que inciden en las conductas autolesivas y que vamos a analizar como el trabajo dentro del centro y anterior al ingreso, el estado civil de los internos, el nivel de estudios, la clasificación entre primarios y reincidentes y la religión.

El trabajo en prisión es un derecho y un deber de los internos que afecta en todas las esferas de su vida como la laboral, social, económica o la tratamental, y es en ésta última donde hemos corroborado que tiene una gran repercusión (Tabla 6)

Observamos en la gráfica que los internos que no realizan actividades de ningún tipo tienen una incidencia de autolesiones que alcanza el 55% o el 64% según se refiera a toda la muestra o sólo respecto a los autolesionados, es decir, se puede inferir que los internos que no realizan actividades y no ocupan su tiempo libre presentan más incidencia de autolesión con un índice de confianza del 95% (Gráfica 6).

Las personas que no ocupan su tiempo en tareas productivas tienen más incidencia en autolesionarse mientras que el resto de internos esta relación es estadísticamente inexistente.

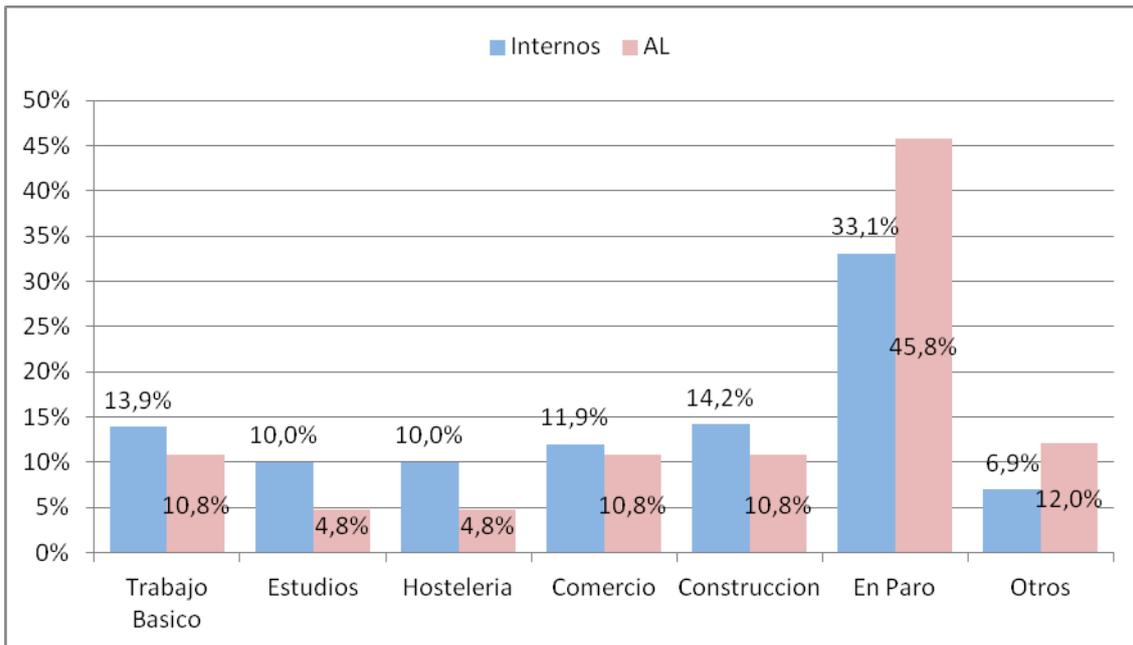
		Actividad Anterior							Total
		Trabajo Básico	Estudios	Hostelería	Comercio	Construcción	En Paro	Otros	
AL	Obs.	9	4	4	9	9	38	10	83
	Esp.	11,5	8,3	8,3	9,9	11,8	27,4	5,8	83,0
	% en AL	10,8%	4,8%	4,8%	10,8%	10,8%	45,8%	12,0%	100,0%
	R. Tip	-,7	-1,5	-1,5	-,3	-,8	2,0	1,8	
No AL	Obs.	41	32	32	34	42	81	15	277
	Esp.	38,5	27,7	27,7	33,1	39,2	91,6	19,2	277,0
	% en AL	14,8%	11,6%	11,6%	12,3%	15,2%	29,2%	5,4%	100,0%
	R. Tip	,4	,8	,8	,2	,4	-1,1	-1,0	
Total	Obs.	50	36	36	43	51	119	25	360
	Esp.	50,0	36,0	36,0	43,0	51,0	119,0	25,0	360,0
	% en AL	13,9%	10,0%	10,0%	11,9%	14,2%	33,1%	6,9%	100,0%

χ^2 : 16,794 IC 95%, Valor p: 0,010

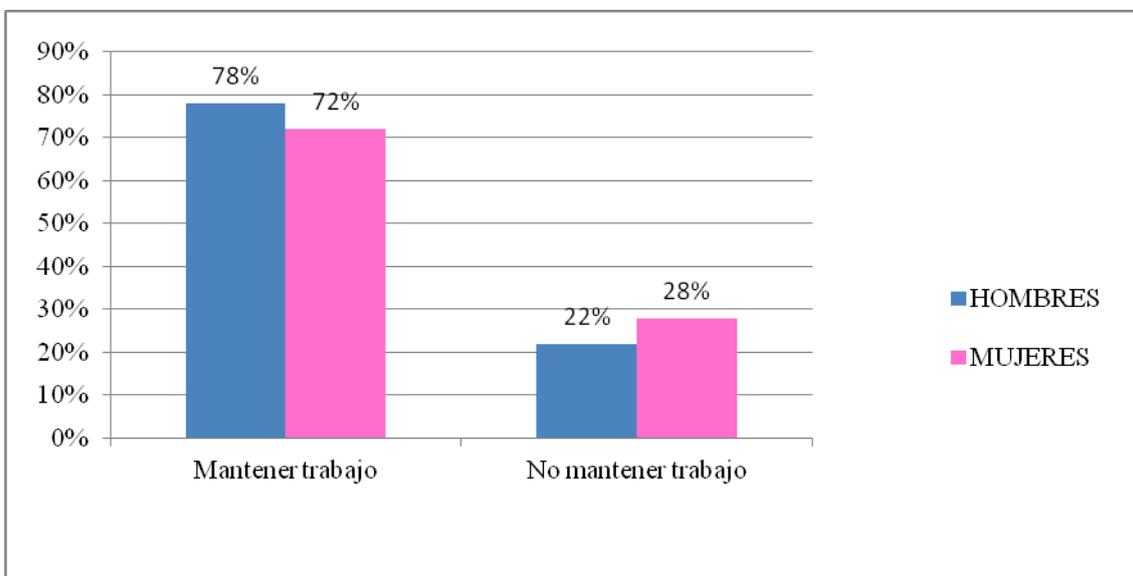
Tabla 7.- Actividades que realizaba antes de su entrada en prisión: Los valores indican los valores medios y totales de las actividades que realizaban los internos antes de ingresar en prisión. Dividiendo en siete categorías: **Trabajo básico, Estudios, Hostelería, Comercio, Construcción, En paro y Otros.**

Analizando a los internos que se autolesionan (**AL**) como a los que no lo hacen (**No AL**) en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valore chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 7.1.- Actividades que realizaba antes de su entrada en prisión: Las barras muestran los valores porcentuales de las actividades que realizaban los internos antes de ingresar en prisión. Dividiendo en siete categorías: **Trabajo básico, Estudios, Hostelería, Comercio, Construcción, En paro y Otros.** A su vez se distingue entre los presos que se autolesionan (**AL**) y los que no lo hacen (**Internos**).



Gráfica 7.2.- Relación de mantener trabajo/autolesión: Las barras muestran los valores porcentuales de los internos autolesionables que mantuvieron su trabajo y los que no lo hicieron, distinguiendo según su sexo entre **HOMBRES** y **MUJERES**.

Esta relación estadísticamente significativa se mantiene si obtenemos los datos laborales de los internos antes de su ingreso en los Centros Penitenciarios confirmando que aquellos sin ocupación o en paro representan un 33% con un 46% de los autolesionados (Tabla 7).

Si agrupamos por ocupaciones las diferencias no son significativas, confirmándose la hipótesis inicial de que aquellos internos que trabajan o que desempeñaban un trabajo antes de entrar en prisión tienen menor incidencia de autolesiones (Gráfica 7,1).

Si bien el trabajo anterior y el trabajo en prisión son determinantes para las autolesiones, como hemos verificado, el nexo entre ambas es mantenerlo en los Centros Penitenciarios, y esta variable incide de la misma forma que las variables expuestas siendo los propios internos quienes manifiestan ser capaces de mantener un trabajo a pesar de su adicción a la autolesión, dato que no coincide con otros estudios (Gráfica 7,2).

Por lo tanto la actividad laboral u ocupacional, además de ser un derecho y parte del tratamiento sirve de forma eficaz para evitar autolesiones y se encuentra valorada positivamente por los internos a diferencia de otros programas convirtiéndose en un medio útil de inferir, siendo conveniente potenciar los programas laborales y ocupacionales.

		Estado Civil			Total
		Soltero	Casado	Separado	
AL	Obs.	54	17	12	83
	Esp.	35,0	32,3	15,7	83,0
	% en AL	65,1%	20,5%	14,5%	100,0%
	R. Tip	3,2	-2,7	-,9	
No AL	Obs.	98	123	56	277
	Esp.	117,0	107,7	52,3	277,0
	% en AL	35,4%	44,4%	20,2%	100,0%
	R. Tip	-1,8	1,5	,5	
Total	Obs.	152	140	68	360
	Esp.	152,0	140,0	68,0	360,0
	% en AL	42,2%	38,9%	18,9%	100,0%

χ^2 : 23,845, IC 95%, Valor p: 0,001

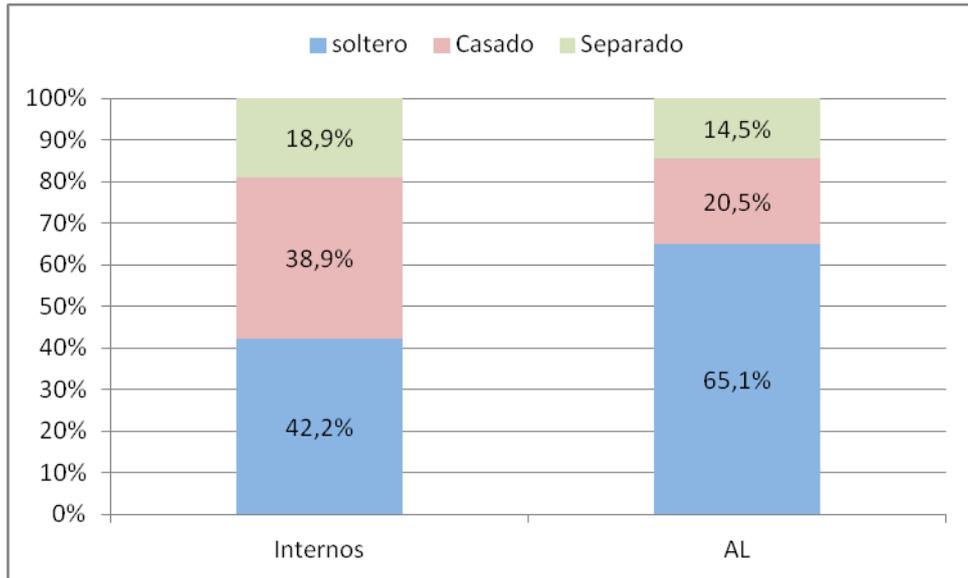
OR { Soltero } : 3.401 Risk Factor, IC 95%,

Inf/Sup : 2.034-5.687

Tabla 8.1.- Relación del estado civil/autolesión (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando el estado civil (**Soltero, casado o separado**) y su condición de autolesionable (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valore chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 8.1.- Relación del estado civil/autolesión (Hombres): Las barras muestran los valores porcentuales de las relaciones entre el estado civil (**Soltero, casado o separado**) y su condición de autolesionable (**AL**) o no (**Interno**).

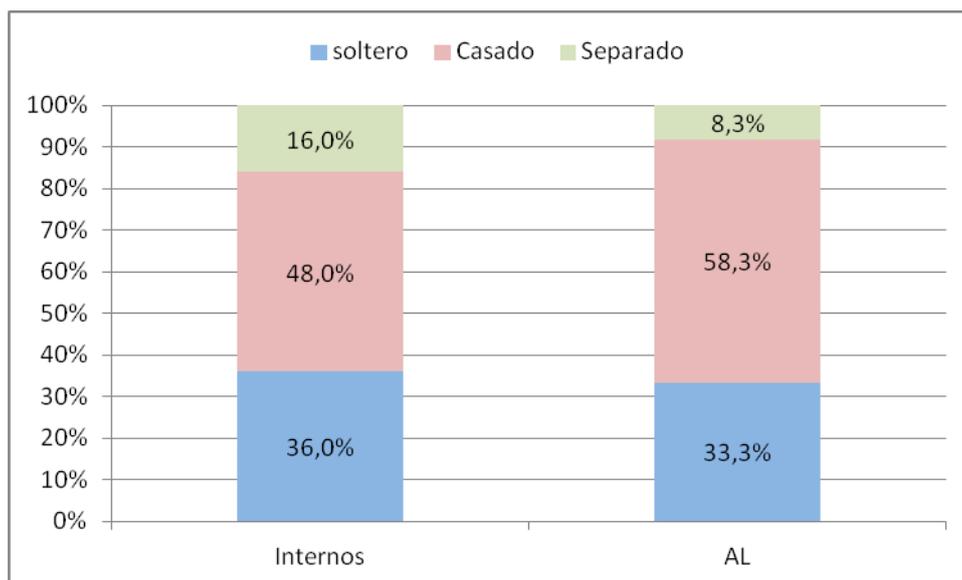
		Estado Civil			Total
		Soltero	Casado	Separado	
AL	Obs.	4	7	1	12
	Esp.	4,3	5,8	1,9	12,0
	% en AL	33,3%	58,3%	8,3%	100,0%
	R. Tip	-0,2	0,5	-,7	
No AL	Obs.	32	41	15	88
	Esp.	31,7	42,2	14,1	88,0
	% en AL	36,4%	46,6%	17,0%	100,0%
	R. Tip	0,1	-0,2	,2	
Total	Obs.	36	48	16	100
	Esp.	36,0	48,0	16,0	100,0
	% en AL	36,0%	48,0%	16,0%	100,0%

χ^2 : 0,831, IC 95%, Valor p: 0,660

Tabla 8.2.- Relación del estado civil/autolesión (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando el estado civil (**Soltero, casado o separado**) y su condición de autolesionable (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valore chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 8.2.- Relación del estado civil/autolesión (Mujeres): Las barras muestran los valores porcentuales de las relaciones entre el estado civil (**Soltero, casado o separado**) y su condición de autolesionable (**AL**) o no (**Interno**).

Estado civil.

En base a los datos obtenidos el estado civil de los internos hombres es una variable que determina una mayor predisposición a la autolesión, si bien sólo es representativo el estar soltero o no estarlo, sin presentar diferencias entre casado y separado. (Tabla 8,1).

Los solteros representan un 65% de los autolesionados, a pesar de que sean sólo el (42,2) % de la muestra, aunque a pesar de lo manifestado consideramos se debe valorar con cautela esta inferencia estadística ya que existen otras variables que inciden directamente en el estado civil (Gráfica 8,1).

En el caso de las mujeres los datos obtenidos del estado civil no determinan una mayor predisposición a la autolesión, distribuyéndose los autolesionados en la misma proporción que mantienen según el estado civil (Tabla 8,2).

Los internos solteros presentan más riesgo de autolesiones, con resultado estadísticamente representativo su asociación a la conducta autolesivas, y considerado como un factor de riesgo destacable, a diferencia de las internas donde no existe diferencia importante en cuanto al estado civil, si bien estos valores no tienen el nivel de significación deseado donde ser soltera no es un factor de riesgo, y las solteras y separadas y viudas se autolesionan con menor frecuencia (Gráfica 8.2).

En resumen la condición de estar soltero tiene estrecha relación con las conductas autolesivas y es considerado como un factor de riesgo

		AL	No AL	Total
Sin estudios	Obs.	33	28	61
	Esp.	14,1	46,9	61,0
	% N. Estudios	54,1%	45,9%	100,0%
	% en AL	39,8%	10,1%	16,9%
	R. Tip	5,0	-2,8	
Estudios primarios	Obs.	30	110	140
	Esp.	32,3	107,7	140,0
	% N. Estudios	21,4%	78,6%	100,0%
	% en AL	36,1%	39,7%	38,9%
	R. Tip	-,4	,2	
Estudios secundarios	Obs.	10	58	68
	Esp.	15,7	52,3	68,0
	% N. Estudios	14,7%	85,3%	100,0%
	% en AL	12,0%	20,9%	18,9%
	R. Tip	-1,4	,8	
Formación profesional	Obs.	9	49	58
	Esp.	13,4	44,6	58,0
	% N. Estudios	15,5%	84,5%	100,0%
	% en AL	10,8%	17,7%	16,1%
	R. Tip	-1,2	,7	
Estudios universitarios	Obs.	1	32	33
	Esp.	7,6	25,4	33,0
	% N. Estudios	3,0%	97,0%	100,0%
	% en AL	1,2%	11,6%	9,2%
	R. Tip	-2,4	1,3	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% N. Estudios	23,1%	76,9%	100,0%
	% en AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 : 45,335, IC 95%, Valor p: 0,001

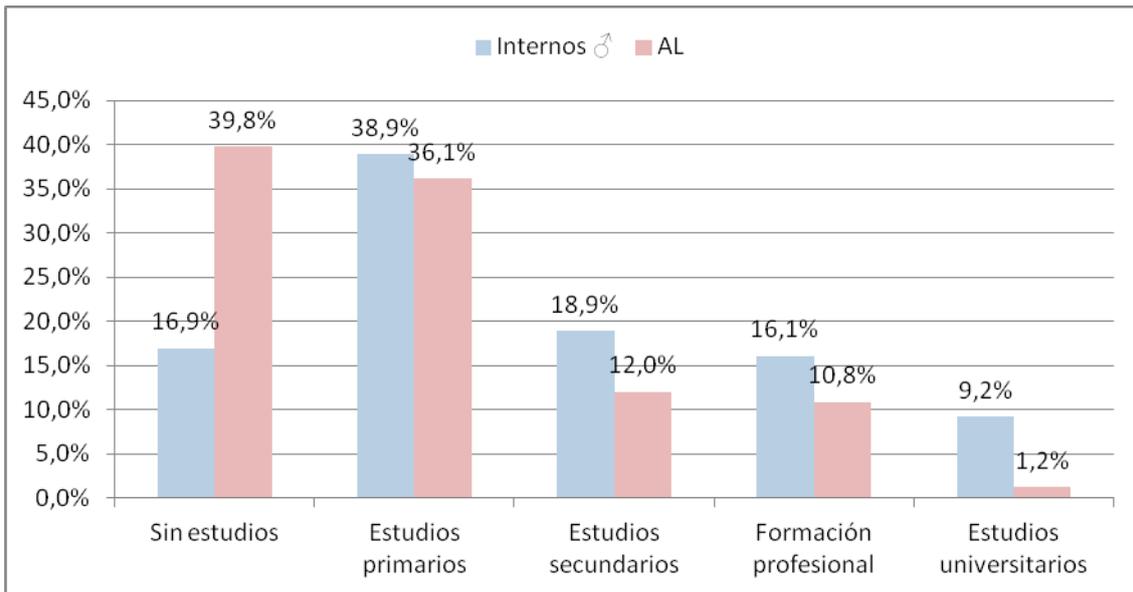
OR { Sin Estudios } : 5,869 Risk Factor, IC 95%, Inf/Sup : 3,260-10,568*

OR { Estudios universitarios } : 0,093 Protection Factor, Inf/Sup : 0,013-0,694*

Tabla 9.1.- Relación nivel de estudios autolesión (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando el nivel de estudios, clasificándolos en cinco categorías: **Sin estudios**, **Estudios primarios**, **Estudios secundarios**, **Formación profesional** y **Estudios universitarios**, y su condición de autolesionable (AL) o no (No AL).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valore chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 9.1.- Relación nivel de estudios autolesión (Hombres): Las barras muestran los valores porcentuales de las relaciones entre el nivel de estudios (**Sin estudios, Estudios primarios, Estudios secundarios, Formación profesional y Estudios universitarios**) y su condición de autolesionable (**AL**) o no (**Interno**).

		AL	No AL	Total
Sin estudios	Obs.	5	6	11
	Esp.	1,3	9,7	11,0
	% N. Estudios	45,5%	54,5%	100,0%
	% en AL	41,7%	6,8%	11,0%
	R. Tip	3,2	-1,2	
Estudios primarios	Obs.	4	32	36
	Esp.	4,3	31,7	36,0
	% N. Estudios	11,1%	88,9%	100,0%
	% en AL	33,3%	36,4%	36,0%
	R. Tip	-,2	,1	
Estudios secundarios	Obs.	2	28	30
	Esp.	3,6	26,4	30,0
	% N. Estudios	6,7%	93,3%	100,0%
	% en AL	16,7%	31,8%	30,0%
	R. Tip	-,8	,3	
Formación profesional	Obs.	1	11	12
	Esp.	1,4	10,6	12,0
	% N. Estudios	8,3%	91,7%	100,0%
	% en AL	8,3%	12,5%	12,0%
	R. Tip	-,4	,1	
Estudios universitarios	Obs.	0	11	11
	Esp.	1,3	9,7	11,0
	% N. Estudios	0,0%	100,0%	100,0%
	% en AL	0,0%	12,5%	11,0%
	R. Tip	-1,1	,4	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% N. Estudios	12,0%	88,0%	100,0%
	% en AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 : 14,146, IC 95%, Valor p: 0,007

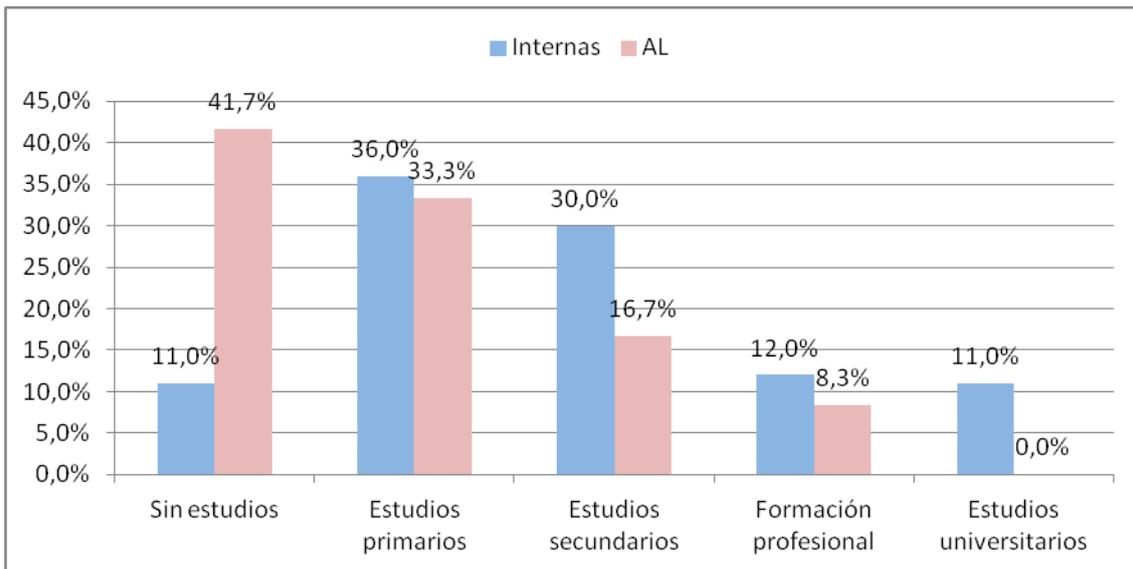
OR{ Sin Estudios } : 9,762, IC 95%, Inf/Sup : 2,370-

40,212 * Risk

Tabla 9.2.- Relación nivel de estudios autolesión (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando el nivel de estudios, clasificándolos en cinco categorías: **Sin estudios**, **Estudios primarios**, **Estudios secundarios**, **Formación profesional** y **Estudios universitarios**, y su condición de autolesionable (AL) o no (No AL).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valore chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 9.2.- Relación nivel de estudios autolesión (Hombres): Las barras muestran los valores porcentuales de las relaciones entre el nivel de estudios (**Sin estudios, Estudios primarios, Estudios secundarios, Formación profesional y Estudios universitarios**) y su condición de autolesionable (**AL**) o no (**Interno**).

Nivel de estudios.

Una variable que funciona como factor protector es el nivel de estudios de los internos, y estar sin estudio es un factor de riesgo importante de tener conducta autolesivas, destacar que cuanto más nivel de estudios menos incidencia de autolesiones, siendo los datos de la misma coincidentes entre hombres y mujeres; es interesante según los resultados obtenidos facilitar y fomentar la formación de los internos.

El 56% de internos hombres no tienen estudios, pero representan el 75% de las autolesiones, y a sensu contrario el 8% de internos hombres tienen estudios universitarios pero representan sólo el 1% de las autolesiones (Tabla 9,1).

Los datos extrapolados así como sus consecuencias tienen aún mayor peso ya que el grueso de la población penitenciaria se encuentra en grupos sin formación o de estudios primarios generando un efecto multiplicador en las autolesiones. (Gráfica 9,1).

El 47% de mujeres no tienen estudios, pero representan el 77% de las autolesiones, y a sensu contrario el 11% de mujeres tienen estudios universitarios sin incidencias en autolesiones (Tabla 9,2).

Como en el caso de los hombres los datos extrapolados y sus consecuencias tienen aún mayor peso ya que el grueso de la población penitenciaria se encuentra en

grupos sin formación o de estudios primarios generando un efecto multiplicador en las autolesiones. (Gráfico 9.2).

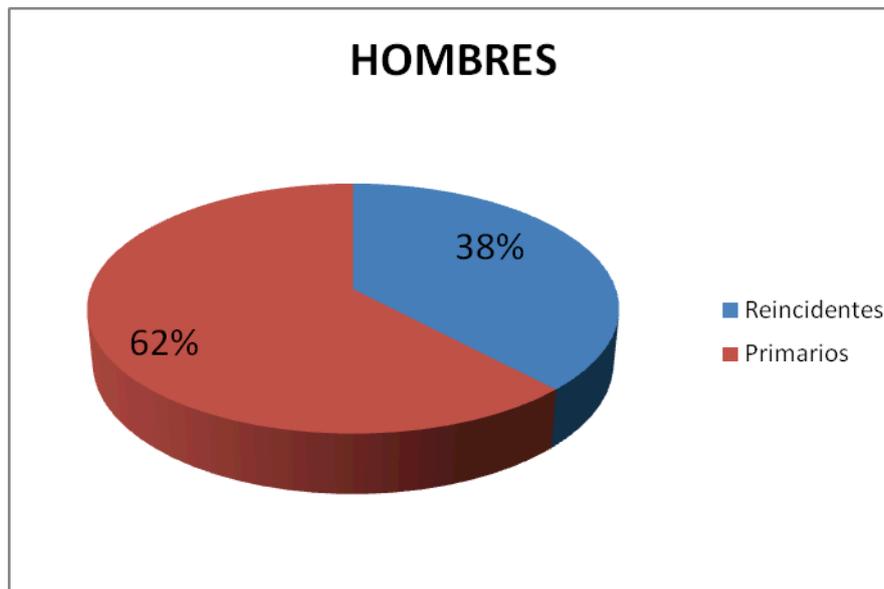


Figura 4.- Porcentaje de primarios y reincidentes de hombres en el C.P de Ceuta. El gráfico muestra la distribución media de hombres que ingresan en el Centro Penitenciario de Ceuta distinguiendo entre primarios o reincidentes.

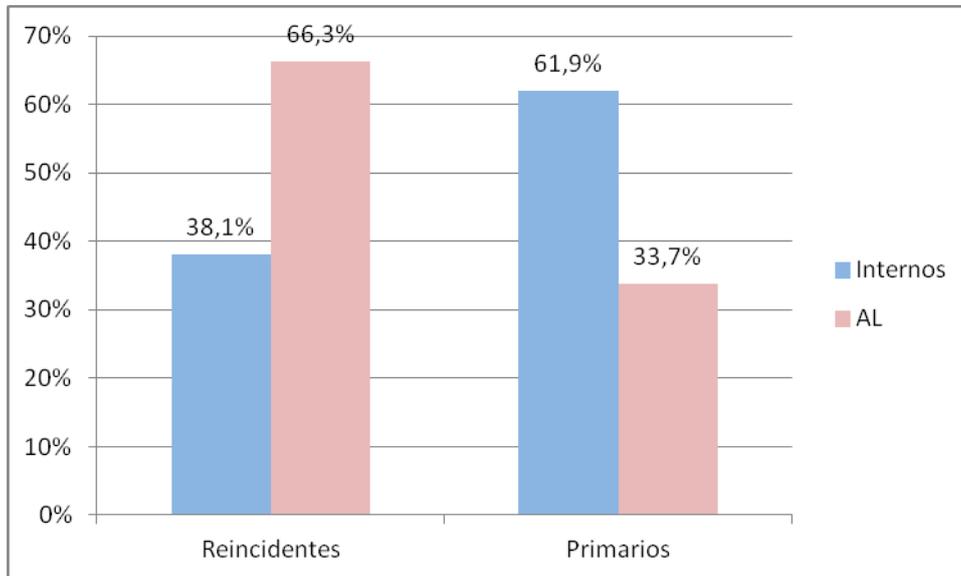
		AL	No AL	Total
Reincidentes	Obs.	55	82	137
	Esp.	31,6	105,4	137,0
	% R/P	40,1%	59,9%	100,0%
	% en AL	66,3%	29,6%	38,1%
	R. Tip	4,2	-2,3	
Primarios	Obs.	28	195	223
	Esp.	51,4	171,6	223,0
	% R/P	12,6%	87,4%	100,0%
	% en AL	33,7%	70,4%	61,9%
	R. Tip	-3,3	1,8	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% R/P	23,1%	76,9%	100,0%
	% en AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 : 36,414, IC 95%, Valor p: 0,001

Tabla 10.1.- Porcentaje de reincidencia delictiva/autolesión (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando su condición de autolesionable (AL) o no (No AL) en función de si son **Reincidentes** o de ingreso **primario**.

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**), % dentro de su grupo (**% R/P**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valore chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 10.1.- Porcentaje de reincidencia delictiva/autolesión (Hombres): Las barras muestran los valores porcentuales de las relaciones entre si los internos son **Reincidentes** o de ingreso **primario**, y su condición de autolesionable (**AL**) o no (**Interno**).

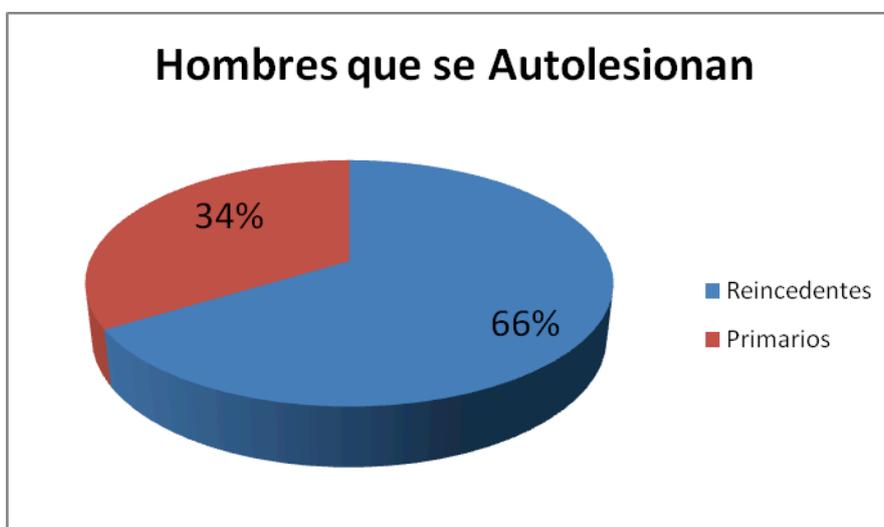


Figura 5. Porcentaje de reincidencia delictiva/autolesión (Hombres). El gráfico muestra la distribución media de hombres que se autolesionan en relación a su condición de **reincidente** o **primario**.

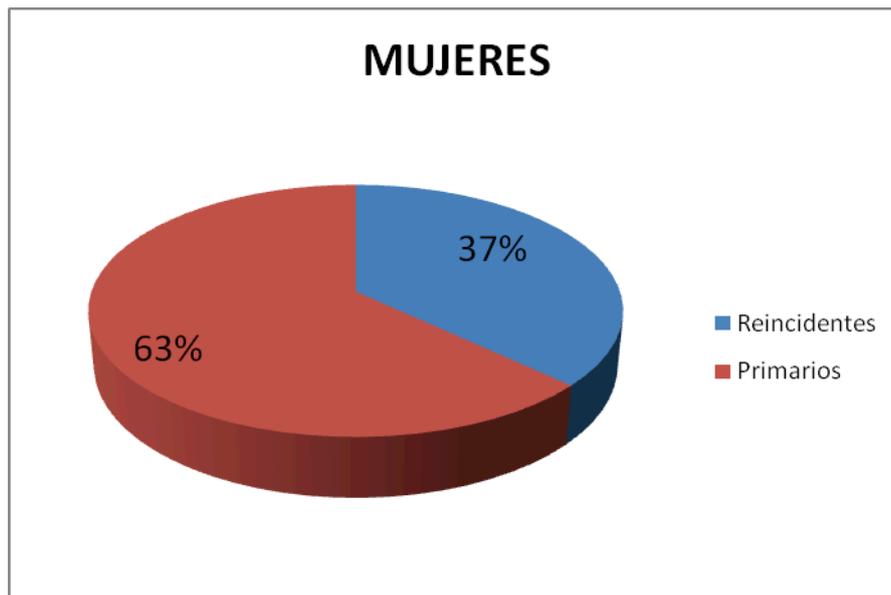


Figura 6.- Porcentaje de primarios y reincidentes de mujeres en el C.P de Ceuta. El gráfico muestra la distribución media de hombres que ingresan en el Centro Penitenciario de Ceuta distinguiendo entre primarios o reincidentes.

		AL	No AL	Total
Reincidentes	Obs.	7	30	37
	Esp.	4,4	32,6	37,0
	% R/P	18,9%	81,1%	100,0%
	% en AL	58,3%	34,1%	37,0%
	R. Tip	1,2	-,4	
Primarios	Obs.	5	58	63
	Esp.	7,6	55,4	63,0
	% R/P	7,9%	92,1%	100,0%
	% en AL	41,7%	65,9%	63,0%
	R. Tip	-,9	,3	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% R/P	12,0%	88,0%	100,0%
	% en AL	100,0%	100,0%	100,0%

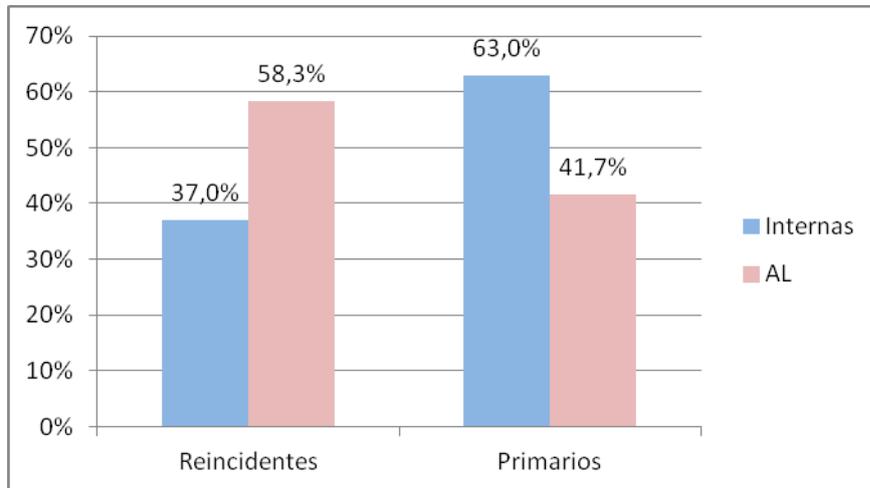
χ^2 : 2,662, IC 95%, Valor p: 0,103 Fisher : 0,120

Tabla 10.2.- Porcentaje de reincidencia delictiva/autolesión (Mujeres):

Los valores indican los valores medios y totales relacionando su condición de autolesionable (AL) o no (No AL) en función de si son **Reincidentes** o de ingreso **primario**.

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**), % dentro de su grupo (**% R/P**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valore chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 10.2.- Porcentaje de reincidencia delictiva/autolesión (Mujeres): Las barras muestran los valores porcentuales de las relaciones entre si los internos son **Reincidentes** o de ingreso **primario**, y su condición de autolesionable (**AL**).

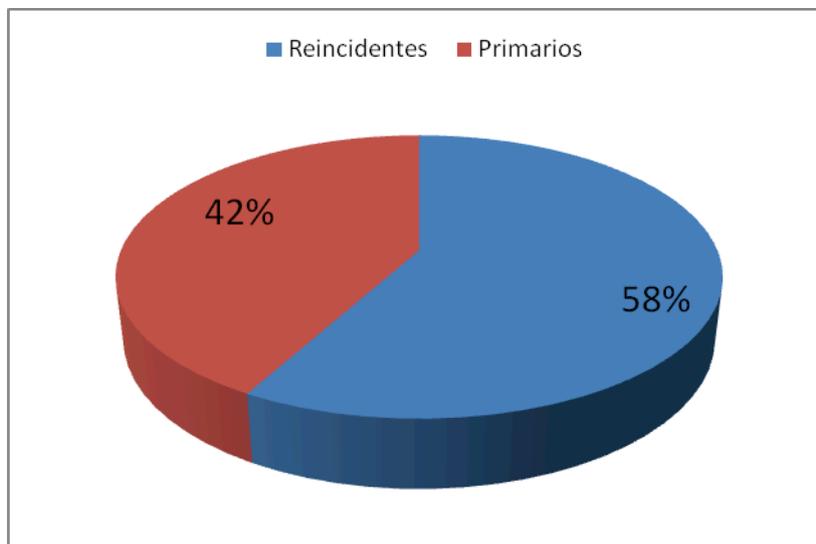


Figura 7. Porcentaje de reincidencia delictiva/autolesión (Mujeres) El gráfico muestra la distribución media de mujeres que se autolesionan en relación a su condiciendo de **reincidente** o **primario**.

Primarios y reincidentes.

Los internos hombres pueden ser clasificados en primarios y reincidentes sabiendo que los primarios que representan el mayor número de ingresos en prisión el 62%, mientras que los reincidentes representan el 38%, (con varias entradas en prisión). (Figura 4).

A pesar de este dato el 66% de los que se autolesionan son reincidentes, siendo un grupo más reducido que los primarios (Figura 5).

Se conocen efectos nocivos de la reincidencia tales como los psicológicos, e incluso físicos-biológicos; Manzano (2004)²⁰⁰ describen aumentos en el instinto de ataque al no ser posible la huida, problemas para conciliar el sueño, sexuales y sensoriales.

Se produce además una exageración del instinto “nido” que provoca aumentos de ansiedad ante cualquier cambio en el ambiente, también aparece el instinto de dominación y subordinación por el tipo de estructura arquitectónica y organizativa.

Ante esta hipótesis ya verificada por los autores expuestos queremos comprobar cómo afecta a la frecuencia de autolesiones; respecto al grado de reincidencia delictiva, aproximadamente unos 137 internos hombres que representan el 38 % de los internos eran reincidentes y un 223 internos que representa el 62 % primarios. (Tabla 10,1).

De los reincidentes se ha visto que el 40 % se autolesionan, a diferencia del 12% de los primarios que lo hacían, una diferencia muy elevada que nos indica la incidencia de dicho factor en las autolesiones (Gráfica 10.1).

Las razones que pueden generar dicho comportamiento son la prisionización, el código del recluso y falta de motivación que la entrada en prisión por segunda o sucesivas veces genera.

Las internas pueden ser clasificadas en primarias y reincidentes sabiendo que las primarias representan el mayor número de ingresos en prisión el 63%, mientras que los reincidentes representan el 37%, (con varias entradas en prisión). (Figura 6).

Más de la mitad de las que se autolesionan son reincidentes, el 58%, a pesar de que su cifra sea inferior a las primarias (Figura 7).

De las reincidentes se ha visto que el 19 % se autolesionan, a diferencia del 7% de las primarias que lo hacían, una diferencia no tan elevada como en el caso de los hombres (Tabla 10.2 y Gráfica 10.2).

Las razones que aplicamos a los hombres no son en este caso tan definitivas y se muestra que las mujeres soportan mejor el stress de un segundo internamiento de cara a la autolesión

²⁰⁰ Manzano, 2004.

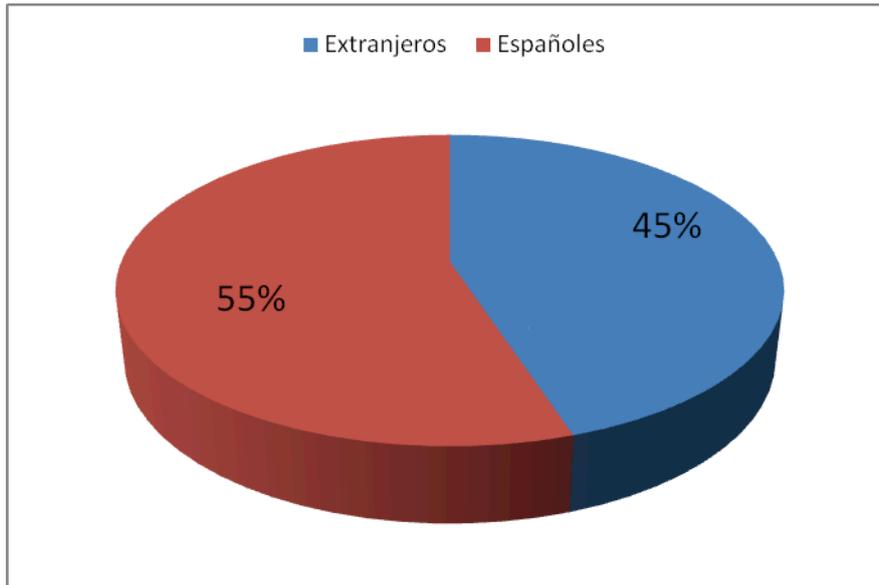


Figura 8. Población reclusa española y extranjera. El gráfico muestra la distribución media de población reclusa **Extranjera** y **Española**.

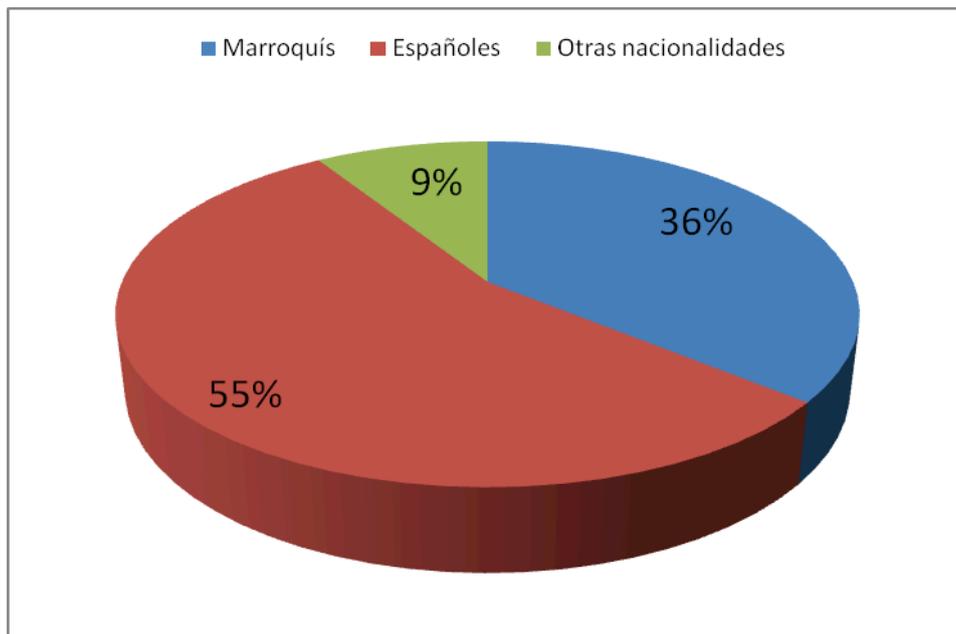


Figura 9. Población reclusa española, marroquíes y de otras nacionalidades. El gráfico muestra la distribución media de población reclusa atendiendo a si son de nacionalidad **Española**, **Marroquí** u **otras nacionalidades**.

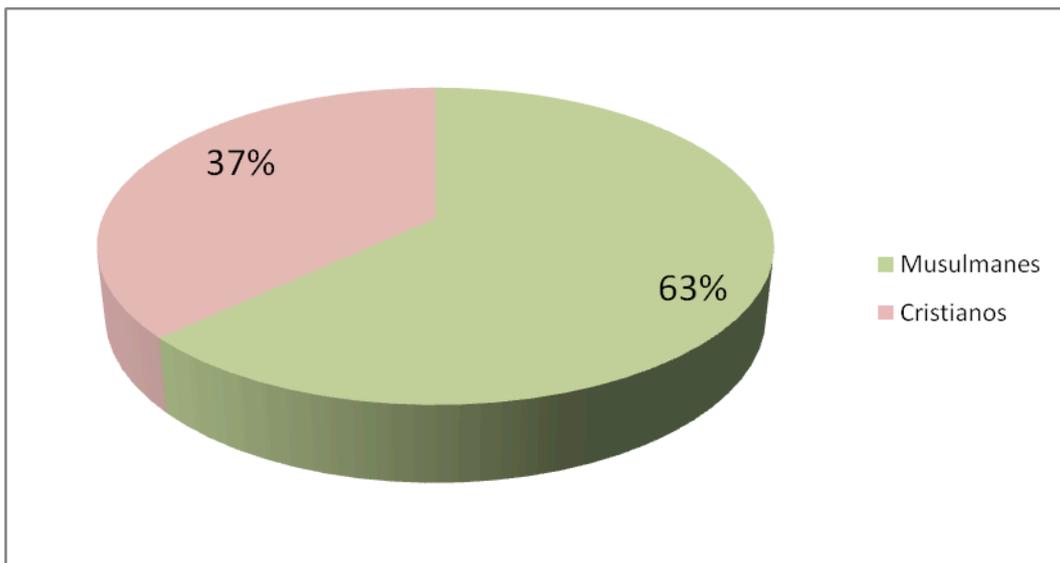


Figura 10. Porcentaje de internos según religión. El gráfico muestra la distribución media de población reclusa atendiendo a religión, distinguiendo entre **Cristianos y Musulmanes**.

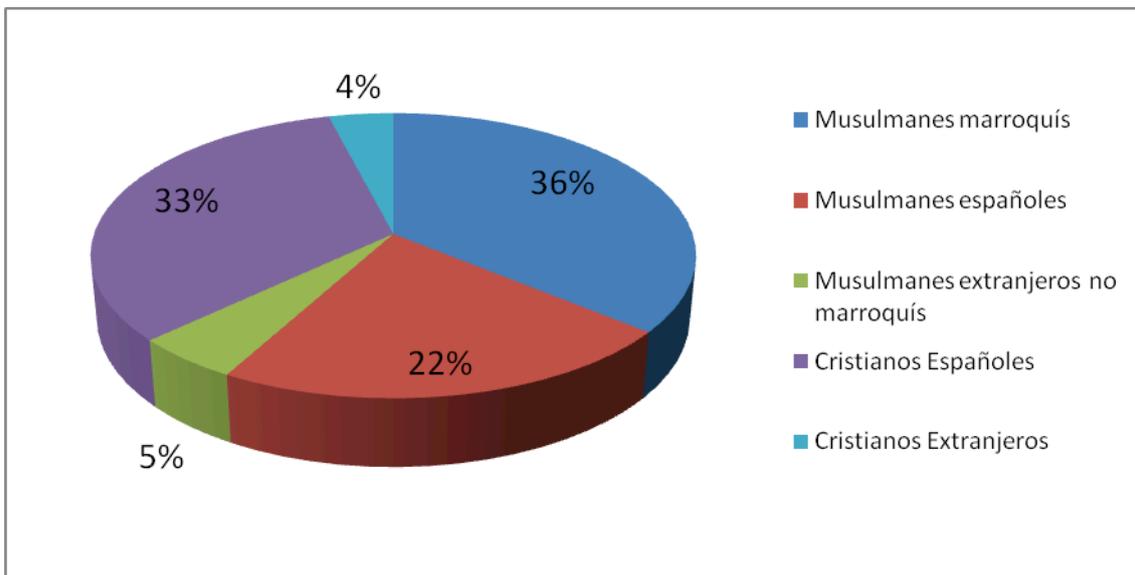
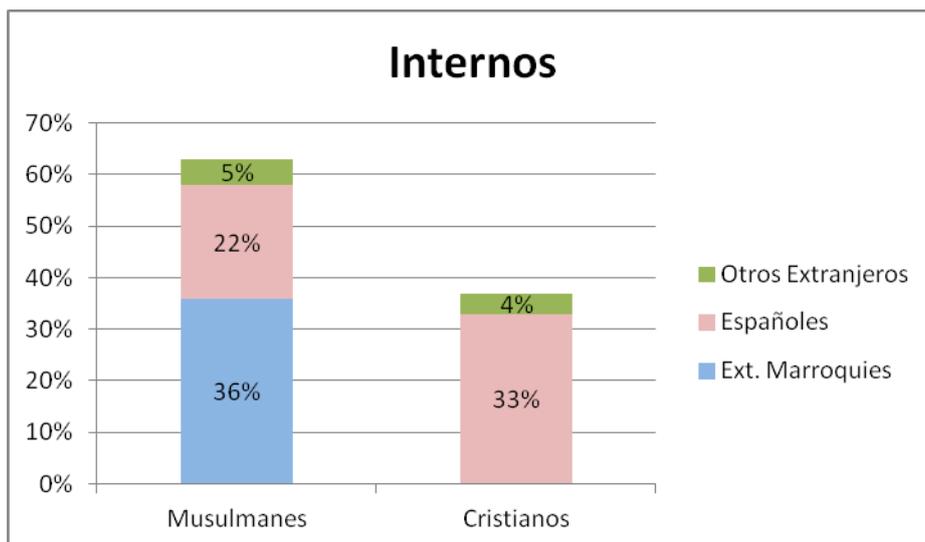


Figura 11. Porcentajes de internos según nacionalidad y religión. El gráfico muestra la distribución media de población reclusa relacionando sus nacionalidades (**Marroquí, españoles y no marroquí**) y la religión (**musulmanes o cristianos**).



Gráfica 11.- Porcentajes de internos según nacionalidad y religión: Las barras muestran los valores porcentuales de las relaciones entre religión (**Musulmanes o cristianos**) y la nacionalidad (**Españoles, ext. Marroquíes y otros extranjeros**).

		AL	No AL	Total
Cristianos Españoles e Ext	Obs.	31	102	133
	Esp.	30,7	102,3	133,0
	% R/N	23,3%	76,7%	100,0%
	% AL	37,3%	36,8%	36,9%
	R. Tip	,1	,0	
Musulmanes Españoles e Ext	Obs.	36	61	97
	Esp.	22,4	74,6	97,0
	% R/N	37,1%	62,9%	100,0%
	% AL	43,4%	22,0%	26,9%
	R. Tip	2,9	-1,6	
Musulmanes Marroquíes	Obs.	16	114	130
	Esp.	30,0	100,0	130,0
	% R/N	12,3%	87,7%	100,0%
	% AL	19,3%	41,2%	36,1%
	R. Tip	-2,6	1,4	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% R/N	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 : 19,276, IC 95%, Valor p: 0,001

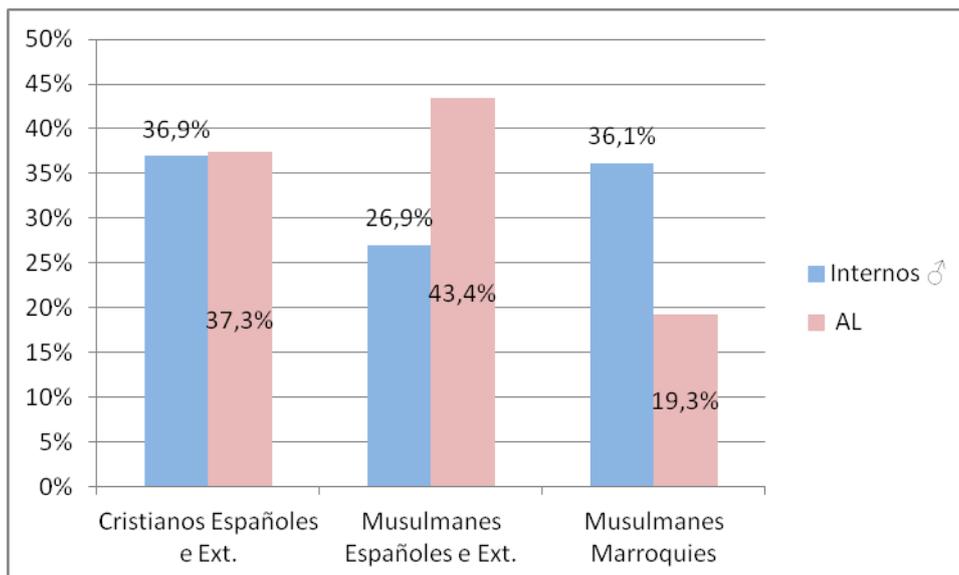
OR {Musulmanes Españoles} : 2.770 IC 95%,

Inf/Sup : 1.647-4.659 * Risk Factor

Tabla 11.1.- Relación nacionalidad, religión internos con autolesiones (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando su condición de autolesionable (AL) o no (No AL) en función de su religión y nacionalidad clasificándolos en tres grupos: **1. Cristianos españoles y ext., 2. Musulmanes españoles y ext. y 3. Musulmanes marroquíes.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**), % dentro de su grupo (**% R/N**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valore chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 11.1.- Relación nacionalidad, religión internos con autolesiones (Hombres): Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos relacionando su condición de autolesionable (AL) en función de su religión y nacionalidad clasificándolos en tres grupos: **1. Cristianos españoles y ext., 2. Musulmanes españoles y ext. y 3. Musulmanes marroquies.**

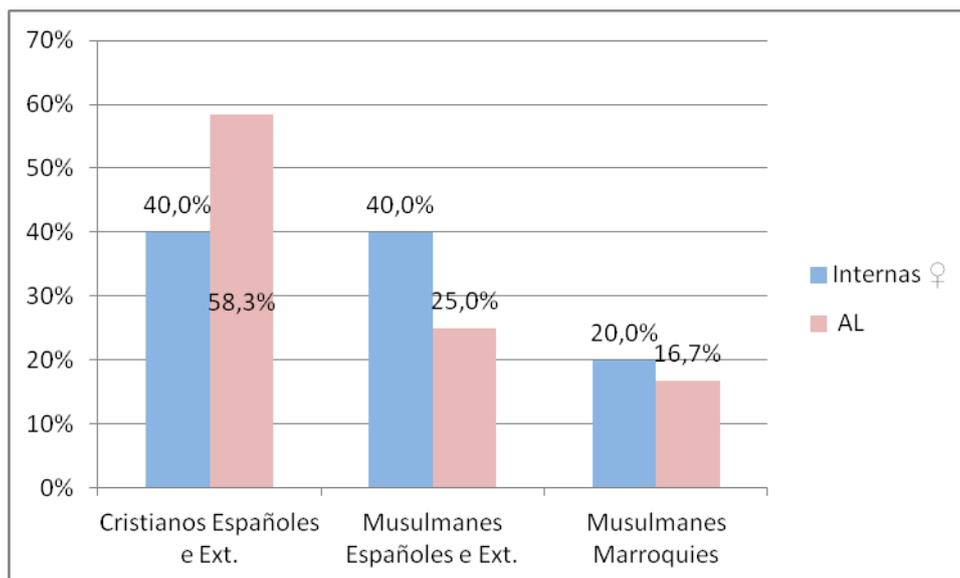
		AL	No AL	Total
Cristianos Españoles e Ext	Obs.	7	33	40
	Esp.	4,8	35,2	40,0
	% R/N	17,5%	82,5%	100,0%
	% AL	58,3%	37,5%	40,0%
	R. Tip	1,0	-,4	
Musulmanes Españoles e Ext	Obs.	3	37	40
	Esp.	4,8	35,2	40,0
	% R/N	7,5%	92,5%	100,0%
	% AL	25,0%	42,0%	40,0%
	R. Tip	-,8	,3	
Musulmanes Marroquíes	Obs.	2	18	20
	Esp.	2,4	17,6	20,0
	% R/N	10,0%	90,0%	100,0%
	% AL	16,7%	20,5%	20,0%
	R. Tip	-,3	,1	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% R/N	12,0%	88,0%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 : 1,989, IC 95%, Valor p: 0,370

Tabla 11.2.- Relación nacionalidad, religión internos con autolesiones (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando su condición de autolesionable (AL) o no (No AL) en función de su religión y nacionalidad clasificándolos en tres grupos: **1. Cristianos españoles y ext., 2. Musulmanes españoles y ext. y 3. Musulmanes marroquíes.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**), % dentro de su grupo (**% R/N**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valore chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 11.2.- Relación nacionalidad, religión internos con autolesiones (Mujeres): Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos relacionando su condición de autolesionable (AL) en función de su religión y nacionalidad clasificándolos en tres grupos: **1. Cristianos españoles y ext., 2. Musulmanes españoles y ext. y 3. Musulmanes marroquíes.**

Religión, nacionalidad.

El último factor a tratar en este apartado es la religión clasificando a la población masculina penitenciaria de la siguiente forma; el 45% de la población masculina reclusa es extranjera y el 55% española (Figura 8), y dentro de los extranjeros el 36% son marroquíes y 9% de otras nacionalidades (Figura 9).

Si distribuimos por religión el número de internos cristianos es del 37%, mientras que la población reclusa musulmana asciende a un porcentaje del 63% (figura 10), siendo 26% española o extranjera y 36% musulmanes marroquíes (Figura 11 y Gráfica 11).

Con esta composición apreciamos una mayor incidencia en los musulmanes españoles y extranjeros no marroquíes que en el resto de la población, una tasa baja en los musulmanes marroquíes y una intermedia en los cristianos. (Tabla 11,1)

Hay que destacar que este dato sólo es aplicable a un Centro Penitenciario como el de Ceuta por sus características de población y religión.

Podemos decir que existe relación estadísticamente significativa de las variables religión- nacionalidad con las conductas autolesivas, nos ha sorprendido el dato que la población musulmana española ceutí se puede considerar como un factor de riesgo de generar autolesiones (Gráfica 11.1).

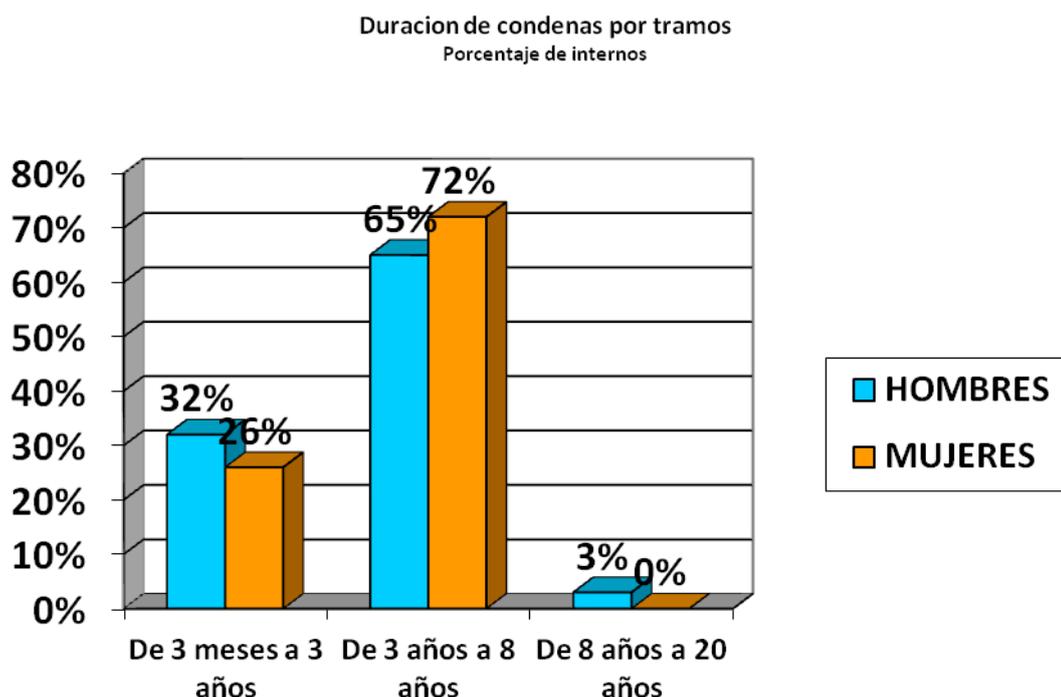
Las razones que generan mayores autolesiones son el menor arraigo o pertenencia a una cultura como ocurre con los extranjeros o a los españoles con religión

diferente a la de la mayoría de la población española, y por el contrario existe una mayor protección a los que pertenecen de forma íntegra a una cultura.

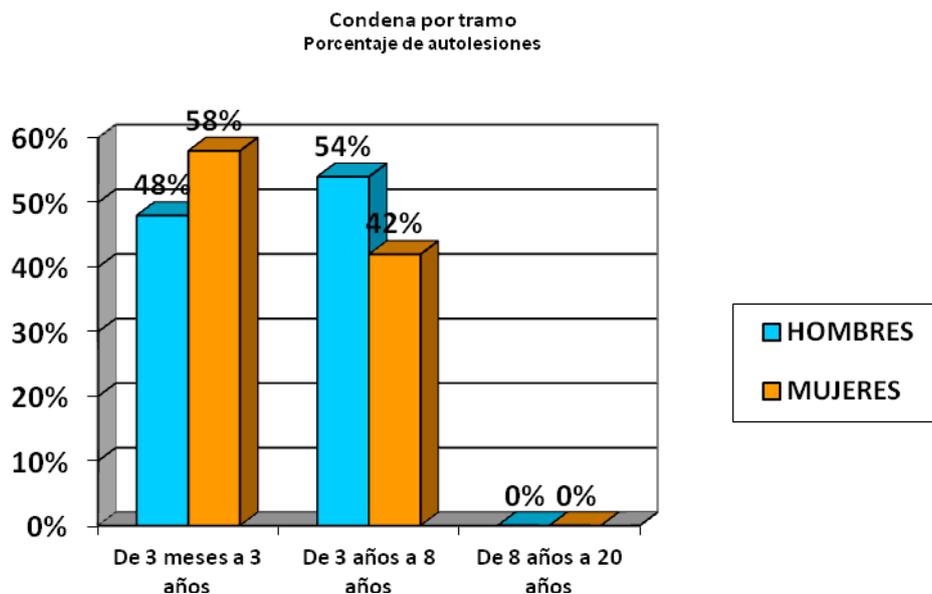
En el caso de las mujeres existe una mayor incidencia en las cristianas españolas segudo de musulmanes españoles y extranjeros no marroquíes que en el resto de la población, una tasa baja en los musulmanes marroquíes y una intermedia en los musulmanas españolas (Tabla 11.2).

Podemos decir que existe relación estadísticamente significativa de las variables religión- nacionalidad con las conductas autolesivas, pero el dato población musulmana marroquí se puede considerar como un factor de protección frente a las autolesiones. (Gráfica 11.2).

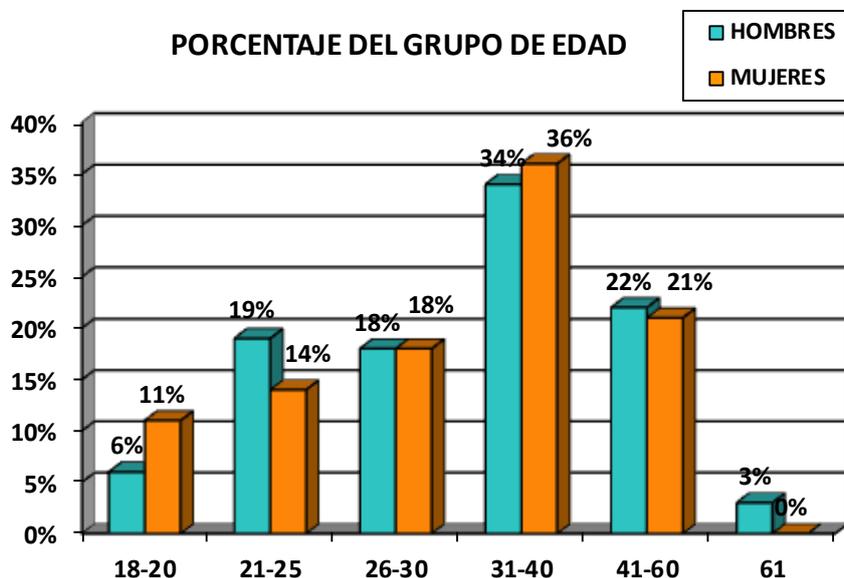
V.3. DURACIÓN DE LAS CONDENAS



Gráfica A. Duración de condenas por tramos, porcentaje de internos: Las barras muestran los valores porcentuales de internos, distinguiendo entre **Hombres y Mujeres**, relacionado con la duración de sus condenas, distinguiendo tres rangos: **1. De 3 meses a 3 años, 2. De 3 años a 8 años y 3. De 8 a años a 20 años.**

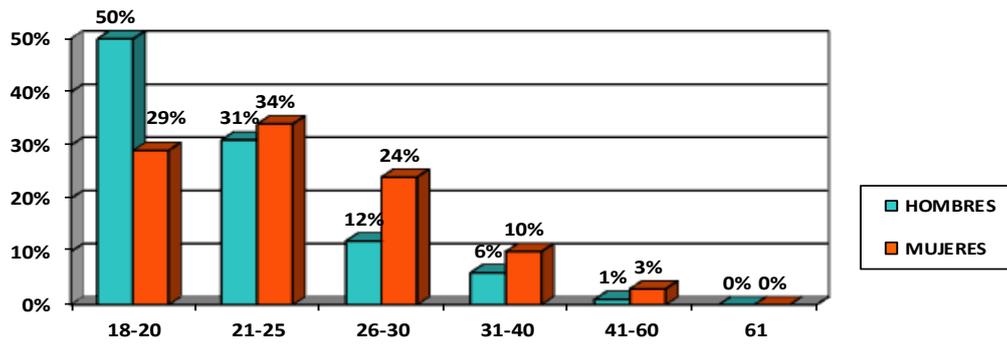


Gráfica B. Condena por tramo, porcentaje de autolesiones: Las barras muestran los valores porcentuales de internos, distinguiendo entre **Hombres** y **Mujeres** que se autolesionan, relacionado con la duración de sus condenas, distinguiendo tres rangos: **1. De 3 meses a 3 años, 2. De 3 años a 8 años y 3. De 8 a años a 20 años.**



Gráfica C. Porcentaje de grupos de edad según sexo: Las barras muestran los valores porcentuales de internos, distinguiendo entre **Hombres** y **Mujeres**, según su grupo de edad.

RELACIÓN DEL GRUPO DE EDAD CON LAS AUTOLESIONES



Gráfica D. Relación del grupo de edad con autolesiones: Las barras muestran los valores porcentuales de internos, distinguiendo entre **Hombres** y **Mujeres** que se autolesionan, según su grupo de edad.

DURACIÓN DE LAS CONDENAS

No sólo el impacto por el internamiento o ingreso en prisión como analizamos en el primer apartado añade unos efectos negativos a la mera reclusión; cuanto mayor es la condena peor son los efectos nocivos en cuanto a los estados de ansiedad, responsabilidades, expectativas de futuro, pérdida de vinilos sociales.

Partiendo de dichos efectos ya demostrados en diversos estudios nos interesa conocer la influencia en el número de autolesiones que la duración produce.

Cabe destacar que a fecha del primer semestre del 2014, el 65% de los internos y el 72% de las internas estaban cumpliendo condena en el centro penitenciario de Ceuta de 3 a 8 años lo que representa el mayor porcentaje de internos penados del centro, un 65 % aproximadamente.

En el primer tramo de duración de la pena, de 3 meses a 3 años de condena, los porcentajes disminuyen notoriamente, son del 32% de hombres y el 26% de las mujeres, para terminar con un porcentaje mínimo de internos con una condena larga de 8-20 años que representa el 3% de los hombres y ningún caso en las mujeres. (Gráfica A).

Si vinculamos estos datos con las autolesiones producidas comprobamos que el 48% de hombres y el 58% de mujeres se autolesionan en el primer tramo de 3 meses a 3 años y en el segundo tramo se obtiene como resultado que el 58% de hombres frente al 42% de mujeres se autolesionan. (Gráfica B).

Estos datos son aún más representativos si ponderamos el peso que supone el primer grupo sobre el total (65%), por lo que la cifra de autolesionados se incrementa en relación a los demás grupos.

Los efectos del encarcelamiento son más profundamente negativos y traumáticos para las personas que ingresan en prisión por un delito ocasional o de duración breve y no mantienen el sistema de valores de la subcultura carcelaria.

Una privación de libertad prolongada produce en no pocos casos graves perturbaciones como las autolesiones debiendo existir la posibilidad de reintegro a una sociedad libre.

Conviene establecer la edad de los internos para determinar si existe vínculo con las autolesiones, a lo largo del año 2014 señalar que en torno a un 78 % eran menores de 40 años, y un 43 % eran menores de 30 años (Gráfica C).

A fecha del primer trimestre del 2014 existían el 6% de internos entre 18 y 20 años de edad, 19% entre 21 y 25 años, 18% entre 26 y 30 años, 34% entre 31 y 40, 22% entre 41 y 60 años, y finalmente 3 internos cumpliendo condenas mayores de 60 años.

Cabe destacar que el grupo de edad del 31 a 40 años es el colectivo de edad que más ha nutrido al Establecimiento Penitenciario con mayor número de internos de ambos sexos, representando un 34 % del total de población reclusa masculina y del 36% de la población reclusa femenina. Destacar que los jóvenes (menores de 21 años) suponían casi un 6 % del total poblacional.

Estos datos no son diferentes en mujeres a destacar el mayor número de internas de edad de 31-40 años con porcentaje del 36%.seguido de la edad de 41-60 años con cifras de 21 %.

El porcentaje de internos que se autolesionan en el primer tramo de edad de 18-20 años es del 50% lo que indica que un número muy alto de internos se autolesionan a esta edad; seguido del 31% en la banda edad de 21-25 años de los hombres, 12%,6% y 1% terminando en 0 casos de autolesiones por encima de 60 años, cifras que difieren en mujeres ya que el porcentaje de internas que se autolesionan en el primer tramo es del 29%, con cifras elevadas en el segundo tramo de 21-25 años con el 34% de las internas, le sigue 24%,10% y 3% hasta ningún caso de autolesión en la edad de 61 años (Gráfica D).

Aunque no concuerdan ambos sexos de forma pareja sí existe un dato coincidente y es que más de la mitad de las autolesiones se producen en edades inferiores a los 25 años tanto en hombres como en mujeres.

Los jóvenes se autolesionan más por varios factores algunos de los cuales ya hemos mencionado como la falta de prisionización, no pertenecer a una subcultura carcelaria, mayores alteraciones de afectividad con sensaciones de desamparo al ser en la mayoría primarios y menor estabilidad de la personalidad y locus de control externo.

Cabe destacar que en otros estudios como el nuestro, la adolescencia y la juventud es la edad de mayor números de autolesiones, en ellas surge la metamorfosis del cuerpo, la idea del cuerpo no deseado, la identificación de la identidad y la culpa por el cambio en el área de la sexualidad lo que implica su relación estrecha con las autolesiones²⁰¹.

Para valorar la influencia de diagnósticos en las autolesiones debemos configurar la existencia en el centro de los mismos y establecer sus relación con las autolesiones.

El 62% de los internos no tienen diagnóstico psiquiátrico, frente al 21% que sí tienen y el resto, un 17% tienen solamente abuso o dependencia a drogas.

De esta forma el 21% de la muestra tiene uno o más diagnósticos psiquiátricos incluyendo el consumo de drogas en la patología dual, lo mismo pasa con el 38 % por la frecuente existencia de más de un diagnóstico en una persona y la relación entre abuso o dependencia de drogas (patología dual) y patología psiquiátrica (Figura 12).

²⁰¹ Klonsky, 2005.

Al estudiar la muestra de internos del centro penitenciario de Ceuta se ha visto que el 62% de los internos no tienen prescrito psicofármacos, el 24% si los tienen, el 9% tienen prescrito psicofármacos y metadona y el 5% metadona (Figura 13), que trasladado a términos nominales 224 internos de los 360 no tienen prescrito psicofármaco (Figura 14).

Partiendo de todos los datos anteriores procedemos a vincularlos a las autolesiones y concluimos que el porcentaje de internos que se autolesionan y no tienen prescritos psicofármaco ni metadona es del 24%, mientras que el 76% de los que tienen prescrito psicofármacos y metadona se autolesionan (Figura 15).

Aunque el dato es sorprendente, se puede sacar alguna conclusión.

La primera es que se encuentran correctamente medicados aquellos internos que tienen trastornos, los cuales se autolesionan entre otros comportamientos y que en el caso de no estarlo las autolesiones incrementarían.

Por otra parte los internos medicados son objeto de coacciones para adquirir dichos medicamentos por otros internos que los utilizan para traficar y que a pesar de los esfuerzos penitenciarios produce como consecuencia las autolesiones de los medicados por la falta de la medicación prescrita, siendo por ello necesario que la prescripción médica sea directamente observada.

El porcentaje de internos con patología psiquiátrica es del 34% con trastornos psicóticos, le sigue trastorno de la personalidad con el 28% de los internos, para terminar con patología dual y trastornos afectivos con cifras de 22% y del 16% respectivamente (Gráfica E).

El porcentaje de internos que se autolesionan es prioritario en trastornos de la personalidad con una cifra del 42% seguido de patología dual con cifras de 24% para terminar con 22% en trastornos afectivos y el 12% en trastornos psicóticos (Gráfica F).

El estudio llevado a cabo por Guertin²⁰² se realizó con una muestra de 95 internos con intentos suicidas por sobredosis, se formaron dos grupos de comparación, uno con presencia de autolesiones en el último año y otro sin ellos.

Se halló que el grupo que reportó autolesiones se diferenciaba significativamente por cubrir los criterios diagnósticos de cuadros psicopatológicos tales como: depresión mayor, distimia y trastorno oposicionista desafiante; adicionalmente presentaba mayores puntuaciones en las medidas de soledad, elemento predictor de la autolesión en este estudio; de esta manera, para los autores el elemento subyacente clave de las autolesiones fue la depresión.

El 20% de los reclusos del centro penitenciario tienen antecedentes psiquiátricos, de ellos en el 17% no tienen recogido ingreso en psiquiátrico, en el 3% restante sí

²⁰² Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito, Donaldson y Boergers, 2001.

consta ingreso previo en psiquiatría, estos datos son más elevados que en la población general, mientras que en el 80% no nos consta antecedentes psiquiátricos previos a su ingreso en prisión (Figura 16).

Hemos estudiado una serie de factores que pueden determinar en mayor o menor medida los efectos de la reclusión y sus consecuencias como las autolesiones; entre ellos encontramos la duración de las condenas, la edad, los trastornos y los antecedentes psiquiátricos.

No todos estos factores son origen con consecuencias directamente proporcionales, sino que en algunos casos existen causas multifactoriales que se retroalimentan generando consecuencias entre las que se encuentran las autolesiones.

El código del recluso por el cual debe manifestar “virilidad” autolesionándose, el retraso en la pertenencia a una subcultura carcelaria o prisionización, la drogadicción, el hacinamiento, los déficit físicos y psicológicos, los grados, la separación interior, la cuantía de la condena son algunos de estos factores de los cuales hemos analizado varios estadísticamente que pueden causar autolesiones además de otras consecuencias.

Los efectos negativos se pueden aliviar potenciando el régimen abierto, las comunicaciones con el exterior, los permisos de salida, la asistencia social, la reducción de la prisión preventiva entre otros.

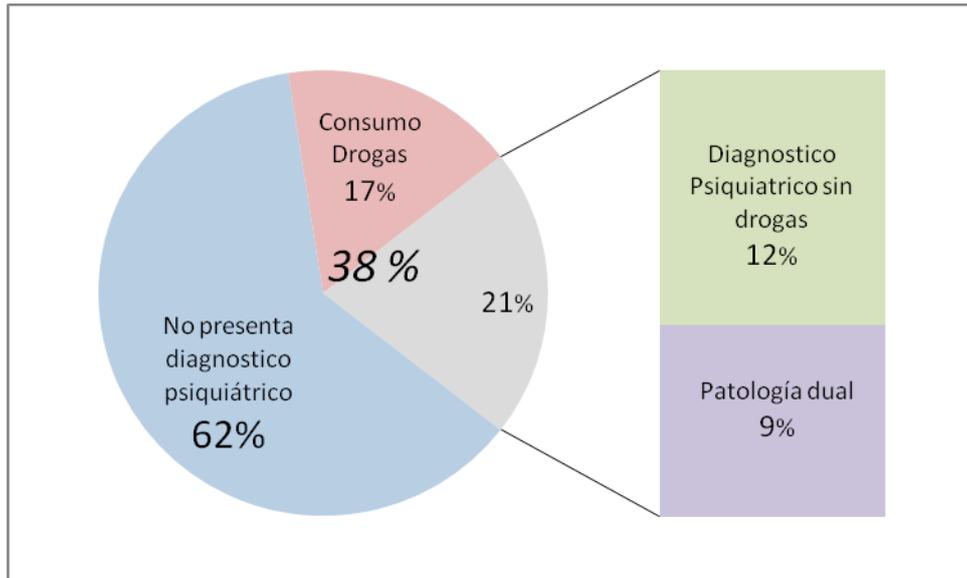
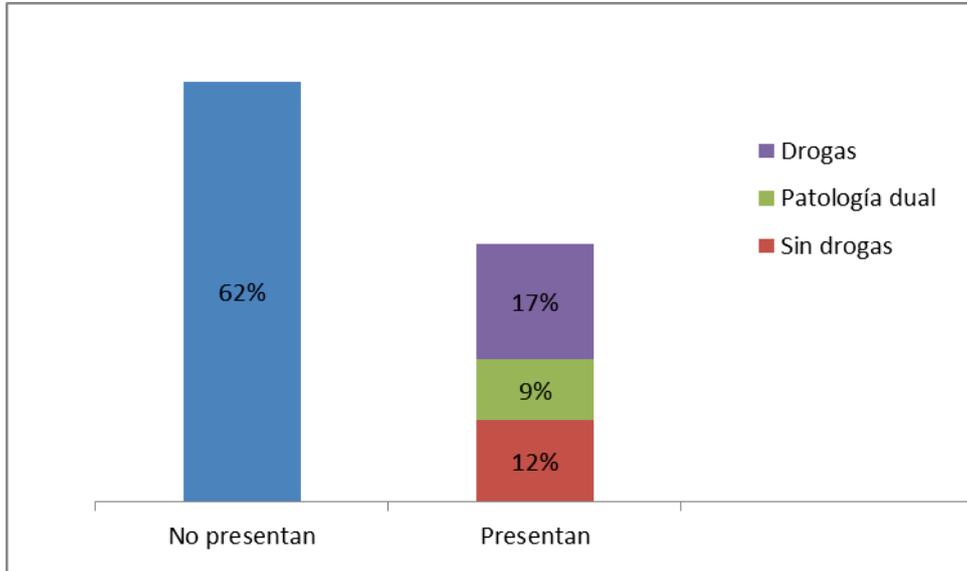


Figura 12. Presencia de diagnóstico psiquiátrico. El gráfico muestra la distribución media de población reclusa atendiendo la presencia de diagnóstico psiquiátrico. Distinguiendo dos categorías: **No presenta diagnóstico psiquiátrico** y los que si presentan. Esta última categoría se subdivide en tres: **Consumo de Drogas, Diagnóstico psiquiátrico sin drogas y Patología dual.**



Gráfica E. Presencia de diagnóstico psiquiátrico: Las barras muestran los valores porcentuales de internos, distinguiendo entre los que presenta y los que no presentan un diagnóstico psiquiátrico. Los internos que presentan dicho diagnóstico se subdividen en tres categorías: **Drogas, patología dual, sin drogas.**

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

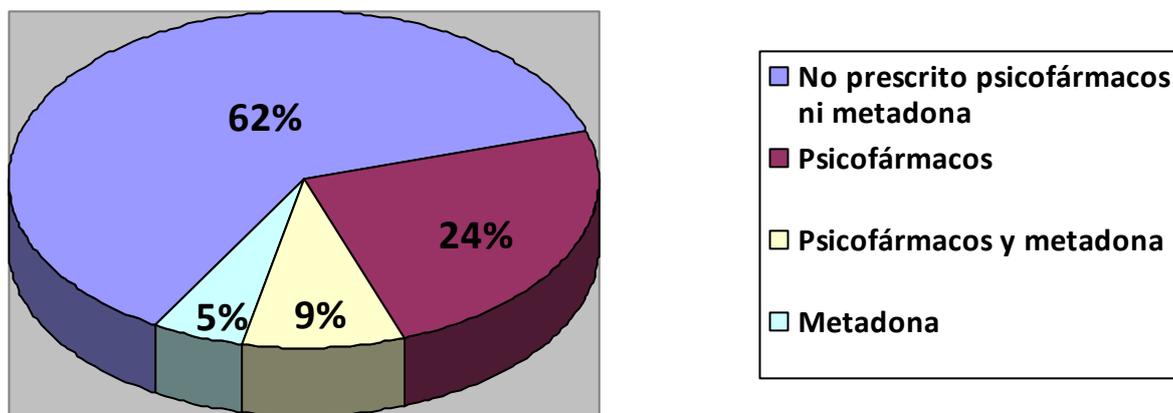


Figura 13. Tratamiento psiquiátrico, metadona (porcentaje). El gráfico muestra la distribución media de población reclusa atendiendo al tratamiento psiquiátrico prescrito. Así diferenciamos entre: 1. No prescrito psicofármacos ni metadona, 2. Psicofármacos, 3. Psicofármacos y metadona y 4. Metadona.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

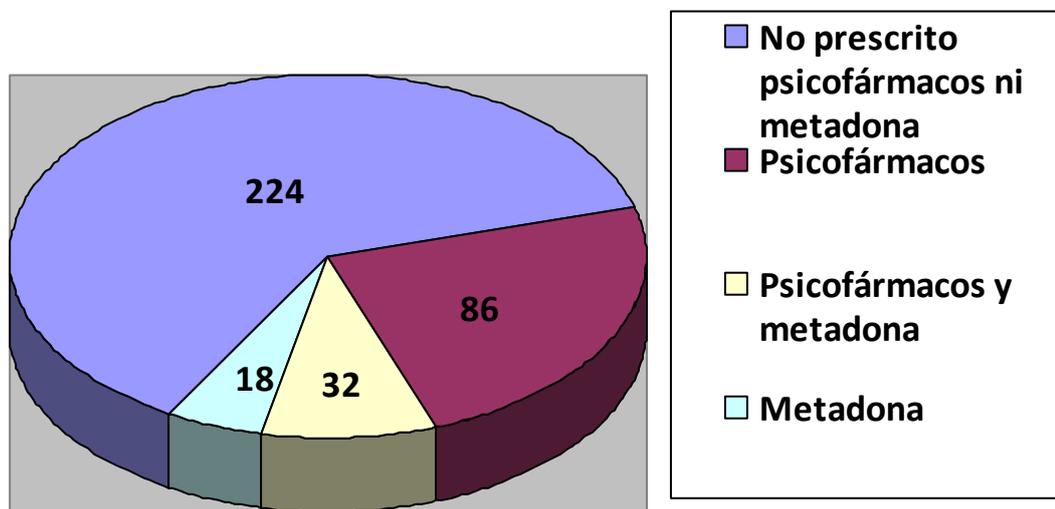


Figura 14. Tratamiento psiquiátrico, metadona (Recuento). El gráfico muestra el número de reclusos atendiendo al tratamiento psiquiátrico prescrito. Así diferenciamos entre: 1. No prescrito psicofármacos ni metadona, 2. Psicofármacos, 3. Psicofármacos y metadona y 4. Metadona.

PORCENTAJE DE AUTOLESIONES

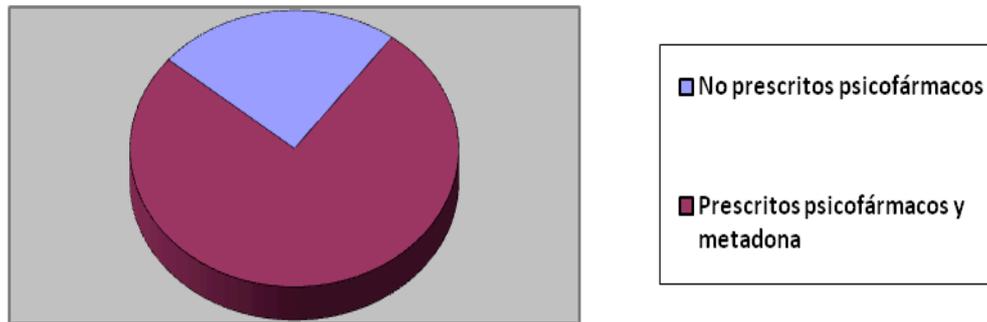
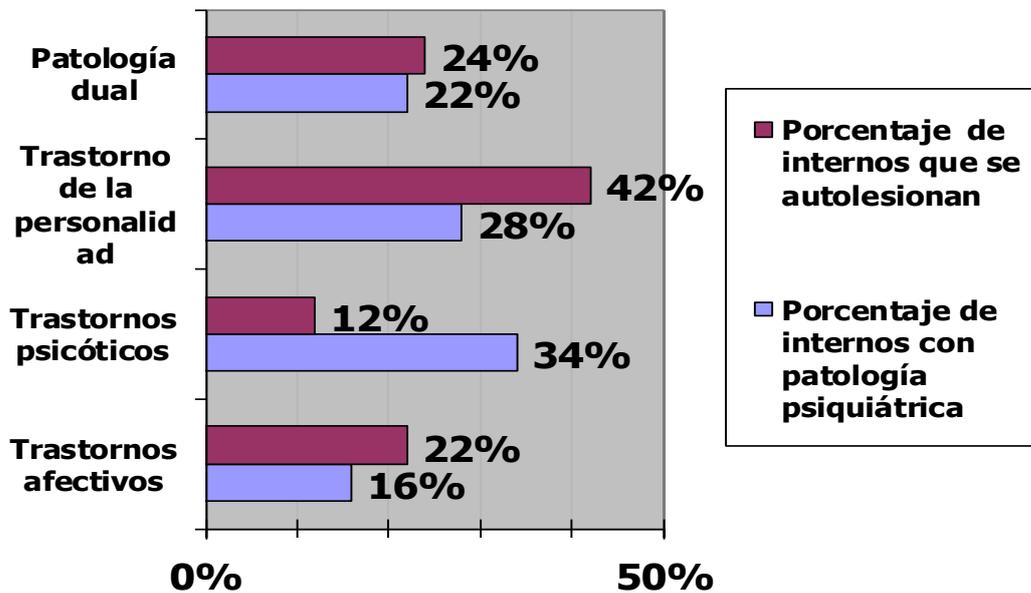


Figura 15. Relación de porcentaje de autolesiones con prescripción de psicofármacos y metadona El gráfico muestra la distribución media de población reclusa atendiendo al número de autolesionados en relación a la prescripción o no de psicofármacos y metadona.



Gráfica F. Relación entre patología psiquiátrica/autolesión: Las barras muestran los valores porcentuales de internos que se autolesionan en relación al porcentaje de internos con patología psiquiátrica en las siguientes categorías: 1. Patología dual, 2. Trastorno de personalidad, 3. Trastornos psicóticos y 4. Trastornos afectivos.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PREVIOS AL INGRESO EN PRISIÓN

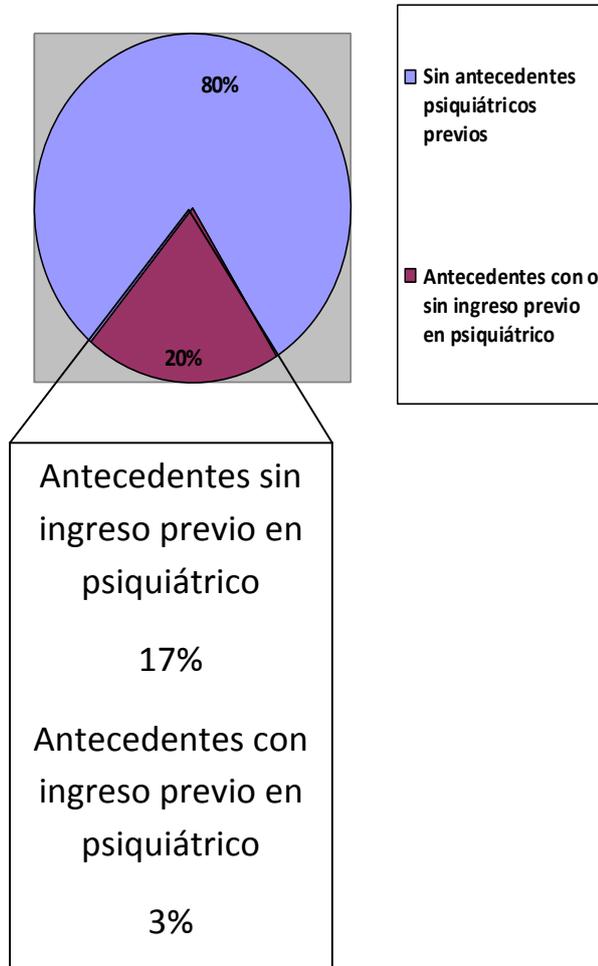


Figura 16. Antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en prisión. El gráfico muestra la distribución media de población reclusa atendiendo la existencia o no de antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en prisión.

V.4. CONDUCTA DE LOS PRESOS EN EL CENTRO PENITENCIARIO

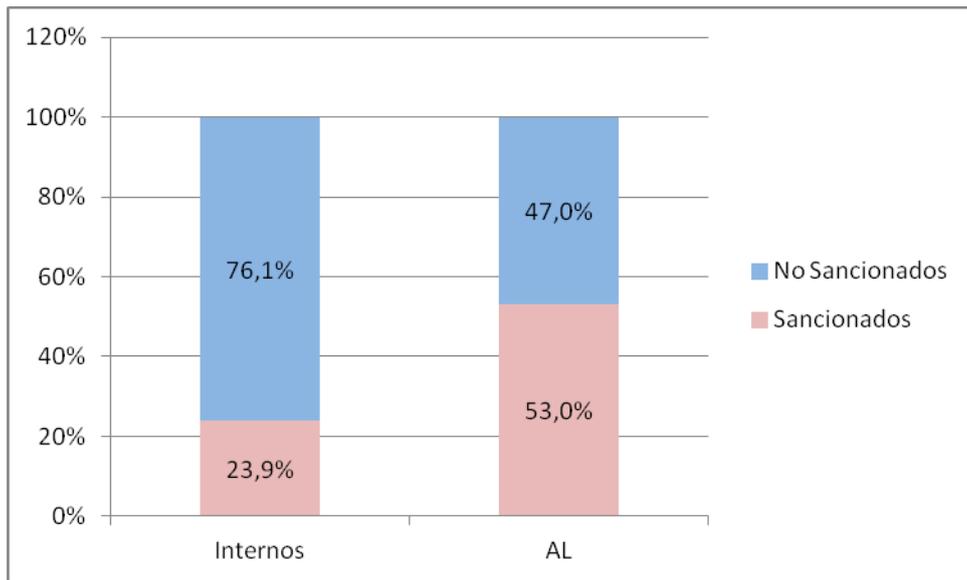
		AL	No AL	Total
Sancionado	Obs.	44	42	86
	Esp.	19,8	66,2	86,0
	% Sanc.	51,2%	48,8%	100,0%
	% AL	53,0%	15,2%	23,9%
	R. Tip	5,4	-3,0	
No Sancionado	Obs.	39	235	274
	Esp.	63,2	210,8	274,0
	% Sanc.	14,2%	85,8%	100,0%
	% AL	47,0%	84,8%	76,1%
	R. Tip	-3,0	1,7	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% Sanc.	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 : 50,319, IC 95%, Valor p: 0,001

Tabla 12.1- Relación sancionados y autolesiones (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando su condición de autolesionable (AL) o no (No AL) en función de si han sido **Sancionados** o **No Sancionados**.

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**), % dentro de su grupo (**% Sanc.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 12.1.- Relación sancionados y autolesiones (Hombres): Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos relacionando su condición de autolesionable (AL) o no (Internos) en función de si han sido Sancionados o No sancionados.

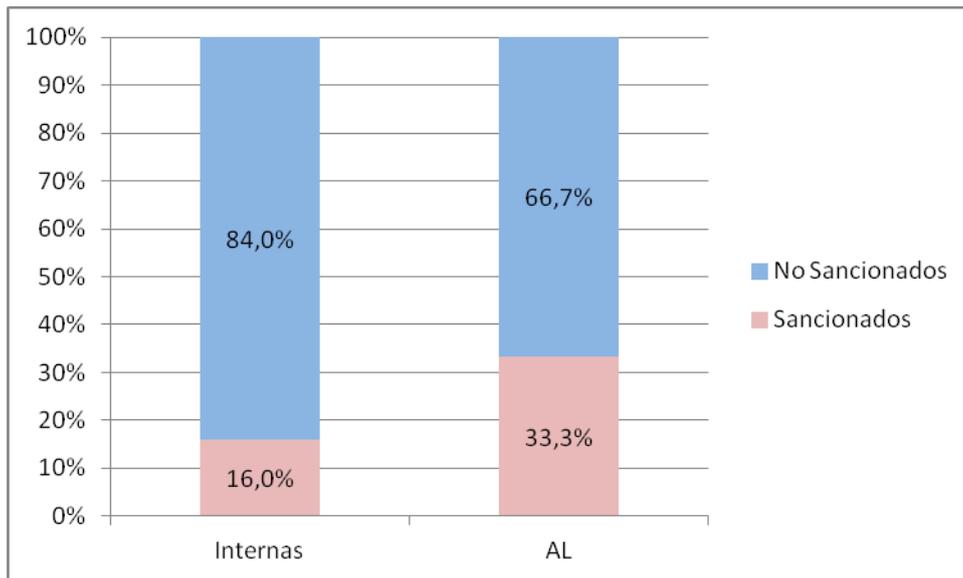
		AL	No AL	Total
Sancionados	Obs.	4	12	16
	Esp.	1,9	14,1	16,0
	% Sanc.	25,0%	75,0%	100,0%
	% AL	33,3%	13,6%	16,0%
	R. Tip	1,5	-0,6	
No Sancionados	Obs.	8	76	84
	Esp.	10,1	73,9	84,0
	% Sanc.	9,5%	90,5%	100,0%
	% AL	66,7%	86,4%	84,0%
	R. Tip	-0,7	0,2	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% Sanc.	12,0%	88,0%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 : 3,048, IC 95%, Valor p: 0,081 Fisher 0,098

Tabla 12.2.- Relación sancionados y autolesiones (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando su condición de autolesionable (AL) o no (No AL) en función de si han sido Sancionados o No Sancionados.

Analizando en cada uno de los casos observados (Obs.), los casos esperados (Esp.), el % respecto del total de casos (% en AL), % dentro de su grupo (% Sanc.) y el residuo tipificado (R. Tip).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (IC) y el nivel de significación (valor P).



Gráfica 12.2.- Relación sancionados y autolesiones (Mujeres): Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos relacionando su condición de autolesionable (**AL**) o no (**Internos**) en función de si han sido **Sancionados** o **No sancionados**.

CONDUCTA DE LOS PRESOS POR CENTRO PENITENCIARIO

Existe una gran vinculación entre sanción disciplinaria y autolesión considerando que esa relación no es unidireccional sino bidireccional ya que varias de las faltas sancionables según el Reglamento Penitenciario vienen determinadas por la autolesión, por lo que se puede generar un bucle autolesión-sanción y viceversa.

Las autolesiones consideradas como faltas son las siguientes:

Según el artículo 108 del Reglamento Penitenciario 1201/1981, agredir, amenazar o coaccionar a cualesquiera de las personas dentro del establecimiento o a las autoridades o funcionarios judiciales o de instituciones penitenciarias; la autolesión es falta cuando es ejercida con la finalidad de coaccionar.

Según el artículo 109 del Reglamento Penitenciario 1201/1981 desobedecer las órdenes recibidas de autoridades o funcionarios en el ejercicio legítimo de sus atribuciones o resistirse pasivamente a cumplirlas; cuando la resistencia es ejercida mediante autolesión es falta.

Según el artículo 110 del Reglamento Penitenciario 1201/1981 cualquier otra acción u omisión que implique incumplimiento de los deberes y obligaciones del interno, produzca alteración en la vida regimental, entre ellas puede ser la autolesión.

Partiendo de la hipótesis enunciada estudiamos ambos sexos y las diferencias son apreciables; en el caso de los hombres, los sancionados tienden a autolesionarse en un 51,8%,(Tabla 12.1), mientras que los no sancionados un poco menos del 15% lo que demuestra la relación directa entre autolesión y sanción, esta relación manifestada es estadísticamente significativa con un índice de confianza del 95% y un valor p de 0,001 (Tabla 12,1).

En el caso de las mujeres las diferencias son apreciables en menor medida; en el las mujeres sancionadas tienden a autolesionarse en un 25%,(Tabla 12.2), mientras que las no sancionadas solamente en un 9% lo que demuestra la relación estrecha entre autolesión y sanción, con un índice de confianza del 95% y un valor p de 0,08, con una correlación de 0,098 (Tabla 12,2).

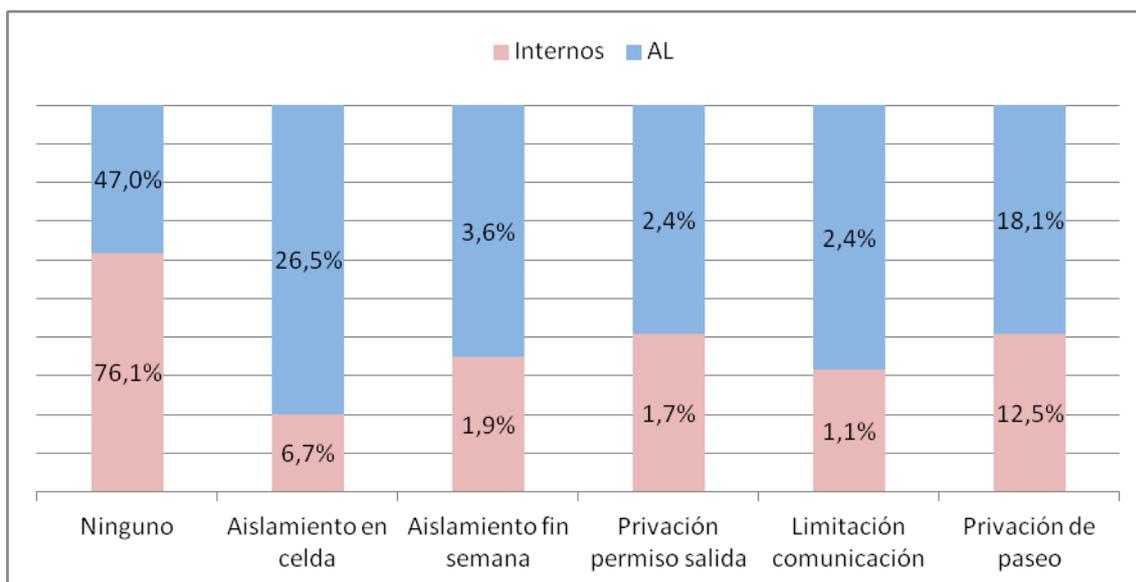
		AL	No AL	Total
Ninguno	Obs.	39	235	274
	Esp.	63,2	210,8	274,0
	% Tipo Sanción	14,2%	85,8%	100,0%
	% AL	47,0%	84,8%	76,1%
	R. Tip	-3,0	1,7	
Aislamiento en celda	Obs.	22	2	24
	Esp.	5,5	18,5	24,0
	% Tipo Sanción	91,7%	8,3%	100,0%
	% AL	26,5%	,7%	6,7%
	R. Tip	7,0	-3,8	
Aislamiento fin semana	Obs.	3	4	7
	Esp.	1,6	5,4	7,0
	% Tipo Sanción	42,9%	57,1%	100,0%
	% AL	3,6%	1,4%	1,9%
	R. Tip	1,1	-,6	
Privación permiso salida	Obs.	2	4	6
	Esp.	1,4	4,6	6,0
	% Tipo Sanción	33,3%	66,7%	100,0%
	% AL	2,4%	1,4%	1,7%
	R. Tip	,5	-,3	
Limitación comunicación	Obs.	2	2	4
	Esp.	,9	3,1	4,0
	% Tipo Sanción	50,0%	50,0%	100,0%
	% AL	2,4%	,7%	1,1%
	R. Tip	1,1	-,6	
Privación de paseo	Obs.	15	30	45
	Esp.	10,4	34,6	45,0
	% Tipo Sanción	33,3%	66,7%	100,0%
	% AL	18,1%	10,8%	12,5%
	R. Tip	1,4	-,8	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% Tipo Sanción	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 : 81,928 IC 95%, Valor p: 0,001

Tabla 12.3.- Tipo de sanción (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando del tipo de sanción impuesto a los hombres reclusos distinguiendo entre autolesionados (AL) o no (No AL). Las categorías de sanción utilizadas han sido: **Ninguno**, **Aislamiento en celda**, **Aislamiento fin de semana**, **Privación permiso de salida**, **Limitación comunicación** y **privación de paseo**.

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**), % dentro de su grupo (**% Tipo sancion**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 12.3.- Relación tipo de sanción y autolesionables (Hombres): Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos relacionando el tipo de sanción impuesta y su condición de autolesionable (AL).

Las categorías de sanción utilizadas han sido: **Ninguno, Aislamiento en celda, Aislamiento fin de semana, Privación permiso de salida, Limitación comunicación y privación de paseo.**

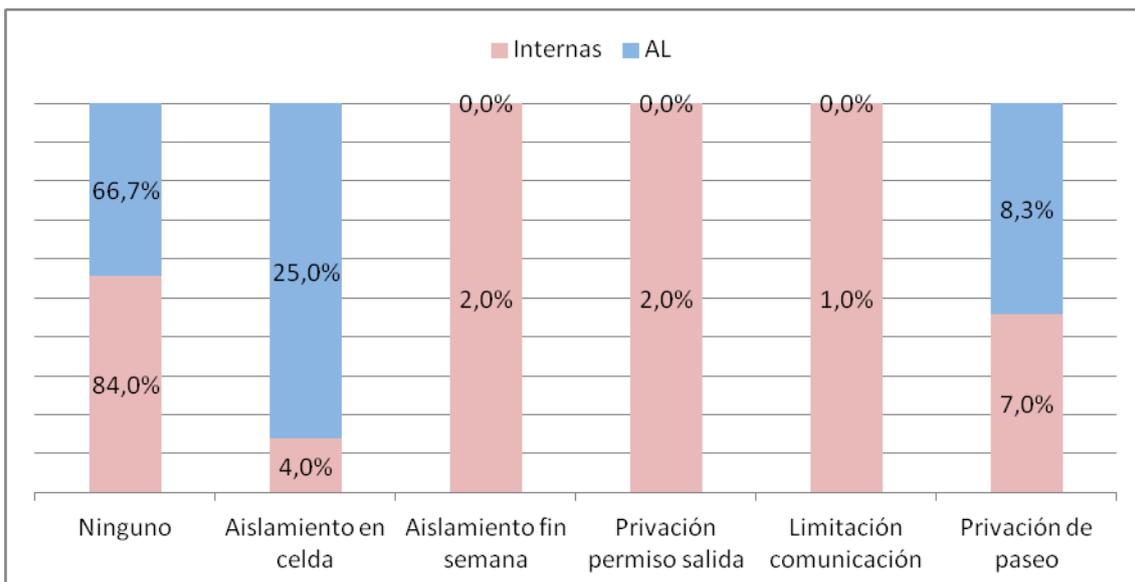
		AL	No AL	Total
Ninguno	Obs.	8	76	84
	Esp.	10,1	73,9	84,0
	% Tipo Sanción	9,5%	90,5%	100,0%
	% AL	66,7%	86,4%	84,0%
	R. Tip	-0,7	0,2	
Aislamiento en celda	Obs.	3	1	4
	Esp.	0,5	3,5	4,0
	% Tipo Sanción	75,0%	25,0%	100,0%
	% AL	25,0%	1,1%	4,0%
	R. Tip	3,6	-1,3	
Aislamiento fin semana	Obs.	0	2	2
	Esp.	0,2	1,8	2,0
	% Tipo Sanción	0,0%	100,0%	100,0%
	% AL	0,0%	2,3%	2,0%
	R. Tip	-0,5	,2	
Privación permiso salida	Obs.	0	2	2
	Esp.	0,2	1,8	2,0
	% Tipo Sanción	0,0%	100,0%	100,0%
	% AL	0,0%	2,3%	2,0%
	R. Tip	-,5	,2	
Limitación comunicación	Obs.	0	1	1
	Esp.	,1	0,9	1,0
	% Tipo Sanción	0,0%	100,0%	100,0%
	% AL	0,0%	1,1%	1,0%
	R. Tip	-0,3	,1	
Privación de paseo	Obs.	1	6	7
	Esp.	0,8	6,2	7,0
	% Tipo Sanción	14,3%	85,7%	100,0%
	% AL	8,3%	6,8%	7,0%
	R. Tip	0,2	-,1	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% Tipo Sanción	12,0%	88,0%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 : 16,238 IC 95%, Valor p: 0,006

Tabla 12.4.- Tipo de sanción (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando del tipo de sanción impuesto a las mujeres reclusas distinguiendo entre autolesionados (AL) o no (No AL). Las categorías de sanción utilizadas han sido: **Ninguno**, **Aislamiento en celda**, **Aislamiento fin de semana**, **Privación permiso de salida**, **Limitación comunicación** y **privación de paseo**.

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**), % dentro de su grupo (**% Tipo sancion**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 12.4.- Relación tipo de sanción y autolesionables (Mujeres): Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos relacionando el tipo de sanción impuesta y su condición de autolesionable (AL).

Las categorías de sanción utilizadas han sido: **Ninguno, Aislamiento en celda, Aislamiento fin de semana, Privación permiso de salida, Limitación comunicación y privación de paseo.**

El tipo de sanción declarada con una frecuencia mayor fue la privación de paseos y actividades recreativas con un porcentaje elevado 12,5%, seguido del aislamiento en celda 6,7%%, hay que tener en cuenta que algunos de los internos habían sido castigados con varias sanciones diferentes por lo que existe concurrencia de más de una sanción (Tabla 12,3).

En los hombres la sanción que se vincula más a las autolesiones es el aislamiento en celda, seguida de la privación de paseos y actos recreativos (Gráfica 12.3).

Dentro del régimen disciplinario establecido, los internos auto lesionados mantienen porcentajes altos en algún momento del cumplimiento de la sanción disciplinaria, en concreto, el mayor porcentaje de esta concurrencia se produce en la sanción de aislamiento en celda, por haber cometido falta grave o muy grave, dato coherente por el tipo de sanción, se suele producir en internos inadaptados y es más frecuente que utilicen la autolesiones como respuesta conductual y primer mecanismo de comunicación.

Existe un menor número de mujeres con sanciones disciplinarias, la mayoría de ellas han recibido la sanción de privación de paseo y actividades recreativas como tipo de sanción más frecuente seguidas de aislamiento en celda (Tabla 12.4).

En las mujeres la sanción que se vincula más a las autolesiones es el aislamiento en celda, seguida de privación de paseo. (Gráfica 12.4)

Las sanciones funcionan como un refuerzo negativo, ya que eliminan derechos como la libertad ambulatoria, libertad de paseos o de comunicaciones; es el denominado castigo por supresión; ante estos castigos o sanciones los internos pueden interiorizar su responsabilidad o reaccionar rechazándola, utilizando en el rechazo las autolesiones.

Sorprendentemente la autolesión no sólo aparece como protesta, puede ser una conducta gratificada con un refuerzo; la autolesión integrada como una de las faltas sancionadas por el Reglamento Penitenciario puede conllevar la prohibición de paseos recreativos que en muchos casos son valorados por los internos como satisfactorios ya que permanecen en celda durante las horas de calor evitando salir al patio después de la comida.

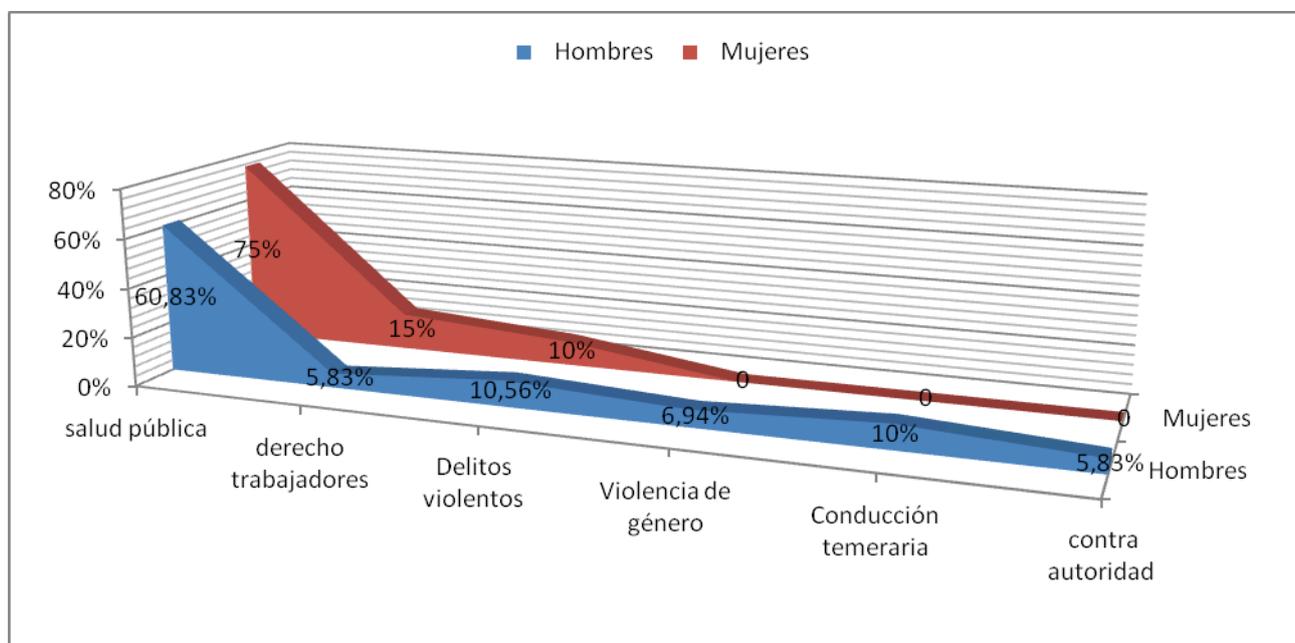
En otras ocasiones la autolesión se utiliza instrumentalmente para evitar conducciones a otros centros o para evitar expulsiones del territorio nacional o extradiciones.

Clasificar la autolesión como una falta disciplinaria a través de las tres modalidades anteriormente enunciadas lo consideramos erróneo ya que genera un bucle de comportamiento lesivo o una instrumentalización difícil de tratar.

Si consideramos la autolesión como una tipología de trastorno en fase aguda, no se debería incluirse como una falta disciplinaria, ya que existe un cuadro médico de trasfondo que impide al sujeto ser imputable respecto a sus actos.

Proponemos destipificar la autolesión en sus diversas modalidades así como una exploración y diagnóstico del paciente que nos permita actuar con mayor rigor.

V.5. DELITOS/ ANTECEDENTES DELICTIVOS



Gráfica 13.- Relación tipo de delitos y sexo: Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos relacionando el tipo de delito cometido y su sexo.

Los delitos han sido clasificados en seis categorías: **Salud pública, Derecho de los trabajadores, Delitos violentos, Violencia de género, Conducción temeraria y Contra autoridad.**

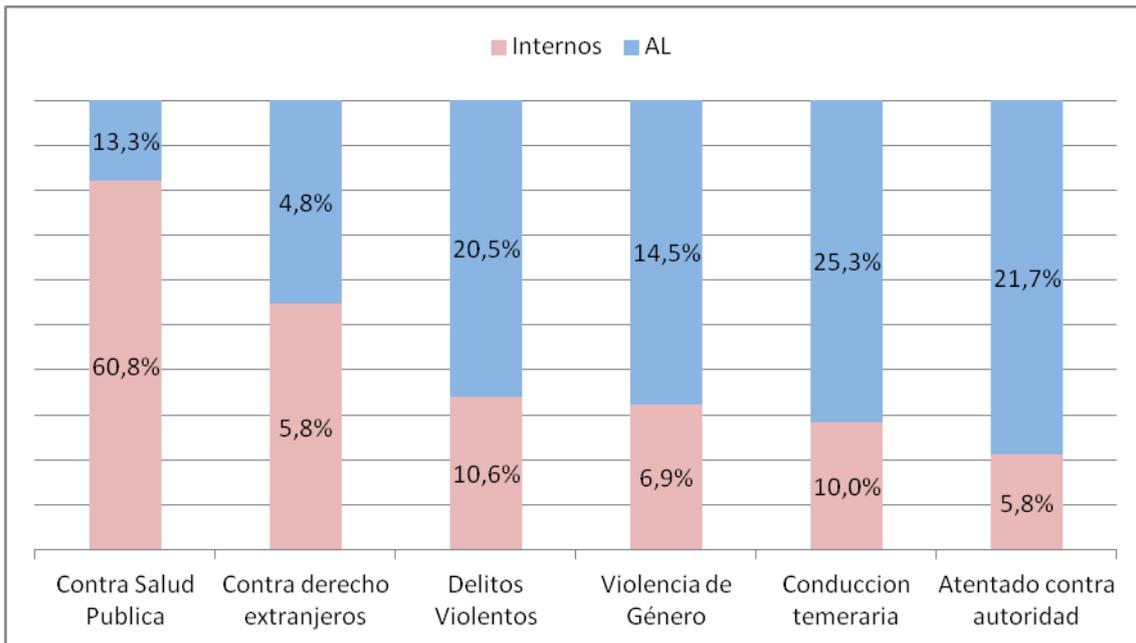
		AL	No AL	Total
Contra Salud Pública	Obs.	11	208	219
	Esp.	50,5	168,5	219,0
	% Tipo Delito	5,0%	95,0%	100,0%
	% AL	13,3%	75,1%	60,8%
	R. Tip	-5,6	3,0	
Contra derecho extranjeros	Obs.	4	17	21
	Esp.	4,8	16,2	21,0
	% Tipo Delito	19,0%	81,0%	100,0%
	% AL	4,8%	6,1%	5,8%
	R. Tip	-0,4	0,2	
Delitos Violentos	Obs.	17	21	38
	Esp.	8,8	29,2	38,0
	% Tipo Delito	44,7%	55,3%	100,0%
	% AL	20,5%	7,6%	10,6%
	R. Tip	2,8	-1,5	
Violencia de Género	Obs.	12	13	25
	Esp.	5,8	19,2	25,0
	% Tipo Delito	48,0%	52,0%	100,0%
	% AL	14,5%	4,7%	6,9%
	R. Tip	2,6	-1,4	
Conducción temeraria	Obs.	21	15	36
	Esp.	8,3	27,7	36,0
	% Tipo Delito	58,3%	41,7%	100,0%
	% AL	25,3%	5,4%	10,0%
	R. Tip	4,4	-2,4	
Atentado contra autoridad	Obs.	18	3	21
	Esp.	4,8	16,2	21,0
	% Tipo Delito	85,7%	14,3%	100,0%
	% AL	21,7%	1,1%	5,8%
	R. Tip	6,0	-3,3	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% Tipo Delito	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 : 130,903 IC 95%, Valor p: 0,001

Tabla 13.1.- Tipo de delito (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando del tipo de delito cometido distinguiendo entre autolesionados (AL) o no (No AL). Los delitos han sido clasificados en seis categorías: **Salud pública, Derecho de los trabajadores, Delitos violentos, Violencia de género, Conducción temeraria y Contra autoridad.**

Analizando en cada uno de los casos observados (Obs.), los casos esperados (Esp.), el % respecto del total de casos (% en AL), % dentro de su grupo (% Tipo delito) y el residuo tipificado (R. Tip).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (IC) y el nivel de significación (valor P).



Gráfica 13.1- Relación tipo de delitos y autolesión (Hombres): Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos relacionando el tipo de delito cometido y su condición de autolesionable (AL).

Los delitos han sido clasificados en seis categorías: **Contra Salud pública, Contra Derecho Extranjeros, Delitos violentos, Violencia de género, Conducción temeraria y Atentado contra autoridad.**

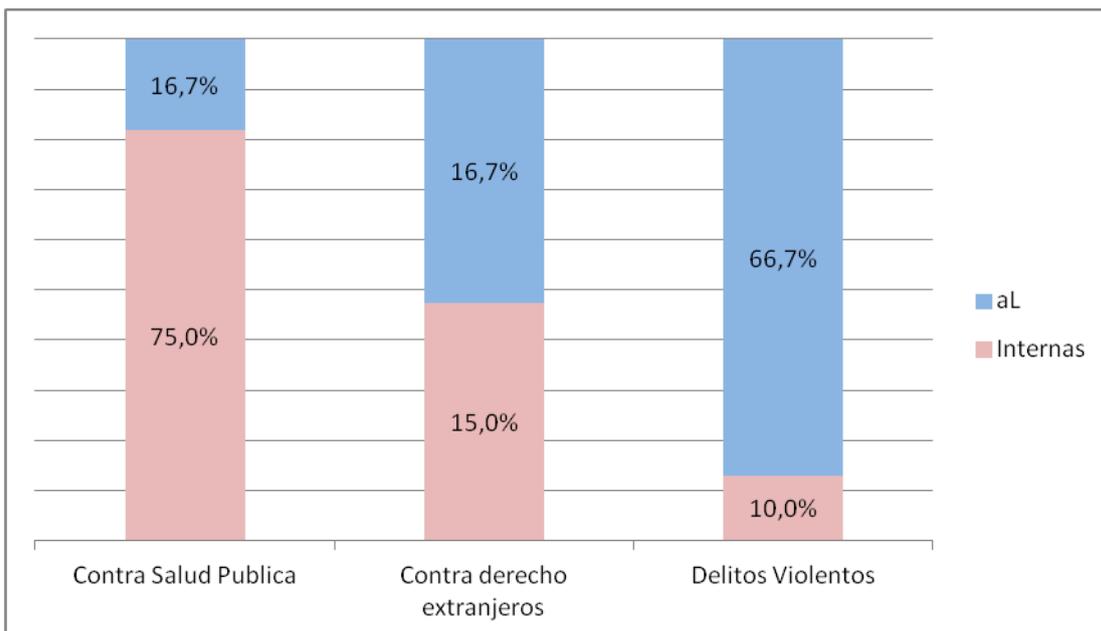
		AL	No AL	Total
Contra Salud Publica	Obs.	2	73	75
	Esp.	9,0	66,0	75,0
	% Tipo Delito	2,7%	97,3%	100,0%
	% AL	16,7%	83,0%	75,0%
	R. Tip	-2,3	0,9	
Contra derecho extranjeros	Obs.	2	13	15
	Esp.	1,8	13,2	15,0
	% Tipo Delito	13,3%	86,7%	100,0%
	% AL	16,7%	14,8%	15,0%
	R. Tip	0,1	-0,1	
Delitos Violentos	Obs.	8	2	10
	Esp.	1,2	8,8	10,0
	% Tipo Delito	80,0%	20,0%	100,0%
	% AL	66,7%	2,3%	10,0%
	R. Tip	6,2	-2,3	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% Tipo Delito	12,0%	88,0%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 : 50,000 IC 95%, Valor p: 0,001

Tabla 13.2.- Tipo de delito (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando del tipo de delito cometido distinguiendo entre autolesionados (AL) o no (No AL). Los delitos han sido clasificados en tres categorías: **contra salud pública, contra derecho extranjeros y delitos violentos.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**), % dentro de su grupo (**% Tipo delito**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 13.2- Relación tipo de delitos y autolesión (Mujeres): Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos relacionando el tipo de delito cometido y su condición de autolesionable (AL) o no (Internos).

Los delitos han sido clasificados en tres categorías: **Contra Salud pública, Contra Derecho Extranjeros y Delitos violentos.**

DELITOS/ ANTECEDENTES DELICTIVOS

El Código Penal español clasifica los delitos en veinticuatro títulos diferentes siendo de especial trascendencia los considerados violentos contra las personas como son los homicidios, asesinatos, las lesiones corporales, los robos con violencia, las agresiones sexuales, las detenciones ilegales y los delitos contra los trabajadores en los que se emplee la violencia, resumiendo de forma escueta dicha clasificación.

En nuestro estudio nos interesa determinar si existe vinculación entre el tipo de delito con las autolesiones infligidas comprobando la correlación entre ambas variables; para ello hemos clasificado en seis grupos de delitos incluyendo a todos los internos analizados en uno de esos grupos (Gráfica 13).

La diferencia entre los delitos enumerados, independientemente de su clasificación jurídica, estriba en el grado de desvalor mediando violencia.

La comisión de delitos que duda cabe presupone en muchísimas ocasiones un tipo de personalidad alterada (trastorno límite y antisocial de la personalidad) que muy frecuentemente además es consumidora de tóxicos (alcohol y drogas).

Nos ha llamado la atención las cifras bajas de comisión de delitos violentos con el alto número de individuos calificados de impulsivos y con más agresividad verbal que física (Tabla 13-1).

Como hemos visto estos dos factores son ingredientes fundamentales que explican el tipo de personalidad auto lesivas, así pues no es de extrañar que los porcentajes en estos individuos con delitos importantes, consumo de tóxicos y atentado a la autoridad nos den resultados parecidos.

Un porcentaje muy bajo de internos del Centro Penitenciario de Ceuta participantes en esta tesis doctoral había cometido delitos violentos (14%) lo cual no tiene su correspondencia en el resultado obtenido en el cuestionario (AQ) de agresividad en la cual casi dos terceras partes de estos individuos fueron calificados como de impulsivos además de presentar más hostilidad y agresividad verbal que agresividad física.

Existen varias conclusiones sobresalientes del estudio realizado diferenciadas por sexos.

En los hombres en todos los delitos exceptuando los realizados contra la salud pública y contra los derechos de los trabajadores existen un elevado número de autolesionados de forma porcentual; en todos se muestra síntomas de violencia canalizada de una u otra forma y contra un sujeto u objetos (Gráfica 13.1).

En las mujeres nos llama la atención una relación muy directa y exclusiva entre los delitos violentos y la frecuencia de autolesiones (Tabla 13.2).

En las mujeres, sin embargo, existe únicamente autolesionadas de forma elevada en los sujetos con delitos estrictamente violentos, careciendo de delitos contra la autoridad, contra la seguridad vial o de violencia de género (Gráfica 13.2).

La diferencia de sexos afecta de forma directamente proporcional en las autolesiones, los hombres cometen todo tipo de delitos, casi todos son violentos y de igual forma casi todos generan autolesiones; las mujeres cometen menos tipos de delitos, sólo son violentos los cometidos contra las personas y de igual forma sólo generan autolesiones éstos últimos.

Para evitar autolesiones debemos incidir sobre los factores subjetivos en la comisión de delitos discriminando según sexos de forma positiva y utilizando para ello los programas que detallamos, “Odia el delito pero compadece al delincuente”²⁰³.

Corroborada la vinculación del delito con las autolesiones conviene indicar que el tratamiento de dichas autolesiones debe comenzar por enseñar y dar importancia a las Habilidades Sociales que redundan en el funcionamiento interpersonal evitando delitos y por lo tanto autolesiones.

Estas Habilidades permiten tener un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que respete a los demás y resuelva los problemas interpersonales.

Los Programas a utilizar cambian según el sexo, ya que cada uno demuestra una tendencia diferente; en los hombres y mujeres estarían indicados programas de reemplazo de la agresión (ART), y sólo en los hombres programas de violencia de género y de agresiones sexuales.

²⁰³ Da Silva César, T. (2014)

V.6. ANTECEDENTES DELICTIVOS FAMILIARES

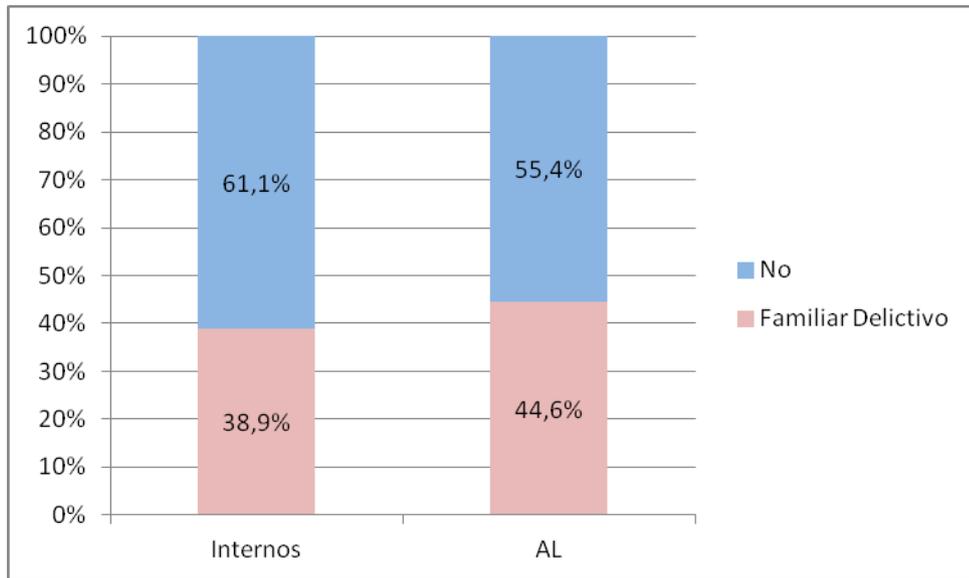
		AL	No AL	Total
Familiar Delictivo	Obs.	37	103	140
	Esp.	32,3	107,7	140,0
	% F.delictivo	26,4%	73,6%	100,0%
	% AL	44,6%	37,2%	38,9%
	R. Tip	,8	-,5	
No	Obs.	46	174	220
	Esp.	50,7	169,3	220,0
	% F.delictivo	20,9%	79,1%	100,0%
	% AL	55,4%	62,8%	61,1%
	R. Tip	-,7	,4	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% F.delictivo	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 : 1,469 IC 95%, Valor p: 0,225

Tabla 14.1- Antecedentes delictivos familiares/autolesiones (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando los antecedentes familiares delictivos (**familiar delictivo**) o **NO**. Distinguiendo entre autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**), % dentro de su grupo (**% F. Delictivo**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 14.1- Antecedentes delictivos familiares/autolesiones (Hombres): Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos relacionando los antecedentes delictivos familiares y su condición de autolesionable (AL) o no (Internos).

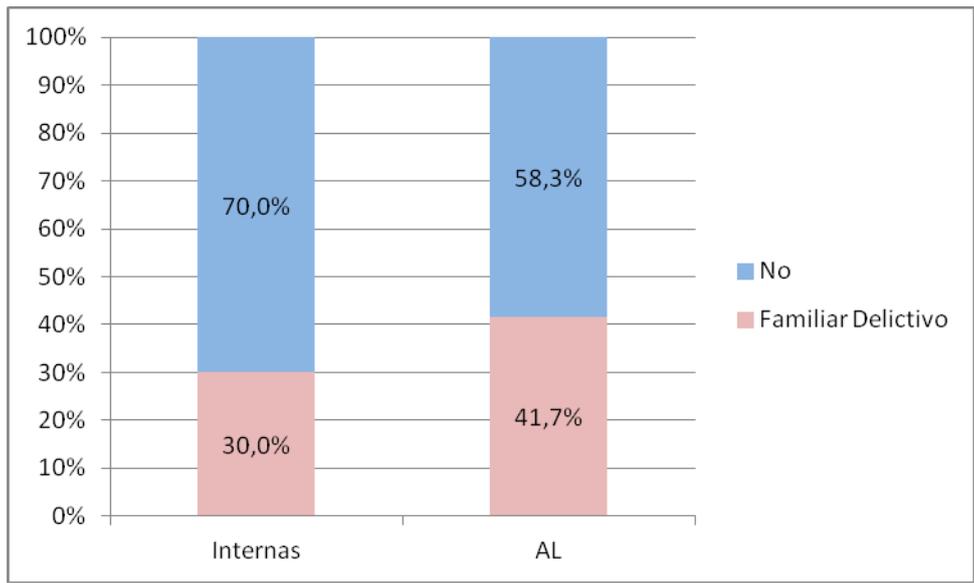
		AL	No AL	Total
Familiar Delictivo	Obs.	5	25	30
	Esp.	3,6	26,4	30,0
	% F.delictivo	16,7%	83,3%	100,0%
	% AL	41,7%	28,4%	30,0%
	R. Tip	,7	-,3	
No	Obs.	7	63	70
	Esp.	8,4	61,6	70,0
	% F.delictivo	10,0%	90,0%	100,0%
	% AL	58,3%	71,6%	70,0%
	R. Tip	-,5	,2	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% F.delictivo	12,0%	88,0%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 : 0,884 IC 95%, Valor p: 0,347

Tabla 14.2.- Antecedentes delictivos familiares/autolesiones (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando los antecedentes familiares delictivos (**familiar delictivo**) o **NO**. Distinguiendo entre autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**), % dentro de su grupo (**% F. delictivo**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 14.2.- Antecedentes delictivos familiares/autolesiones (Mujeres): Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos relacionando los antecedentes delictivos familiares y su condición de autolesionable (AL) o no (Internos).

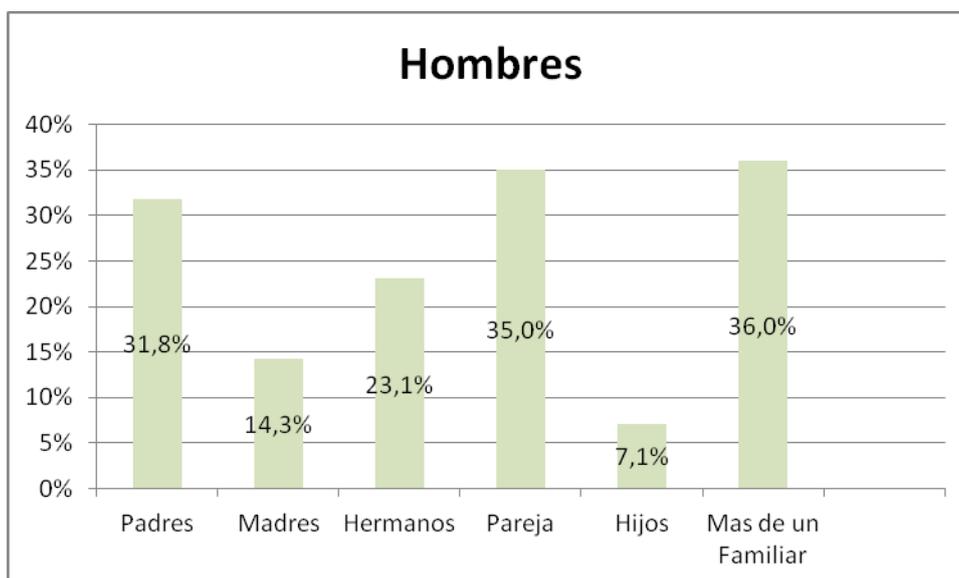
V.7. FAMILIAR CON PROBLEMAS

		AL	No AL	Total
Ninguno	Obs.	46	174	220
	Esp.	50,7	169,3	220,0
	% T.Familiar	20,9%	79,1%	100,0%
	% AL	55,4%	62,8%	61,1%
	R. Tip	-,7	,4	
Padres	Obs.	7	15	22
	Esp.	5,1	16,9	22,0
	% T.Familiar	31,8%	68,2%	100,0%
	% AL	8,4%	5,4%	6,1%
	R. Tip	,9	-,5	
Madres	Obs.	1	6	7
	Esp.	1,6	5,4	7,0
	% T.Familiar	14,3%	85,7%	100,0%
	% AL	1,2%	2,2%	1,9%
	R. Tip	-,5	,3	
Hermanos	Obs.	12	40	52
	Esp.	12,0	40,0	52,0
	% T.Familiar	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	14,5%	14,4%	14,4%
	R. Tip	,0	,0	
Pareja	Obs.	7	13	20
	Esp.	4,6	15,4	20,0
	% T.Familiar	35,0%	65,0%	100,0%
	% AL	8,4%	4,7%	5,6%
	R. Tip	1,1	-,6	
Hijos	Obs.	1	13	14
	Esp.	3,2	10,8	14,0
	% T.Familiar	7,1%	92,9%	100,0%
	% AL	1,2%	4,7%	3,9%
	R. Tip	-1,2	,7	
Más de un Familiar	Obs.	9	16	25
	Esp.	5,8	19,2	25,0
	% T.Familiar	36,0%	64,0%	100,0%
	% AL	10,8%	5,8%	6,9%
	R. Tip	1,3	-,7	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% T.Familiar	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 14.3.- Antecedentes delictivos familiares/autolesiones – Parentesco (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando los antecedentes familiares delictivos según el parentesco (**Padre, Madre, Hermanos, Pareja, Hijos, Más de un familiar o ninguno**). Distinguiendo entre autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**), % dentro de su grupo (**% T. Familiar**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



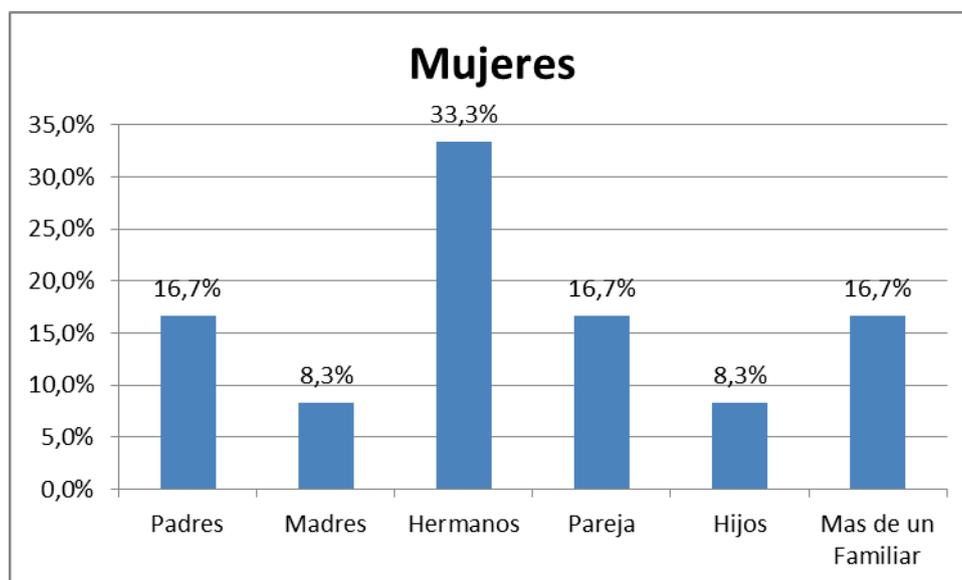
Gráfica 14.3.- Antecedentes delictivos familiares/autolesiones - Parentesco (Hombres): Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos que se autolesionan en virtud de los antecedentes delictivos familiares según su parentesco (**Padre, Madre, Hermanos, Pareja, Hijos, Más de un familiar o ninguno**)

		AL	No AL	Total
Ninguno	Obs.	0	70	70
	Esp.	8,4	61,6	70,0
	% T.Familiar	0,0%	100,0%	100,0%
	% AL	0,0%	79,5%	70,0%
	R. Tip	-2,9	1,1	
Padres	Obs.	2	4	6
	Esp.	0,7	5,3	6,0
	% T.Familiar	33,3%	66,7%	100,0%
	% AL	16,7%	4,5%	6,0%
	R. Tip	1,5	-,6	
Madres	Obs.	1	2	3
	Esp.	0,4	2,6	3,0
	% T.Familiar	33,3%	66,7%	100,0%
	% AL	8,3%	2,3%	3,0%
	R. Tip	1,1	-,4	
Hermanos	Obs.	4	5	9
	Esp.	1,1	7,9	9,0
	% T.Familiar	44,4%	55,6%	100,0%
	% AL	33,3%	5,7%	9,0%
	R. Tip	2,8	-1,0	
Pareja	Obs.	2	3	5
	Esp.	0,6	4,4	5,0
	% T.Familiar	40,0%	60,0%	100,0%
	% AL	16,7%	3,4%	5,0%
	R. Tip	1,8	-,7	
Hijos	Obs.	1	0	1
	Esp.	0,1	0,9	1,0
	% T.Familiar	100,0%	0,0%	100,0%
	% AL	8,3%	0,0%	1,0%
	R. Tip	2,5	-,9	
Más de un Familiar	Obs.	2	4	6
	Esp.	0,7	5,3	6,0
	% T.Familiar	33,3%	66,7%	100,0%
	% AL	16,7%	4,5%	6,0%
	R. Tip	1,5	-,6	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% T.Familiar	12,0%	88,0%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 14.4.- Antecedentes delictivos familiares/autolesiones – Parentesco (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando los antecedentes familiares delictivos según el parentesco (**Padre, Madre, Hermanos, Pareja, Hijos, Más de un familiar o ninguno**). Distinguiendo entre autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**), % dentro de su grupo (**% T. Familiar**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 14.4.- Antecedentes delictivos familiares/autolesiones - Parentesco (Mujeres): Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos que se autolesionan en virtud de los antecedentes delictivos familiares según su parentesco (**Padre, Madre, Hermanos, Pareja, Hijos, Más de un familiar o ninguno**)

ANTECEDENTES DELICTIVOS FAMILIARES

Un elevado número de internos, aproximadamente un 40% de la población penitenciaria, tiene problemas familiares con la justicia, cuestión que es habitual y bien conocido en todos los tratados sobre derecho penitenciario y cultura delincencial (Tabla 14.1), este dato se repite en las mujeres (Tabla 14.2).

La relación con las autolesiones es clara, más de un 44% de los autolesionados tienen familiares con antecedentes delictivos en el caso de los hombres (Gráfica 14.1) y más de un 41% en el caso de las mujeres (Gráfica 14.2).

El familiar más implicado fue el hermano/a, con una frecuencia muy cercana al 37% en el caso de las mujeres (Tabla 14.4), y en los hombres la pareja (Tabla 14.3), el resto de la parentela quedaba a una distancia mayor con porcentajes bajos, comprobándose que los antecedentes delictivos familiares eran más frecuentes entre los presos que en la muestra de población general (Gráfica 14.3 y 14.4).

Apuntar de nuevo que en este caso apenas existen diferencias porcentuales entre hombres y mujeres cuando la relación parental es de hermanos.

Los antecedentes delictivos y/o psiquiátricos en alguno de los padres y la vida familiar desestructurada suelen ser la causa de una desestabilización en el seno de la familia, que puede ocasionar el inicio del consumo de drogas y problemas con la justicia.

Las autolesiones son más abundantes cuanto mayor es el número de familiares con problemas delictivos generando una reacción en cadena familia delictiva-interno-autolesión.

Los sujetos han aprendido mediante la asociación diferencial y la pertenencia a una subcultura delinciente valores y creencias que fomentan la comisión de actos delictivos en el que se confiere rango social sobre la base de tales actos y especifica la clase de relaciones que se ha de mantener con las personas que están fuera del mundo social de los delincuentes.

En la población musulmana Ceutí, debido al peso e importancia que el grupo familiar tiene por la cultura, lo aprendido en las familias servirá de guía conductual durante su vida y lo obtenido por los padres sea bueno o malo será copiado dándole valor y agradeciendo sus resultados, de ahí que comportamientos delincuenciales sean apreciados si antes han sido realizados por sus progenitores.

Cumplen rigurosamente con la teoría del “etiquetado social”, mediante la cual sólo son delincuentes aquellos que así son percibidos por su grupo social como tal y sólo son delitos lo que ellos consideran como tales y no los que la cultura general de la sociedad establece.

Aunque aprendamos a tratar las autolesiones según los métodos especificados será necesario formar a los sujetos en una cultura fuera de las presiones familiares que obliguen al delito; una vez conseguido romper esta reacción en cadena las autolesiones descenderán.

V.8. DROGODEPENDENCIA

		AL	No AL	Total
Probar Droga	Obs.	67	174	241
	Esp.	55,6	185,4	241,0
	% P. Droga	27,8%	72,2%	100,0%
	% AL	80,7%	62,8%	66,9%
	R. Tip	1,5	-,8	
No	Obs.	16	103	119
	Esp.	27,4	91,6	119,0
	% P. Droga	13,4%	86,6%	100,0%
	% AL	19,3%	37,2%	33,1%
	R. Tip	-2,2	1,2	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% P. Droga	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 : 9,254 IC 95%, Valor p: 0,002

Tabla 15.1-Consumo de drogas centro penitenciario (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando la condición de autolesionados (AL) o no (No AL) y si han probado o no las drogas.

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**), % dentro de su grupo (**% P. Droga**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

		AL	No AL	Total
Probar Droga	Obs.	8	33	41
	Esp.	4,9	36,1	41
	% P. Droga	19,50%	80,50%	100,00%
	% AL	66,70%	37,50%	41,00%
	R. Tip	1,4	-0,5	
No	Obs.	4	55	59
	Esp.	7,1	51,9	59
	% P. Droga	6,80%	93,20%	100,00%
	% AL	33,30%	62,50%	59,00%
	R. Tip	-1,2	0,4	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12	88	100
	% P. Droga	12,00%	88,00%	100,00%
	% AL	100,00%	100,00%	100,00%

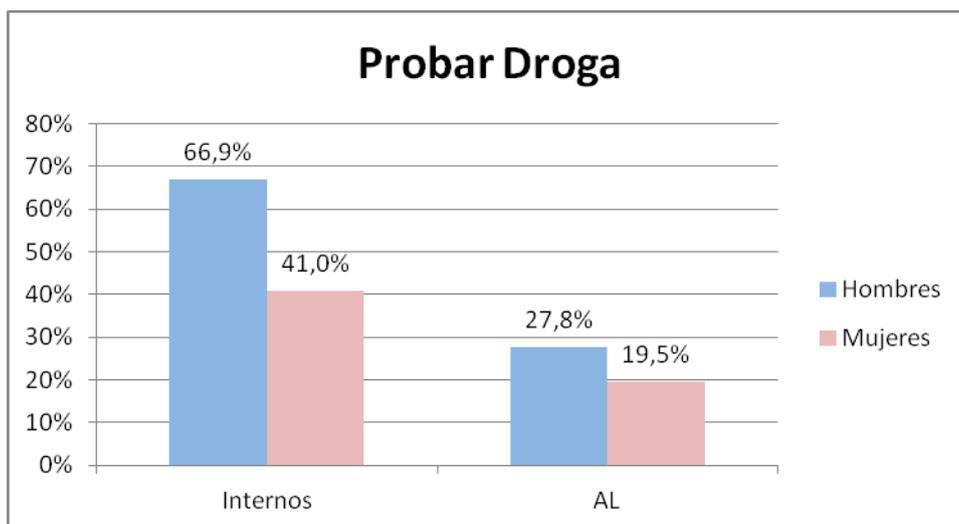
χ^2 : 3,714 IC 95%, Valor p: 0,054

Fisher : 0,066

Tabla 15.2-Consumo de drogas centro penitenciario (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales relacionando la condición de autolesionados (AL) o no (No AL) y si han probado o no las drogas.

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% en AL**), % dentro de su grupo (**% P. Droga**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 15.- Consumo de drogas centro penitenciario: Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos de ambos sexos que han consumido drogas en el centro penitenciario distinguiendo entre los que se autolesionan (**AL**) y los que no lo hacen (**Internos**).

		AL	No AL	Total
Cannabis	Obs.	26	174	200
	Esp.	55,6	144,4	200,0
	% Droga	13,0%	87,0%	100,0%
	% AL	38,8%	100,0%	83,0%
	R. Tip	-4,0	2,5	
Tranquilizantes	Obs.	48	118	166
	Esp.	46,1	119,9	166,0
	% Droga	28,9%	71,1%	100,0%
	% AL	71,6%	67,8%	68,9%
	R. Tip	,3	-,2	
Cocaína	Obs.	36	114	150
	Esp.	41,7	108,3	150,0
	% Droga	24,0%	76,0%	100,0%
	% AL	53,7%	65,5%	62,2%
	R. Tip	-,9	,5	
Heroína	Obs.	32	93	125
	Esp.	34,8	90,2	125,0
	% Droga	25,6%	74,4%	100,0%
	% AL	47,8%	53,4%	51,9%
	R. Tip	-,5	,3	
Anfetamina	Obs.	33	99	132
	Esp.	36,7	95,3	132,0
	% Droga	25,0%	75,0%	100,0%
	% AL	49,3%	56,9%	54,8%
	R. Tip	-,6	,4	
Alucinógenos	Obs.	27	40	67
	Esp.	18,6	48,4	67,0
	% Droga	40,3%	59,7%	100,0%
	% AL	40,3%	23,0%	27,8%
	R. Tip	1,9	-1,2	
Inhalables	Obs.	7	41	48
	Esp.	13,3	34,7	48,0
	% Droga	14,6%	85,4%	100,0%
	% AL	10,4%	23,6%	19,9%
	R. Tip	-1,7	1,1	

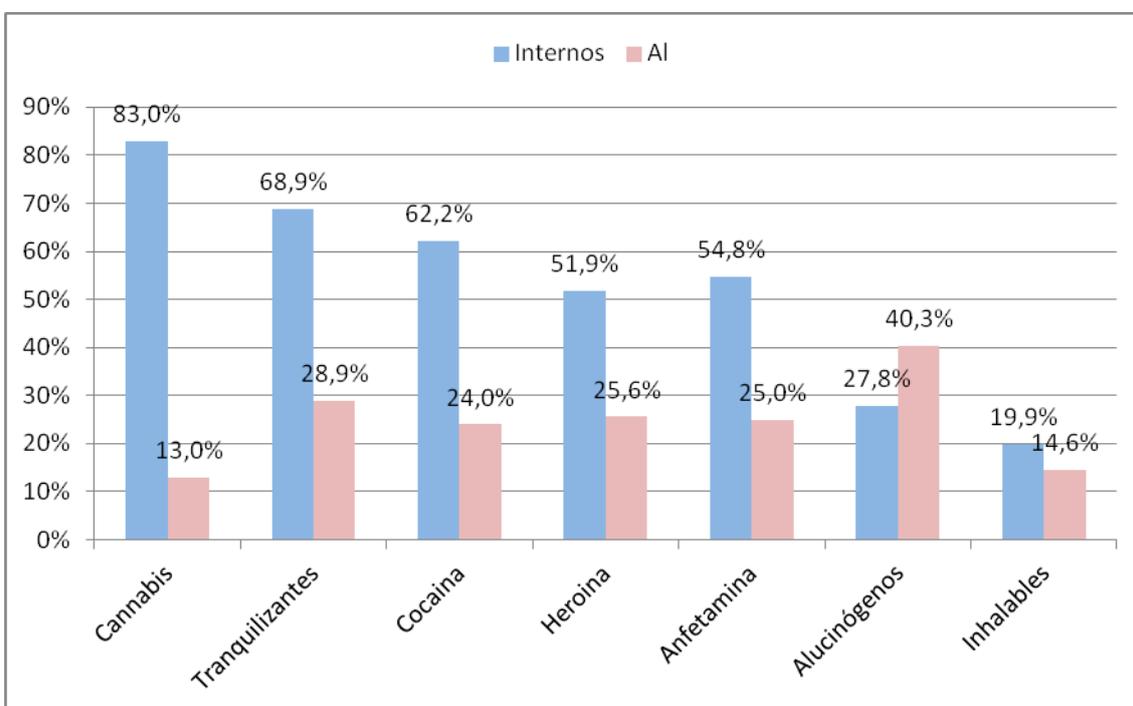
Alucinógenos $\chi^2: 7,221$ **IC 95%, Valor p: 0,007**

Inhalables $\chi^2: 5,217$ **IC 95%, Valor p: 0,022**

Tabla 16.- Tipos de drogas/ autolesiones (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales del consumo de drogas relacionándolo con la condición de autolesionados (AL) o no (No AL) y si han probado o no las drogas. Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Cannabis, Tranquilizantes, Cocaína, Heroína, Anfetamina, Alucinógenos e Inhalables.**

Analizando en cada uno de los casos observados (Obs.), los casos esperados (Esp.), el % respecto del total de casos (% AL), % dentro de su grupo (% Droga) y el residuo tipificado (R. Tip).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (IC) y el nivel de significación (valor P).



Gráfica 16.- Tipos de drogas/ autolesiones (Hombres): Las barras muestran los valores porcentuales de los tipos de drogas que han consumido en el centro penitenciario distinguiendo entre los que se autolesionan (AL) y los que no lo hacen (Internos). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Cannabis, Tranquilizantes, Cocaína, Heroína, Anfetamina, Alucinógenos e Inhalables.**

DROGODEPENDENCIA

El consumo de drogas ha sido muy frecuente entre las personas que ingresan en prisión; según el estudio Encuesta estatal sobre salud y drogas de los internados en prisión ESDIP 2006 realizado en colaboración con el Plan Nacional de Drogas el 79% consume drogas en el mes anterior a la entrada en prisión.

Según nuestro estudio la mayor parte de los presos hombres (67%) habían probado las drogas (Tabla 15.1) y muchos de éstos estaban consumiendo actualmente (Gráfico 15), mientras que en las mujeres la cifra baja al 40% (Tabla 15.2)

Los reclusos llevaban bastantes años tomando drogas y la edad de comienzo en el consumo fue en la adolescencia temprana (sobre los 14 años) en hombres y los 16 años en mujeres lo cual corroboran otras investigaciones españolas realizadas en presos como la anterior.

En el estudio se diferencia entre Uso o Dependencia en función de la clasificación que se le da en base a las preguntas formuladas ¿Has consumido? o ¿Estás en un programa?

En las adicciones existe un fuerte deseo de consumo, una capacidad deteriorada, un malestar y una persistencia en la conducta; estos cuatro elementos pueden generar autolesiones si no son correctamente tratados.

El Tratamiento en prisiones sigue un itinerario terapéutico que sigue formas como Intervención Ambulatoria, Centro de día, Módulos Terapéuticos o Programas Libres de Drogas que pretenden tratar a los drogodependientes y permitirle la continuación de la vida en el interior de los Centros.

Otro elemento diferenciador de las autolesiones de los drogodependientes es el tipo de droga.

Los internos son en su mayoría poli consumidores aunque mayoritariamente consume un determinado tipo de sustancias tóxicas y ocasionalmente asociadas a otras drogas (Tabla 16).

Las sustancias más consumidas por los reclusos de Ceuta fueron el cannabis con mucha diferencia seguido de tranquilizantes, psicofármacos y de cocaína.

Concretando un poco más en relación con el consumo de heroína y cocaína la praxis clínica sí nos dice que hay una asociación muy estrecha con autolesiones, no tanto su consumo como su privación (el síndrome de abstinencia) de estas dos sustancias; podemos señalar una vez más que en las mujeres hay unos resultados con porcentajes más bajos pero coincidentes con los resultados en los hombres.

El análisis de la variable “drogas” en el centro penitenciario reveló que casi el 67% de los presos habían probado una o varias de estas sustancias alguna vez; muchos de ellos se declaraban consumidores habituales, y habiendo empezado a tomar las drogas a los 14 años de edad, solamente menos de un cuarto de ellos han estado en programas de desintoxicación de drogas.

En general, los tipos de drogas que más habían sido probados fueron el cannabis (83%) seguido por las tranquilizantes (68.9%) y a poca distancia la cocaína, la heroína y las anfetaminas (Gráfica 16).

De la misma forma que sucede en la sociedad, el cannabis es la droga consumida con mayor frecuencia en prisión.

La mayor tasa de autolesiones aparece en los consumidores de alucinógenos e inhalables en hombres seguidos de los tranquilizantes (benzodiazepinas) y cocaína, heroína y anfetaminas por el mayor cuadro de ansiedad y deprivación a su uso (síndrome de abstinencia) que caracteriza a estos consumidores (Gráfica 16).

V.9. TRASTORNOS ADICTIVOS

Conducta adictiva según Pomerleau es “el uso repetitivo de una sustancia y la implicación compulsiva en la realización de una conducta determinada que de forma directa o indirecta modifica el medio interno del individuo de tal forma que obtiene un refuerzo inmediato por el consumo o la realización de esa conducta inicialmente y un refuerzo negativo cuando pasa a ser dependiente”.

Existe una amplitud de las posibles conductas adictivas que exponemos en el presente estudio.

Se aplicó un cuestionario denominado MULTICAGE-CAD-4.

“El Cuestionario Multicage no es un instrumento de diagnóstico sino un cribado de conductas impulsivas, compulsivas y adictivas. Para detectar problemas que parecen superficiales, secundarios u ocultos por el sujeto, las escalas muestran independencia y suficiente relaciones entre sí, miden diferentes cuestiones con un común sustrato”.²⁰⁴

²⁰⁴ Pérez, Monje, Alonso, Girón, López y Romero, 2007, p. 269-278.

V.9.1. DEPENDENCIA AL ALCOHOL

		AL	No AL	Total
Dependencia alcohólica	Obs.	21	29	50
	Esp.	11,5	38,5	50,0
	% Alcohol	42,0%	58,0%	100,0%
	% AL	25,3%	10,5%	13,9%
	R. Tip	2,8	-1,5	
Indicios de problemas	Obs.	29	43	72
	Esp.	16,6	55,4	72,0
	% Alcohol	40,3%	59,7%	100,0%
	% AL	34,9%	15,5%	20,0%
	R. Tip	3,0	-1,7	
Sin Problema	Obs.	33	205	238
	Esp.	54,9	183,1	238,0
	% Alcohol	13,9%	86,1%	100,0%
	% AL	39,8%	74,0%	66,1%
	R. Tip	-3,0	1,6	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% Alcohol	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 : 33,484 IC 95%, Valor p: 0,001

Tabla 17.1.- Cribado problema relacionado con el alcohol/autolesiones (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos con problemas relacionados con el alcohol y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Dependencia alcohólica, Indicios de problemas y sin problemas.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Alcohol**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

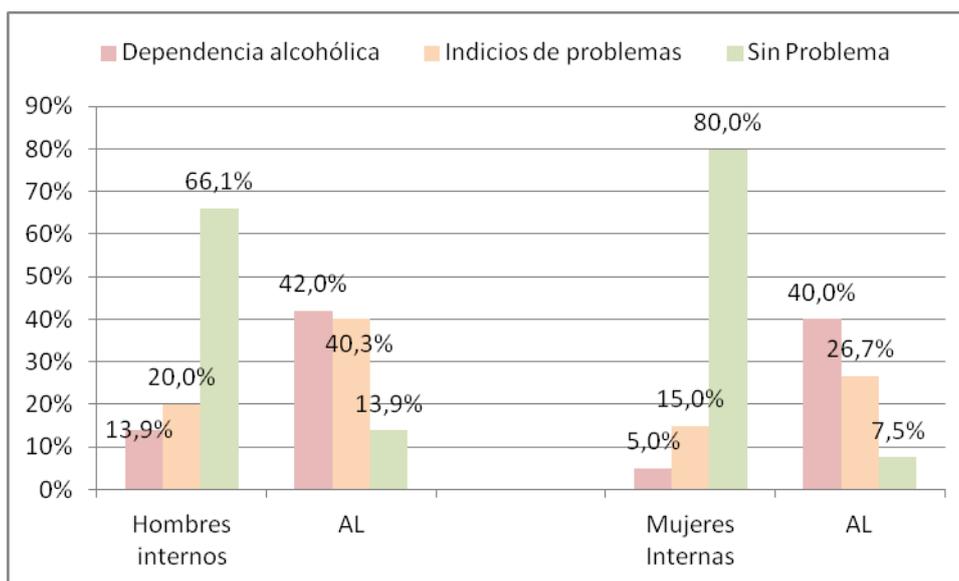
		AL	No AL	Total
Dependencia alcohólica	Obs.	2	3	5
	Esp.	0,6	4,4	5,0
	% Alcohol	40,0%	60,0%	100,0%
	% AL	16,7%	3,4%	5,0%
	R. Tip	1,8	-0,7	
Indicios de problemas	Obs.	4	11	15
	Esp.	1,8	13,2	15,0
	% Alcohol	26,7%	73,3%	100,0%
	% AL	33,3%	12,5%	15,0%
	R. Tip	1,6	-0,6	
Sin Problema	Obs.	6	74	80
	Esp.	9,6	70,4	80,0
	% Alcohol	7,5%	92,5%	100,0%
	% AL	50,0%	84,1%	80,0%
	R. Tip	-1,2	0,4	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% Alcohol	12,0%	88,0%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 : 8,302 IC 95%, Valor p: 0,016

Tabla 17.2.- Cribado problema relacionado con el alcohol / autolesiones (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de las internas con problemas relacionados con el alcohol y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Dependencia alcohólica, Indicios de problemas y sin problemas.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Alcohol**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 17.- Cribado problema relacionado con el alcohol/autolesiones: Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos y reclusas que presentan problemas con el alcohol (**Dependencia alcohólica o Indicios de problemas**) o **Sin problemas**, y la condición de autolesionables (**AL**) en (**Hombres internos y Mujeres internas**).

DEPENDENCIA AL ALCOHOL

La prevalencia de dependencia alcohólica entre la población reclusa ceutí, medida mediante el Test Multicage, fue baja y no coincide con las tasas encontradas en diferentes estudios.

En nuestro estudio la dependencia alcohólica se relaciona significativamente con el aumento en la conducta autolesiva, arrojando datos similares en hombres y mujeres (Tabla 17,1 y Tabla 17,2).

Se reveló que el 20% de los reclusos presentaba indicios de problemas con esta sustancia y que el 13,9% tenía una probable dependencia alcohólica, aunque los internos en general tenían pocos problemas relacionados con el alcohol (Gráfica 17).

El Test de Multicage detectó unos resultados diferentes a los hallados por otros autores con el Cuestionario AUDIT en presos españoles.

Entre las personas que ingresan en la cárcel el alcohol ocupa un importante lugar en la adicción a sustancias tóxicas, después del tabaco y del cannabis; la prevalencia de dependencia alcohólica fue del 14% tasa que no coincide con otras investigaciones ya que Ceuta y por las características de tener una población mayoría su consumo y su probable dependencia alcohólica es más baja que la población general española (Control).

Otro aspecto a considerar y a tener en cuenta, es que aunque hay una proporción de presos que se inician en el alcohol, la gran mayoría ya presentaba problemas de este tipo antes de ser encarcelados.

En otros estudios se ha apreciado que la tasa de dependencia de alcohol en la población interna alcanza cifras superiores a las encontradas en la población general, lo cual no ha sido corroborado en esta investigación.

En el grupo de los controles, las tasas de probable dependencia alcohólica obtenidas mediante el Test MULTICAGE de cribado, arrojan un resultado del 15% (cifra casi idéntica a la declarada por la OMS para la población general).

Como se puede observar, la variable analizada de dependencia al Alcohol, en la prueba de análisis del estadístico chi cuadrado con resultado 33,484 (2 grados de Libertad), y por medio del valor p (0.001) tiene estrecha relación con el hecho de autolesionarse, con una razón de ventaja (OR) de 2,9, concluyendo así que es un factor de riesgo para la autolesión.

De lo anterior concluimos que los internos se autolesionan más en asociación con el consumo de alcohol con otras drogas, por el efecto que produce el alcohol que incita a tomar otras sustancias como la cocaína, de ahí que es fundamental suprimir el consumo de alcohol para evitar la desinhibición y el consumo de otras drogas.

Existe un curso evolutivo de deterioro progresivo en aspectos psicológicos sociales y físicos a lo largo de cuatro fases como son la fase prealcohólica, el alcoholismo temprano, la fase crucial y la fase crónica; cualquiera de estas fases puede generar efectos autolesivos; si queremos disminuir los mismos y tratar a los internos debemos realizar un programa terapéutico que permita superar el consumo del alcohol, el entrenamiento de conductas alternativas y la reorganización de las contingencias ambientales.

V.9.2. CRIBADO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL JUEGO (CUESTIONARIO BREVE DE JUEGO PATOLÓGICO)

		AL	No AL	Total
Probable jugador patológico	Obs.	13	31	44
	Esp.	10,1	33,9	44
	% juego	29,55%	70,45%	100,00%
	% AL	15,66%	11,19%	12,22%
	R. Tip	0,9	-0,5	
Sin Problemas	Obs.	70	246	316
	Esp.	72,9	243,1	316
	% juego	22,15%	77,85%	100,00%
	% AL	84,34%	88,81%	87,78%
	R. Tip	-0,3	0,2	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83	277	360
	% juego	23,1%	76,9%	100,00%
	% AL	100,00%	100,00%	100,00%

$\chi^2:1,190$ IC 95%, Valor p: 0,275

Tabla 18.1.- Cribado problemas relacionado con el juego/autolesiones (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos con problemas relacionados con el juego y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Probable jugador patológico o Sin problemas.**

Analizando en cada uno de los casos observados (Obs.), los casos esperados (Esp.), el % respecto del total de casos (% AL), % dentro de su grupo (% juego) y el residuo tipificado (R. Tip).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (IC) y el nivel de significación (valor P).

		AL	No AL	Total
Probable jugador patológico	Obs.	5	16	21
	Esp.	2,52	18,48	21
	% juego	23,81%	76,19%	100,00%
	% AL	41,67%	18,18%	21,00%
	R. Tip	1,6	-0,6	
Sin Problemas	Obs.	7	72	79
	Esp.	9,48	69,52	79
	% juego	8,86%	91,14%	100,00%
	% AL	58,33%	81,82%	79,00%
	R. Tip	-0,8	0,3	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12	88	100
	% juego	12,00%	88,00%	100,00%
	% AL	100,00%	100,00%	100,00%

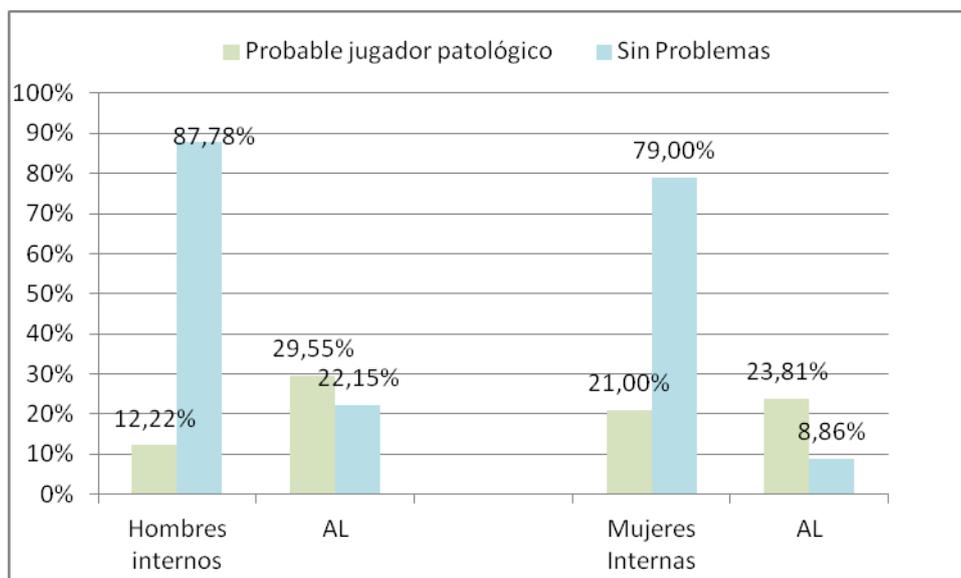
$\chi^2:3,511$ IC 95%, Valor p: 0,061

Fisher:0,122

Tabla 18.2.- Cribado problemas relacionado con el juego/autolesiones (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de las internas con problemas relacionados con el juego y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Probable jugador patológico o Sin problemas.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% juego**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 18.- Cribado problema relacionado con el juego/autolesiones: Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos y reclusas que presentan problemas con el juego (**Probable jugador patológico**) o **Sin problemas**, y la condición de autolesionables (**AL**) en (**Hombres internos y Mujeres internas**).

CRIBADO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL JUEGO

El juego patológico como un problema social está relacionado aunque de modo estadísticamente no significativo con un pequeño aumento en la frecuencia de autolesiones tanto en hombres (Tabla 18.1) como en mujeres (Tabla 18.2).

El juego en España representa un importante sustento de las actividades económicas y uno de los primeros del mundo de gasto por habitante, se hace por placer, ocio con o sin efecto monetario, la búsqueda de la excitación y evitar el aburrimiento son causas importantes en la base del juego (Gráfica 18).

La prevalencia de juego patológico entre los reclusos, medida con el Cuestionario Breve de Juego Patológico, fue muy baja y diferente a las tasas encontradas en otros estudios, por la característica de la población musulmana y la prohibición de dicho juego por la religión.

Casi un 13% de la población penitenciaria estudiada fue calificada por el test de cribado como probables jugadores patológicos, la prevalencia hallada entre las mujeres reclusas fue del 21%.

A pesar de que estar prohibido en la cárcel la prevalencia de juego patológico en los presos resultó ser más alta que la encontrada en la muestra de población general., existe una subcultura de juegos en la cárcel para disminuir el aburrimiento y en la búsqueda de sensaciones exitosa, aunque sea difícil de detectar en nuestro entorno penitenciario; los hombres son más adictos a la ludopatía que las mujeres, suelen tener historia de consumo de drogas, con rasgos de impulsivos mientras que las mujeres son atraídas por la inestabilidad emocional y afectivo negativo, son reacias a buscar ayuda profesional por la mayor estigmatización social.

La Administración Penitenciaria, conocedora de esta problemática ha intentado erradicar esta conducta sancionando los juegos de azar en los Centros Penitenciarios, tipificando dicha falta a través del artículo 109 del Reglamento 1281/1981.

Hemos comprobado en nuestro estudio que el juego patológico está relacionado con las conductas impulsivas con efectos perversos en la vida del sujeto con dicha adicción tal como la depresión o el consumo de drogas especialmente el alcohol y estas tienen relación estrecha con las autolesiones.

V.9.3. TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN

		AL	No AL	Total
Probable trastorno alimenticio	Obs.	24	58	82
	Esp.	18,9	63,1	82
	% Alim.	29,27%	70,73%	100,00%
	% AL	28,92%	20,94%	22,78%
	R. Tip	1,2	-0,6	
Sin problemas	Obs.	59	219	278
	Esp.	64,1	213,9	278
	% Alim.	21,22%	78,78%	100,00%
	% AL	71,08%	79,06%	77,22%
	R. Tip	-0,6	0,3	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83	277	360
	% Alim.	23,06%	76,94%	100,00%
	% AL	100,00%	100,00%	100,00%

$\chi^2:2,310$ IC 95%, Valor p: 0,137

Tabla 19.1.- Cribado problema de conducta alimenticia “Trastorno de la alimentación” (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos con problemas relacionados con trastornos de la alimentación y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Probable trastorno alimenticio o Sin problemas.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Alim.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

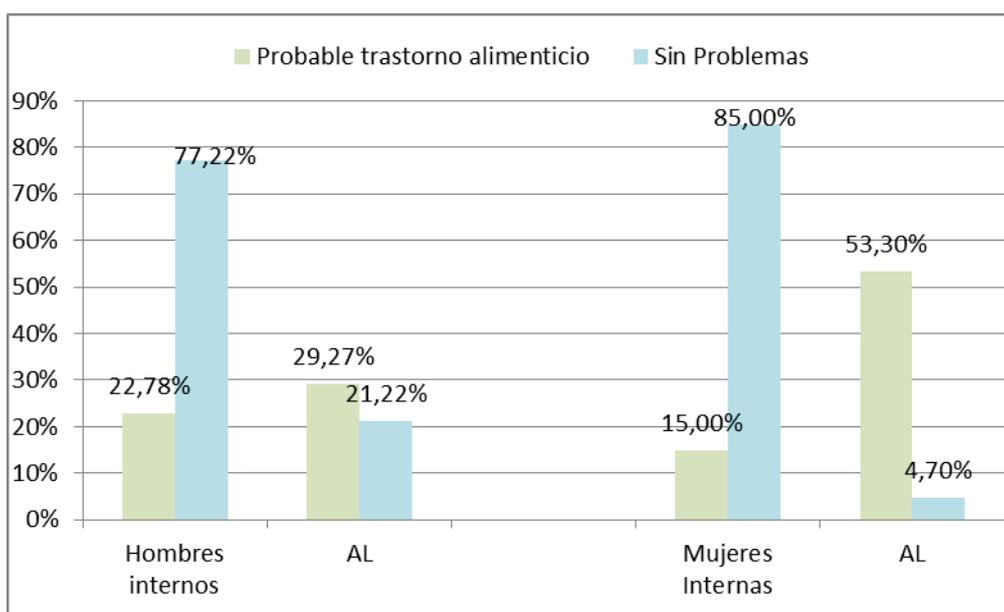
		AL	No AL	Total
Probable trastorno alimenticio	Obs.	8	7	15
	Esp.	1,8	13,2	15,0
	% Alim.	53,3%	46,7%	100,0%
	% AL	66,7%	8,0%	15,0%
	R. Tip	4,6	-1,7	
Sin problemas	Obs.	4	81	85
	Esp.	10,2	74,8	85,0
	% Alim.	4,7%	95,3%	100,0%
	% AL	33,3%	92,0%	85,0%
	R. Tip	-1,9	0,7	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% Alim.	12,0%	88,0%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2:28,550$ IC 95%, Valor p: 0,001 Fisher 0,001

Tabla 19.2.- Cribado problema de conducta alimenticia “Trastorno de la alimentación” (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos con problemas relacionados con trastornos de la alimentación y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Probable trastorno alimenticio o Sin problemas.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Alim.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 19.- Cribado problema de conducta alimenticia “Trastorno de la alimentación”: Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos y reclusas que presentan problemas con trastornos alimenticios (**Probable trastorno alimenticio**) o **Sin problemas**, y la condición de autolesionables (**AL**) en (**Hombres internos y Mujeres internas**).

TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN

Casi un 23% de la población penitenciaria masculina y un 15% de la femenina fueron calificados por el test de cribado con probables problemas alimenticios (Tabla 19,1 y Tabla 19,2).

La prevalencia de problemas de alimentación en los presos resultó ser más alta que la encontrada en la muestra de población general (Gráfica 19).

El trastorno de alimentación está relacionado de modo estadísticamente significativo en mujeres con un aumento en la frecuencia de autolesiones con un valor de $\chi^2:28,550$ IC 95%, Valor p: 0,001, dato que no está estadísticamente significativo en hombres.

V.9.4. GASTO EXCESIVO

		AL	No AL	Total
Probable trastorno gasto excesivo	Obs.	26	104	130
	Esp.	30	100	130
	% Gast.	20,00%	80,00%	100,00%
	% AL	31,30%	37,50%	36,10%
	R. Tip	-0,7	0,4	
Sin Problemas	Obs.	57	173	230
	Esp.	53	177	230
	% Gast.	24,80%	75,20%	100,00%
	% AL	68,70%	62,50%	63,90%
	R. Tip	0,5	-0,3	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83	277	360
	% Gast.	23,10%	76,90%	100,00%
	% AL	100,00%	100,00%	100,00%

$\chi^2:1,071$ IC 95%, Valor p: 0,301

Tabla 20.1.- Cribado problema relacionado con el gasto excesivo (Hombres):

Los valores indican los valores medios y totales de los internos con problemas relacionados con gasto excesivo y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Probable trastorno gasto excesivo o Sin problemas.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Gast.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

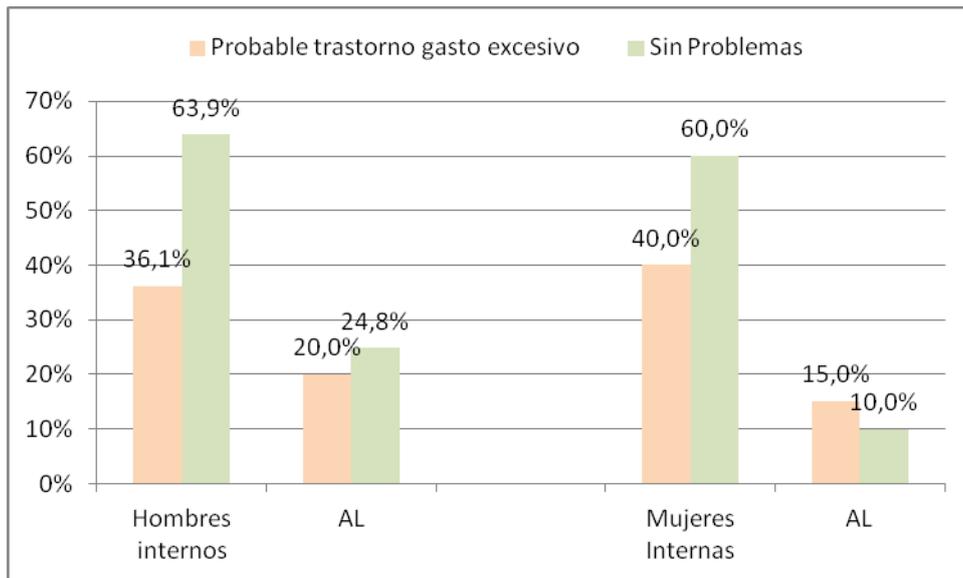
		AL	No AL	Total
Probable trastorno gasto excesivo	Obs.	6	34	40
	Esp.	4,8	35,2	40
	% Gast.	15,00%	85,00%	100,00%
	% AL	50,00%	38,60%	40,00%
	R. Tip	0,5	-0,2	
Sin Problemas	Obs.	6	54	60
	Esp.	7,2	52,8	60
	% Gast.	10,00%	90,00%	100,00%
	% AL	50,00%	61,40%	60,00%
	R. Tip	-0,4	0,2	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12	88	100
	% Gast.	12,00%	88,00%	100,00%
	% AL	100,00%	100,00%	100,00%

$\chi^2:0,568$ IC 95%, Valor p: 0,326

Tabla 20.2.- Cribado problema relacionado con el gasto excesivo (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de las internas con problemas relacionados con gasto excesivo y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Probable trastorno gasto excesivo o Sin problemas.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Gast.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 20.- Cribado problema de conducta gasto excesivo: Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos y reclusas que presentan problemas con trastornos de gasto excesivo (**Probable trastorno gasto excesivo**) o **Sin problemas**, y la condición de autolesionables (**AL**) en (**Hombres internos y Mujeres internas**).

GASTO EXCESIVO

Un 36% de la población penitenciaria masculina y un 40% de la femenina fue calificada por el test de cribado con probables problemas de gasto excesivo (Tabla 20.1 y Tabla 20.2)

La prevalencia de problemas de gasto excesivo de los presos resultó ser más alta que la encontrada en la muestra de población general sin que haya relación estadísticamente significativa entre gasto excesivo y autolesiones en hombres ni en mujeres (Gráfica 20).

En nuestro medio el probable gastador compulsivo, la mayoría de las veces por el nivel socioeconómico bajo ve frustrado sus expectativas de adquirir objetos; esta frustración se encuentra más en mujeres y puede estar entre las causas y consecuencias de la personalidad autolesiva.

V.9.5. ACTIVIDAD SEXUAL

		AL	No AL	Total
Probable problemas de actividad sexual	Obs.	7	22	29
	Esp.	6,7	22,3	29,0
	% A.Sex	24,1%	75,9%	100,0%
	% AL	8,4%	7,9%	8,1%
	R. Tip	0,1	-0,1	
Sin Problemas	Obs.	76	255	331
	Esp.	76,3	254,7	331,0
	% A.Sex	23,0%	77,0%	100,0%
	% AL	91,6%	92,1%	91,9%
	R. Tip	0,0	0,0	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% A.Sex	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2:0,021$ IC 95%, Valor p: 0,885

Tabla 21.1.- Cribado problema de actividad sexual (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos con problemas relacionados con la actividad sexual y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Probable problema de actividad sexual o Sin problemas.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% A. Sex.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

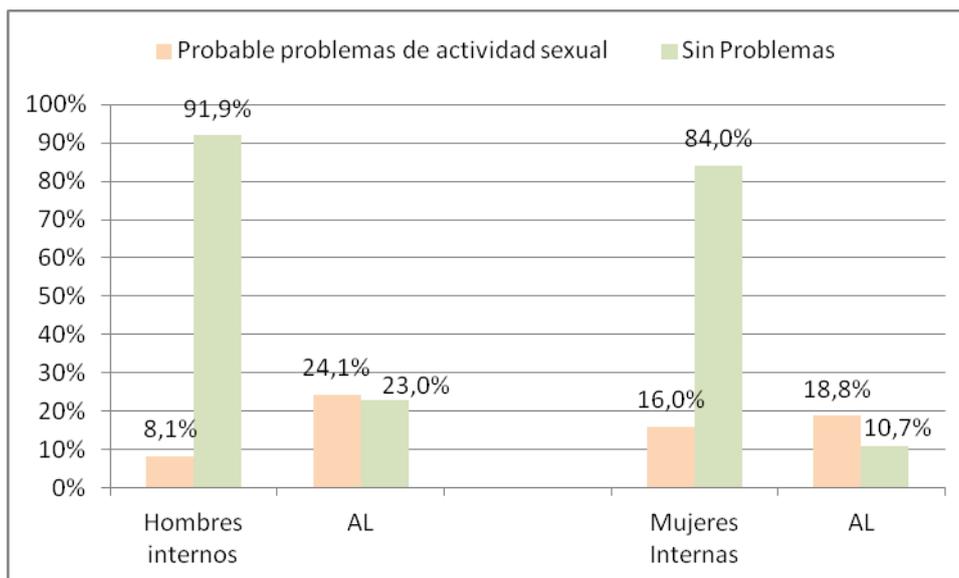
		AL	No AL	Total
Probable problemas de actividad sexual	Obs.	3	13	16
	Esp.	1,9	14,1	16,0
	% A.Sex	18,8%	81,3%	100,0%
	% AL	25,0%	14,8%	16,0%
	R. Tip	0,8	-0,3	
Sin Problemas	Obs.	9	75	84
	Esp.	10,1	73,9	84,0
	% A.Sex	10,7%	89,3%	100,0%
	% AL	75,0%	85,2%	84,0%
	R. Tip	-0,3	0,1	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% A.Sex	12,0%	88,0%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2:0,822$ IC 95%, Valor p: 0,365

Tabla 21.2.- Cribado problema de actividad sexual (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de las internas con problemas relacionados con la actividad sexual y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Probable problema de actividad sexual o Sin problemas.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% A. Sex.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 21.- Cribado problema de actividad sexual: Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos y reclusas que presentan problemas relacionados con la actividad sexual (**Probable problemas de actividad sexual**) o **Sin problemas**, y la condición de autolesionables (AL) en (**Hombres internos y Mujeres internas**).

ACTIVIDAD SEXUAL

La prevalencia de problemas de actividad sexual en los presos no resultó ser más alta que la encontrada en la muestra de población general (Tabla 21,1 y tabla 21,2).

En este estudio no hemos detectado que los problemas dentro de la órbita sexual sean significativos en el origen de las causas o factores que lleven a las autolesiones, siendo porcentajes muy bajos y no estadísticamente significativos (Gráfica 21).

V.9.6. DROGAS Y SUSTANCIAS TÓXICAS

		AL	No AL	Total
Consumo de drogas y sustancias tóxicas.	Obs.	74	114	188
	Esp.	43,3	144,7	188,0
	% S. Tox	39,4%	60,6%	100,0%
	% AL	89,2%	41,2%	52,2%
	R. Tip	4,7	-2,5	
Sin Problemas	Obs.	9	163	172
	Esp.	39,7	132,3	172,0
	% S. Tox	5,2%	94,8%	100,0%
	% AL	10,8%	58,8%	47,8%
	R. Tip	-4,9	2,7	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% S. Tox	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2:58,977$ IC 95%, Valor p: 0,001

Tabla 22.1.- Cribado problema relacionado con las drogas y abuso de sustancias tóxicas (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos con problemas relacionados con las drogas y el abuso de sustancias tóxicas y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Consumo de drogas y sustancias tóxicas o Sin problemas.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% S. Tox.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

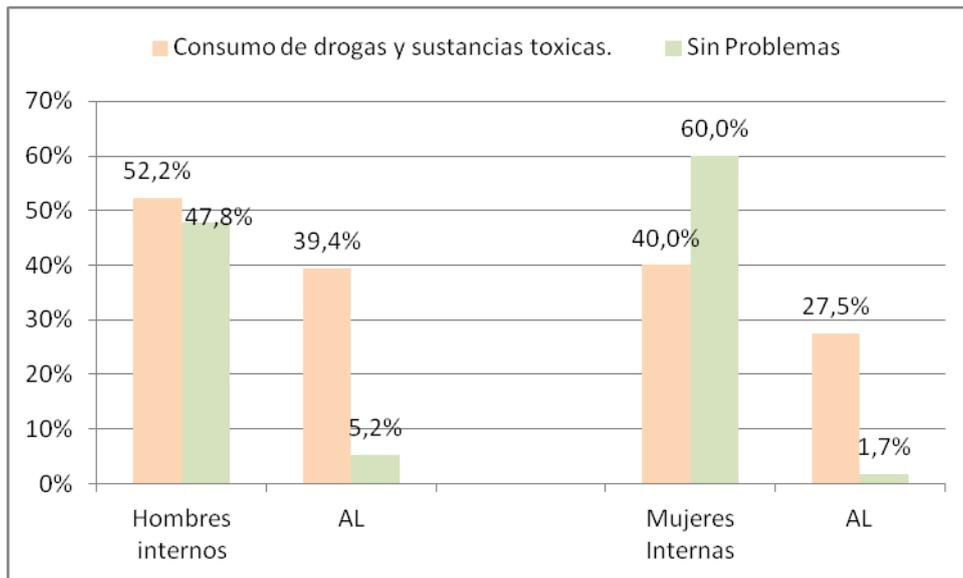
		AL	No AL	Total
Consumo de drogas y sustancias tóxicas.	Obs.	11	29	40
	Esp.	4,8	35,2	40,0
	% S. Tox	27,5%	72,5%	100,0%
	% AL	91,7%	33,0%	40,0%
	R. Tip	2,8	-1,0	
Sin Problemas	Obs.	1	59	60
	Esp.	7,2	52,8	60,0
	% S. Tox	1,7%	98,3%	100,0%
	% AL	8,3%	67,0%	60,0%
	R. Tip	-2,3	0,9	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% S. Tox	12,0%	88,0%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2:15,167$ IC 95%, Valor p: 0,001

Tabla 22.2.- Cribado problema relacionado con las drogas y abuso de sustancias tóxicas (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de las internas con problemas relacionados con las drogas y el abuso de sustancias tóxicas y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Consumo de drogas y sustancias tóxicas o Sin problemas.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% S. Tox.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 22.- Cribado problema relacionado con las drogas y abuso de sustancias tóxicas: Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos y reclusas que presentan problemas relacionados con las drogas y el abuso de sustancias tóxicas (**Consumo de drogas y sustancias tóxicas**) o **Sin problemas**, y la condición de autolesionables (**AL**) en (**Hombres internos y Mujeres internas**).

DROGAS Y SUSTANCIAS TÓXICAS

Casi un 52% de la población penitenciaria masculina y un 40% de la femenina fue calificada por el test de cribado con de consumo de drogas (Tabla 22,1 y Tabla 22,2).

La prevalencia de problemas de drogas en los presos resultó ser más alta que la encontrada en la muestra de población general, y en particular en los hombres (Gráfica 22).

El problema de drogas está relacionado de modo estadísticamente significativo con un aumento en la frecuencia de autolesiones.

V.9.7. ADICCIÓN A INTERNET

		AL	No AL	Total
Adicción a internet	Obs.	19	61	80
	Esp.	18,4	61,6	80,0
	% Ad. Int	23,8%	76,3%	100,0%
	% AL	22,9%	22,0%	22,2%
	R. Tip	0,1	-0,1	
Sin Problemas	Obs.	64	216	280
	Esp.	64,6	215,4	280,0
	% Ad. Int	22,9%	77,1%	100,0%
	% AL	77,1%	78,0%	77,8%
	R. Tip	-0,1	0,0	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% Ad. Int	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2:0,028$ IC 95%, Valor p: 0,867

Tabla 23.1.- Cribado problema relacionado con adicción a Internet (Hombres):

Los valores indican los valores medios y totales de los internos con problemas relacionados con la adicción a internet y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Adicción a internet o Sin problemas.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Ad. Int.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

		AL	No AL	Total
Adicción a internet	Obs.	3	17	20
	Esp.	2,4	17,6	20,0
	% Ad. Int	15,0%	85,0%	100,0%
	% AL	25,0%	19,3%	20,0%
	R. Tip	0,4	-0,1	
Sin Problemas	Obs.	9	71	80
	Esp.	9,6	70,4	80,0
	% Ad. Int	11,3%	88,8%	100,0%
	% AL	75,0%	80,7%	80,0%
	R. Tip	-0,2	0,1	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% Ad. Int	12,0%	88,0%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

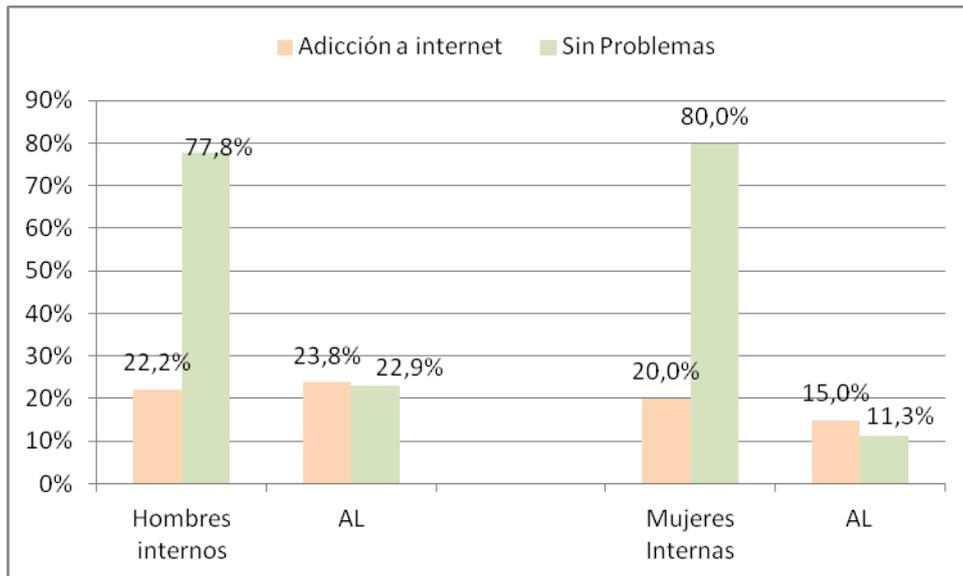
$\chi^2:0,213$ IC 95%, Valor p: 0,644

Tabla 23.2.- Cribado problema relacionado con adicción a Internet (Mujeres):

Los valores indican los valores medios y totales de las internas con problemas relacionados con la adicción a internet y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Adicción a internet o Sin problemas.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Ad. Int.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 23.- Cribado problema relacionado con adicción a Internet: Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos y reclusas que presentan problemas con la adicción a internet (**Adicción a internet**) o **Sin problemas**, y la condición de autolesionables (**AL**) en (**Hombres internos y Mujeres internas**).

ADICCIÓN A INTERNET

Casi un 22% de la población penitenciaria masculina y un 20% de la femenina fue calificada por el test de cribado con problemas de adicción a internet (Tabla 23,1 y Tabla 23,2).

La prevalencia de adicción a internet en los presos no resultó ser más alta que la encontrada en la muestra de población general ni se encuentra relacionada de modo estadísticamente significativo con un aumento en la frecuencia de autolesiones (Gráfica 23).

V.9.8. ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS

		AL	No AL	Total
Adicción a videojuego	Obs.	9	41	50
	Esp.	11,5	38,5	50,0
	% Ad. VidJ	18,0%	82,0%	100,0%
	% AL	10,8%	14,8%	13,9%
	R. Tip	-0,7	0,4	
Sin Problemas	Obs.	74	236	310
	Esp.	71,5	238,5	310,0
	% Ad. VidJ	23,9%	76,1%	100,0%
	% AL	89,2%	85,2%	86,1%
	R. Tip	0,3	-0,2	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% Ad. VidJ	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2:0,837$ IC 95%, Valor p: 0,360

Tabla 24.1.- Cribado problema relacionado con adicción a videojuegos (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos con problemas relacionados con la adicción a videojuegos y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Adicción a videojuegos o Sin problemas.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Ad. VidJ.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

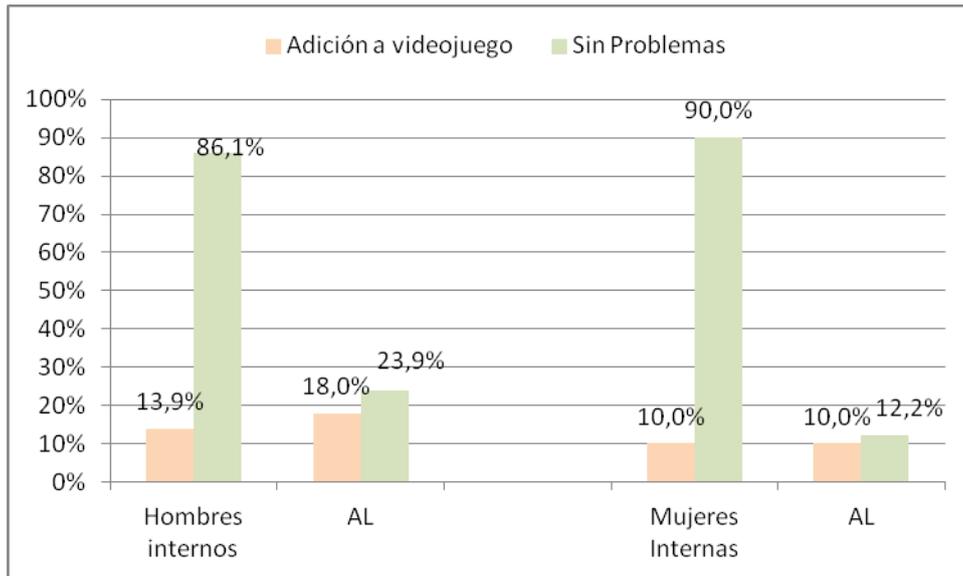
		AL	No AL	Total
Adicción a videojuego	Obs.	1	9	10
	Esp.	1,2	8,8	10
	% Ad. VidJ	10,00%	90,00%	100,00%
	% AL	8,30%	10,20%	10,00%
	R. Tip	-0,2	0,1	
Sin Problemas	Obs.	11	79	90
	Esp.	10,8	79,2	90
	% Ad. VidJ	12,20%	87,80%	100,00%
	% AL	91,70%	89,80%	90,00%
	R. Tip	0,1	0	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12	88	100
	% Ad. VidJ	12,00%	88,00%	100,00%
	% AL	100,00%	100,00%	100,00%

$\chi^2:0,042$ IC 95%, Valor p: 0,837

Tabla 24.2.- Cribado problema relacionado con adicción a videojuegos (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de las internas con problemas relacionados con la adicción a videojuegos y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Adicción a videojuegos o Sin problemas.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Ad. VidJ.**) y el residuo tipificado (**R. Tip.**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 24.- Cribado problema relacionado con adicción a videojuegos: Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos y reclusas que presentan problemas con la adicción a videojuegos (**Adicción a videojuego**) o **Sin problemas**, y la condición de autolesionables (**AL**) en (**Hombres internos y Mujeres internas**).

ADICCIÓN A VIDEOJUEGO

Casi un 14% de la población penitenciaria masculina y un 10% de la femenina fue calificada por el test de cribado con adicción a videojuegos (Tabla 24,1 y tabla 24,2).

La prevalencia de adicción a videojuegos en los presos no resultó ser más alta que la encontrada en la muestra de población general, tampoco esta estadísticamente significativo (Gráfica 24).

V.10. HISTORIAL DE ABUSOS

		AL	No AL	Total
Sufrir abuso	Obs.	48	119	167
	Esp.	38,5	128,5	167
	% Su. Abu	28,74%	71,26%	100,00%
	% AL	57,83%	42,96%	46,39%
	R. Tip	1,5	-0,8	
No	Obs.	35	158	193
	Esp.	44,5	148,5	193
	% Su. Abu	18,13%	81,87%	100,00%
	% AL	42,17%	57,04%	53,61%
	R. Tip	-1,4	0,8	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83	277	360
	% Su. Abu	23,06%	76,94%	100,00%
	% AL	100,00%	100,00%	100,00%

$\chi^2:5,679$ IC 95%, Valor p: 0,017

Tabla 25.1.- Historial de abuso/autolesión (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos con problemas relacionados con abusos y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Sufrir abusos o No.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Su. Abu.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

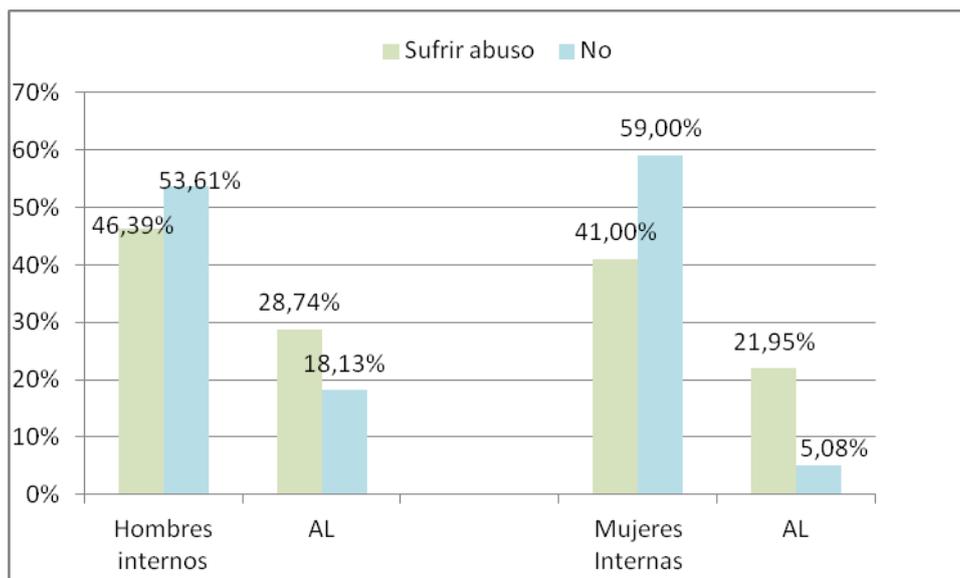
		AL	No AL	Total
Sufrir abuso	Obs.	9	32	41
	Esp.	4,92	36,08	41
	% Su. Abu	21,95%	78,05%	100,00%
	% AL	75,00%	36,36%	41,00%
	R. Tip	1,8	-0,7	
No	Obs.	3	56	59
	Esp.	7,08	51,92	59
	% Su. Abu	5,08%	94,92%	100,00%
	% AL	25,00%	63,64%	59,00%
	R. Tip	-1,5	0,6	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12	88	100
	% Su. Abu	12,00%	88,00%	100,00%
	% AL	100,00%	100,00%	100,00%

$\chi^2:1,443C$ 95%, Valor p: 0,011 Fisher:0,014

Tabla 25.2.- Historial de abuso/autolesión (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de las internas con problemas relacionados con abusos y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Sufrir abusos o No.**

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Su. Abu.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (X^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).



Gráfica 25.1- Historial de abuso / autolesión: Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos y reclusas que presentan problemas por haber sufrido abusos (**Sufrir abusos**) o **No**, y la condición de autolesionables (**AL**) en (**Hombres internos y Mujeres internas**).

HISTORIAL DE ABUSOS

El maltrato o el abuso se produce tanto en la infancia como en cualquier edad adulta, especialmente, aquellos más desfavorecidos: ancianos, mujeres, enfermos mentales, personas afectadas de cualquier minusvalía, etc.

En los hombres el 28% ha sufrido algún tipo de abuso durante su vida (Tabla 25.1) siendo el abuso tipo más relatado fue el psíquico, mientras que en las mujeres el 22% (Tabla 25.2).

La vinculación con las autolesiones se da en ambos con un 57% y 75% respectivamente (Gráfica 25.1).

El apoyo familiar es uno de los amortiguadores más potentes para la capacidad de resistir en prisión y para evitar perder la perspectiva; los internos sin arraigo familiar o sin apoyos sufren un distanciamiento del mundo exterior tan fuerte que potencian los valores carcelarios y los mecanismos de defensa, entre ellos las autolesiones.

		AL	No AL	Total	Estadísticas
Físico	Obs.	20	62	82	χ^2 : 0,107
	Esp.	18,9	63,1	82,0	IC : 95%
	% Físico	24,4%	75,6%	100,0%	Valor P: 0,744
	% AL	24,1%	22,4%	22,8%	
	R. Tip	,3	-,1		
Psíquico	Obs.	26	82	108	χ^2 : 0,090
	Esp.	24,9	83,1	108,0	IC : 95%
	% Psíquico	24,1%	75,9%	100,0%	Valor P: 0,764
	% AL	31,3%	29,6%	30,0%	
	R. Tip	,2	-,1		
Sexual	Obs.	19	21	40	χ^2 : 15,157
	Esp.	9,2	30,8	40,0	IC : 95%
	% Sexual	47,5%	52,5%	100,0%	Valor P: 0,001
	% AL	22,9%	7,6%	11,1%	
	R. Tip	3,2	-1,8		

{ Sexual } OR: 3,619, IC 95%, Inf/Sup : 1,837-7,132 * Risk Factor

Tabla 25.3.- Tipo de abuso (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos según el tipo de abuso (**Físico, Psíquico y sexual**) y la condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

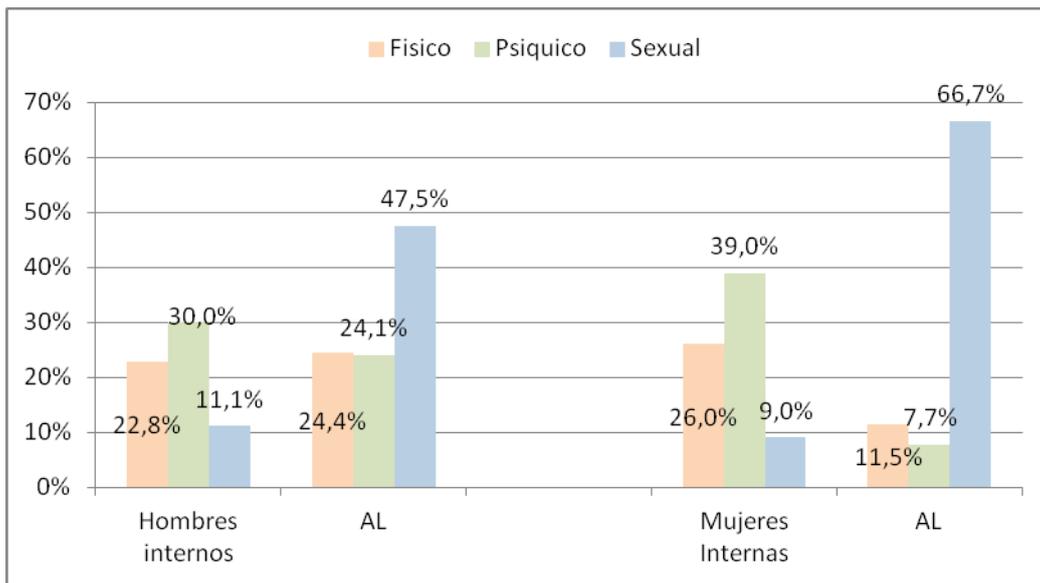
Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Físico, %Psíquico y %Sexual**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

		AL	No AL	Total	Estadísticas
Físico	Obs.	3	23	26	χ^2 : 0,007 IC : 95% Valor P: 1,000
	Esp.	3,1	22,9	26,0	
	% Físico	11,5%	88,5%	100,0%	
	% AL	25,0%	26,1%	26,0%	
	R. Tip	-0,1	0,0		
Psíquico	Obs.	3	36	39	χ^2 : 1,123 IC : 95% Valor P: 0,289
	Esp.	4,7	34,3	39,0	
	% Psíquico	7,7%	92,3%	100,0%	
	% AL	25,0%	40,9%	39,0%	
	R. Tip	-0,8	0,3		
Sexual	Obs.	6	3	9	χ^2 : 27,989 IC : 95% Valor P: 0,001
	Esp.	1,1	7,9	9,0	
	% Sexual	66,7%	33,3%	100,0%	
	% AL	50,0%	3,4%	9,0%	
	R. Tip	4,7	-1,7		

{ Sexual } OR: 28,333, IC 95%, Inf/Sup : 5,639-142,366 * Risk Factor

Tabla 25.4.- Tipo de abuso (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de las internas según el tipo de abuso (**Físico, Psíquico y sexual**) y la condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

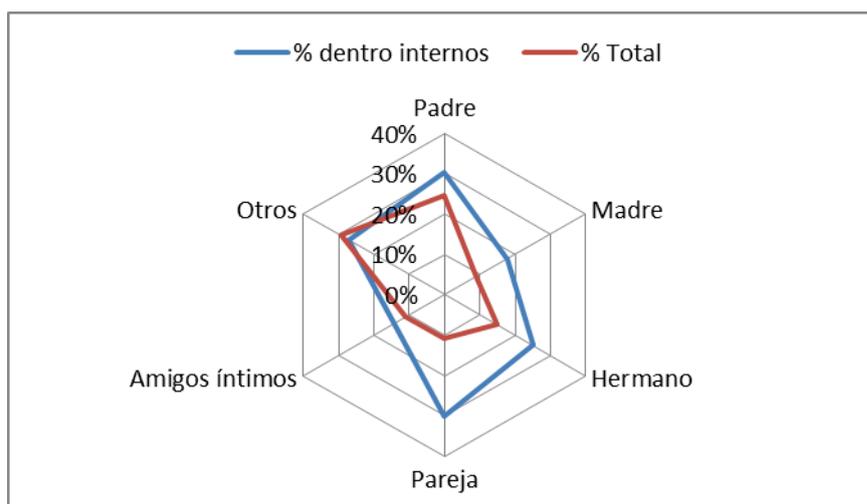
Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Físico, %Psíquico y %Sexual**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).



Gráfica 25.2- Tipo de abuso: Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos y reclusas según el tipo de abuso sufrido (**Físico, Psíquico y sexual**), y la condición de autolesionables (**AL**) en (**Hombres internos y Mujeres internas**).

Hombres		OBS. Internos	% Total	OBS. AL	% dentro internos
Personas que han ejercido el abuso	Padre	46	24,50%	14	30,40%
	Madre	17	9%	3	17,60%
	Hermano	28	15%	7	25%
	Pareja	20	10,70%	6	30%
	Amigos íntimos	21	11,20%	3	14,20%
	Otros	55	29,40%	15	27,20%

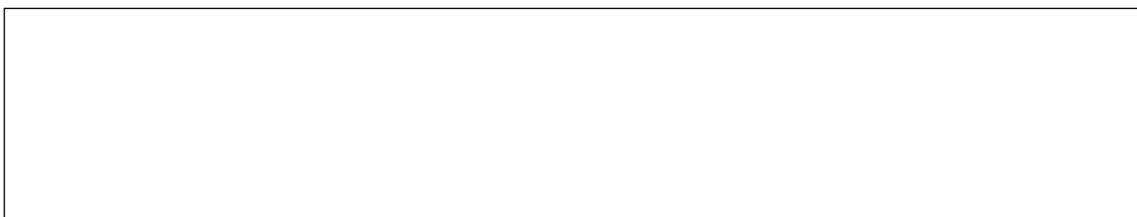
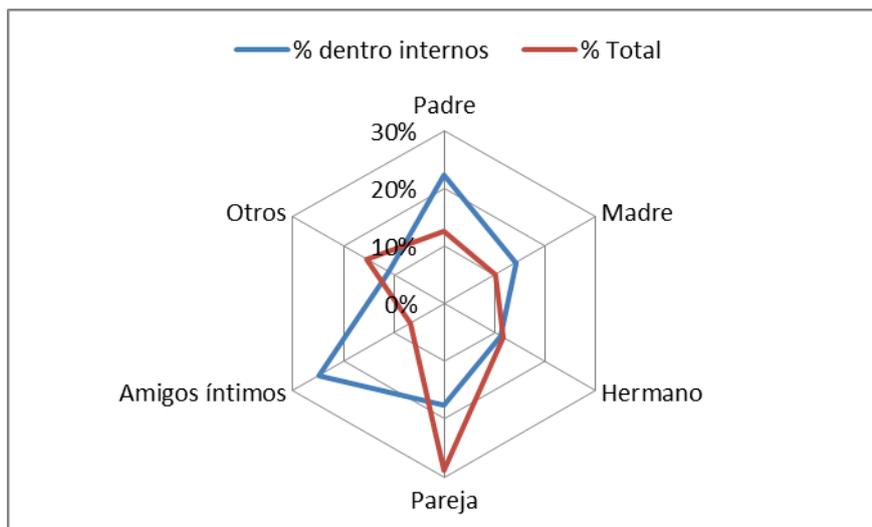
Tabla 26.1.- Personas que han ejercido el abuso (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos según la persona que ejerció el abuso sobre él (**Padre, Madre, Hermano, Pareja, Amigos íntimos y Otros**) y la condición de autolesionados (**Obs. AL**) o no (**OBS. Internos**).



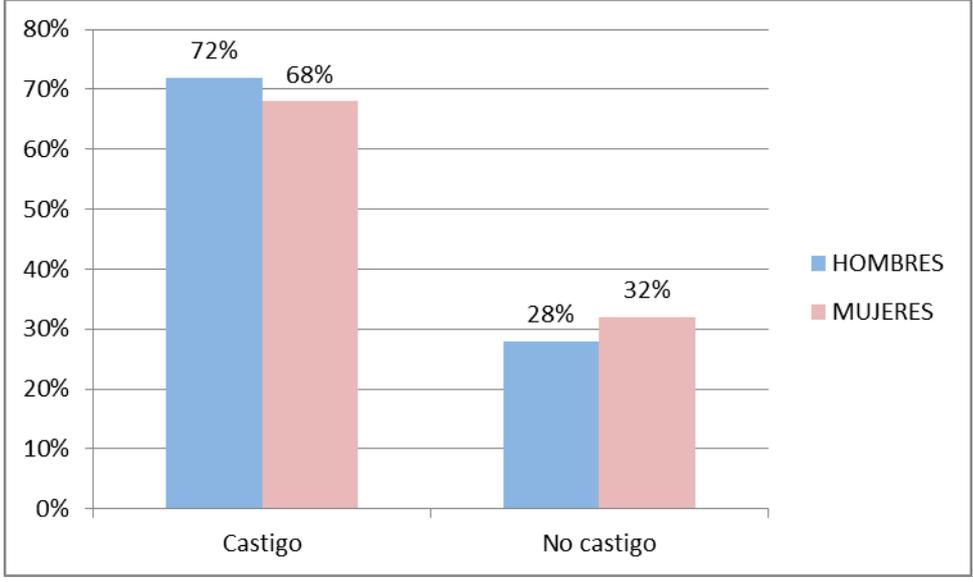
Gráfica 26.1- Personas que han ejercido el abuso (Hombres): Las barras muestran los valores porcentuales de las personas que han ejercido abusos sobre los reclusos (**Padre, Madre, Hermano, Pareja, Amigos íntimos y otros**), y la condición de autolesionables (**% dentro internos**) o no (**% Total**).

Gráfica 2.2.2- Personas que han ejercido el abuso (Mujeres): Las barras muestran los valores medios y totales de las internas según la persona que ejerció el abuso sobre ellas (Padre, Madre, Hermano, Pareja, Amigos íntimos y Otros), y la condición de autolesionadas (Obs. AL) o no (Obs. Internos) dentro internos) o no (% Total).

Mujeres		OBS. Internos	% Total	OBS. AL	% dentro internos
Personas que han ejercido el abuso	Padre	16	12,50%	2	22,20%
	Madre	6	10,10%	1	14,20%
	Hermano	7	11,80%	1	11,10%
	Pareja	17	28,80%	3	17,60%
	Amigos íntimos	4	6,80%	1	25,00%
	Otros	9	15,30%	1	11,10%



Gráfica 26.3- Castigo con motivo de autolesiones: Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos y reclusas que se autolesionan como motivo de castigo.



HISTORIAL DE ABUSOS EN EL CENTRO PENITENCIARIO

En los internos de nuestro centro existe una prevalencia de haber sufrido algún tipo de abuso físico, psíquico o sexual superior a la población general (Tabla 25.1 y Tabla 25.2).

Existen diferencias por sexos en los distintos tipos de abusos con la población reclusa, esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa, al igual que las encontradas en las frecuencias de los distintos tipos de abusos: $p < 0,017$ hombres; $p < 0,011$ Mujeres.

Aunque el abuso más frecuente en ambos sexos es el abuso psíquico (Tablas 25.3 y 25.4), la influencia en las autolesiones es mayor cuando el abuso es sexual tanto en hombres como en mujeres (Gráfica 25.2).

Podemos confirmar que el sentimiento de abandono y distanciamiento es mayor si el abuso es sexual y por ende lleva a más autolesiones como medio de inclusión carcelario y de protesta.

Como resultado en nuestro estudio se ha visto que el abuso sexual en la infancia tiene relación estadísticamente significativa en los internos tanto hombres como mujeres que se autolesionan con valor OR con razón de ventaja de: 3,619, IC 95%: 1,837-7,132 en hombres y de OR: 28,333, IC 95%: 5,639-142,366 en mujeres concluyendo que es un factor de riesgo para la autolesión.

Las personas que habían ejercido el abuso, por orden de frecuencia, fueron: otros (familiares y personas) 29.4%, en un porcentaje muy elevado y que resulta llamativo por qué no se especifica sobre la identidad del maltratador; seguido del padre (25%) (Tabla 26.1)

También el abuso psíquico, tal y como les sucedía a los presos, fue el más habitual entre la muestra de población general, y la persona más implicada en haber producido el abuso, dejando a una parte la categoría “otras personas” fue el padre en un porcentaje superior al de la pareja (Tabla 26.2).

A pesar de tener menor número de abusos realizados por la pareja el efecto de dicho abuso sobre las autolesiones es mayor, ya que el sentimiento de traición es mayor al ser la pareja elegida voluntariamente (Gráfica 26.1)

El 44% de las mujeres y de los hombres habían experimentado actos de abuso física a lo largo de su vida, siendo las mujeres más propensas que los hombres a sufrir abusos sexuales, físicos, de poder y control. (Gráfica 26.2)

Aproximadamente el 66% de las mujeres y casi el 58% de los hombres experimentaron abuso psicológico que suele dar con otros tipos de abusos.

La mayoría de las personas maltratadas encarceladas no reconocieron la identidad del agresor, cuando sí lo hacían, señalaban a la pareja (violencia doméstica) y al padre (maltrato infantil).

El efecto causal del abuso sexual se ha hallado en muestras clínicas de adultos, especialmente en pacientes con Trastorno Límite de Personalidad²⁰⁵.

Muchos autores²⁰⁶ referían que la AL y las experiencias abusivas se relacionan porque correlacionan con las mismas variables psiquiátricas.

A la pregunta del porque se autolesionan y si es para castigarse la mayoría referían que sí al castigo, generalmente los autolesionadores tienen la autoestima baja, y se consideran a ellos mismos culpables y merecen castigo (Gráfico 26.3).

Existen marcadas diferencias según el sexo, la mayoría de los hombres dirigen la agresión hacia un objeto externo mientras que las mujeres dirigen la agresión hacia sí mismas.

No obstante, las experiencias abusivas no siempre se han encontrado asociadas a la AL; ejemplo de ello es el influyente trabajo de Gratz, Conrad y Roemer²⁰⁷, quienes estudiaron como factores de riesgo al abuso sexual, abuso físico, negligencia en el cuidado temprano, calidad percibida en el apego, así como síntomas de disociación.

Seleccionaron una muestra integrada por 133 jóvenes, para las mujeres, los predictores más importantes de AL fueron los síntomas disociativos, seguidos de apego paterno inseguro, abuso sexual infantil y negligencia emocional paterna y materna; para los hombres, también los síntomas disociativos fueron un factor predictor de importancia, sin embargo el principal predictor de AL fue la separación física del padre a edad temprana, un factor tan importante en el origen de la conducta autolesiva.

Se encontraron fuertemente relacionados los síntomas disociativos y la historia de abuso sexual, por lo que los autores sugieren que tanto las autolesiones como los estados disociativos son mecanismos de enfrentamiento usados por víctimas de abuso sexual infantil para lidiar con afectos dolorosos²⁰⁸.

En este mismo sentido, Gratz²⁰⁹ encontró en una muestra de jóvenes mujeres universitarias que las variables ambientales, -especialmente el maltrato infantil, solo tenían influencia sobre la pauta de autolesiones en función de las variables emocionales internas.

²⁰⁵ Zlotnick, Shea, Pearlstein, Simpson, Costello y Begin, 1996, p. 12-16

²⁰⁶ Heath y colaboradores, 2008; Klonsky & Moyer, 2008; Gratz, 2006; Gratz & Roemer, 2002

²⁰⁷ Gratz, Conrad y Roemer, 2002, p. 128.

²⁰⁸ Marín Tejeda, 2013.

²⁰⁹ Gratz, 2006.

Tabla 27.1.- Frecuencia abuso físico, pegar en infancia (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos que sufrieron abusos en la infancia según su frecuencia y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Nunca**, **pocas ocasiones**, **1 vez al mes**, **1 vez a la semana** y **casi todos los días**.

Analizando en cada uno de los casos observados (Obs.), los casos esperados (Esp.), el % respecto del total de casos (% AL), % dentro de su grupo (% P. Infancia) y el residuo tipificado (R. Tip).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (χ^2), el índice de confianza (IC) y el nivel de significación (valor P).

		(% P. Infancia)	(% AL)	Total
Nunca	Obs.	7	109	116
	Esp.	20,7	89,3	116,0
	% P. Infancia	6,0%	94,0%	100,0%
	% AL	8,4%	39,4%	32,2%
	R. Tip	-3,8	2,1	
Pocas ocasiones	Obs.	12	63	75
	Esp.	17,3	57,7	75,0
	% P. Infancia	16,0%	84,0%	100,0%
	% AL	14,5%	22,7%	20,8%
	R. Tip	-1,3	0,7	
1 vez al mes	Obs.	15	21	36
	Esp.	8,3	27,7	36,0
	% P. Infancia	41,7%	58,3%	100,0%
	% AL	18,1%	7,6%	10,0%
	R. Tip	2,3	-1,3	
1 vez a la semana	Obs.	19	31	50
	Esp.	11,5	38,5	50,0
	% P. Infancia	38,0%	62,0%	100,0%
	% AL	22,9%	11,2%	13,9%
	R. Tip	2,2	-1,2	
casi todos los días	Obs.	30	53	83
	Esp.	19,1	63,9	83,0
	% P. Infancia	36,1%	63,9%	100,0%
	% AL	36,1%	19,1%	23,1%
	R. Tip	2,5	-1,4	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% P. Infancia	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2:42,388$, IC 95%, Valor p: 0,001

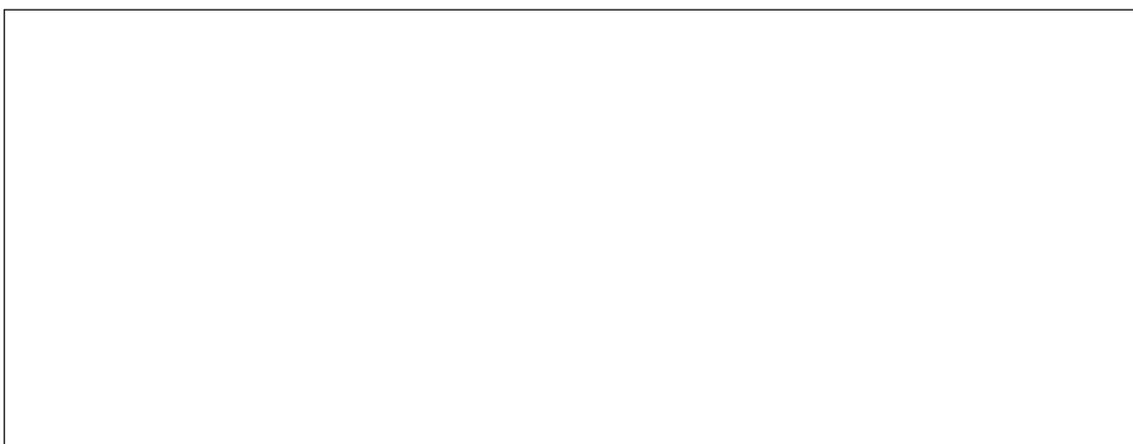


Tabla 27.2.- Frecuencia abuso físico, pegar en infancia (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de las internas que sufrieron abusos en la infancia según su frecuencia y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL). Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Nunca**, **pocas ocasiones**, **1 vez al mes**, **1 vez a la semana** y **casi todos los días**.

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% P. Infancia**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

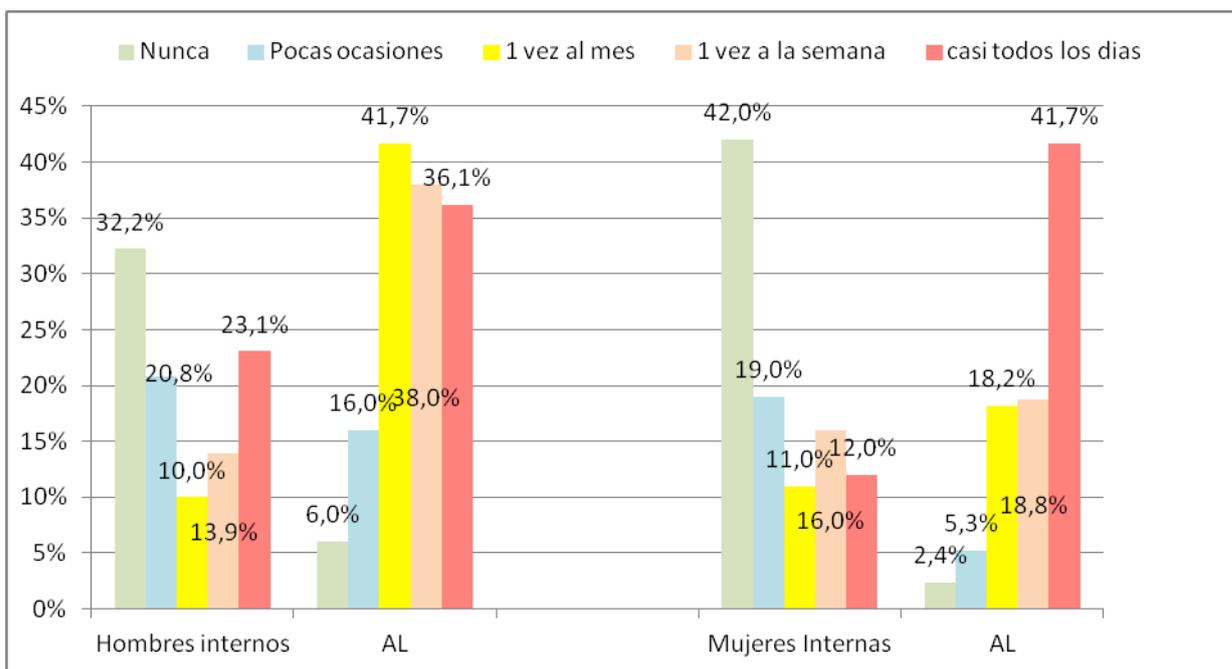
En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (χ^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

		AL	No AL	Total
Nunca	Obs.	1	41	42
	Esp.	5,0	37,0	42,0
	% P. Infancia	2,4%	97,6%	100,0%
	% AL	8,3%	46,6%	42,0%
	R. Tip	-1,8	0,7	
Pocas ocasiones	Obs.	1	18	19
	Esp.	2,3	16,7	19,0
	% P. Infancia	5,3%	94,7%	100,0%
	% AL	8,3%	20,5%	19,0%
	R. Tip	-0,8	0,3	
1 vez al mes	Obs.	2	9	11
	Esp.	1,3	9,7	11,0
	% P. Infancia	18,2%	81,8%	100,0%
	% AL	16,7%	10,2%	11,0%
	R. Tip	0,6	-0,2	
1 vez a la semana	Obs.	3	13	16
	Esp.	1,9	14,1	16,0
	% P. Infancia	18,8%	81,3%	100,0%
	% AL	25,0%	14,8%	16,0%
	R. Tip	0,8	-0,3	
casi todos los días	Obs.	5	7	12
	Esp.	1,4	10,6	12,0
	% P. Infancia	41,7%	58,3%	100,0%
	% AL	41,7%	8,0%	12,0%
	R. Tip	3,0	-1,1	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% P. Infancia	12,0%	88,0%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2:15,586$, IC 95%, Valor p: 0,004



Gráfica 27.- Frecuencia abuso físico, pegar en infancia: Las barras muestran los valores porcentuales de los internos y las internas que sufrieron abusos en la infancia según su frecuencia y la condición de autolesionados (AL) . Se ha clasificado en las siguientes categorías: **Nunca, pocas ocasiones, 1 vez al mes, 1 vez a la semana y casi todos los días.**



Frecuencia diaria del abuso

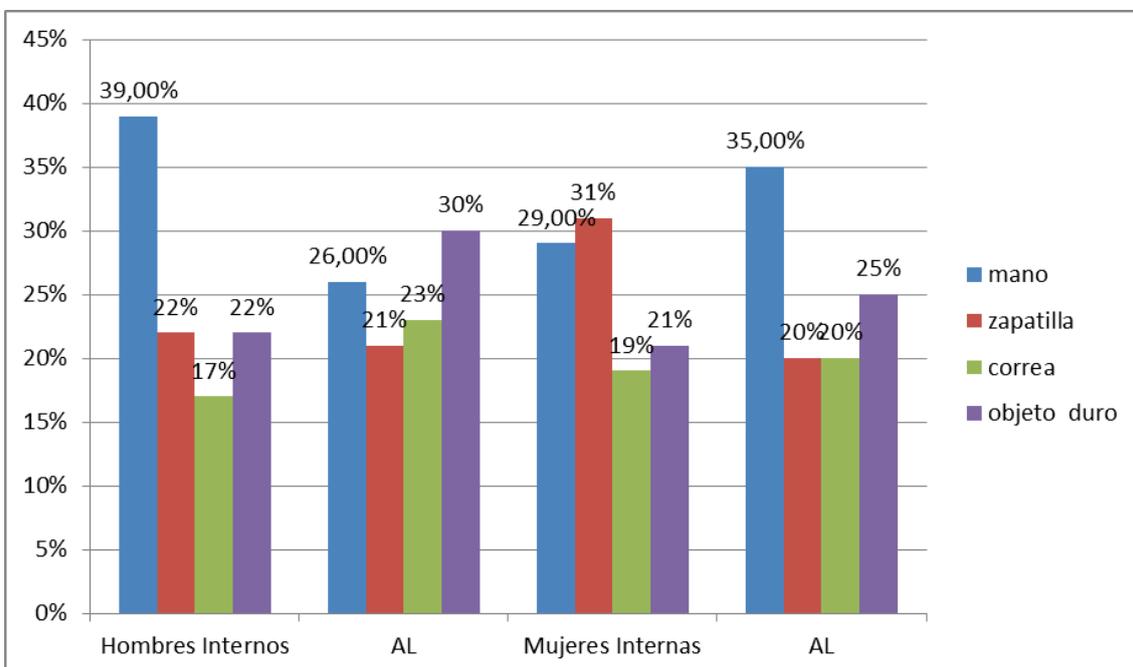
Un dato importante respecto al maltrato físico es la frecuencia diaria del mismo; mientras que en la población general esta frecuencia es muy baja (5%), en el caso de los internos se cuadruplica, dato que es estadísticamente significativo ($p < 0,001$).

En los hombres y en las mujeres reciben el castigo diario el 36% (Tabla 27.1) el 40% (Tabla 27.2) respectivamente.

El efecto en las autolesiones es significativo, siendo las cifras más elevadas los que han recibido con mayor frecuencia los abusos (Gráfica 27).

Gráfica 28. Instrumentos pegaba que se les pegaban las uñas a los miembros y total de los internos y mujeres que recibieron abuso físico según el objeto con el que se les pegaba (Mano, Zapatilla, Correa y objeto duro) y la condición de autolesionados (AL) o no autolesionables (Hombres y mujeres internas).

		Hombres Internos	AL	Mujeres Internas	AL
Con que se les pegaba	Mano	39%	26%	29%	35%
	Zapatilla	22%	21%	31%	20%
	Correa	17%	23%	19%	20%
	objeto duro	22%	30%	21%	25%



Modo utilizado

En relación al modo utilizado en pegar en la infancia reseñar únicamente que en nuestro estudio el porcentaje mayor corresponde a las manos y a objetos duros, siendo más alto este porcentaje en los autolesionadores en varones sobre los que se utilizó la mano para pegar o el objeto duro (Gráfica 28)

El maltrato infantil está en el trasfondo de no pocos episodios auto lesivos y de conductas claramente impulsivas en el devenir de los años, así observamos como aquellos individuos a los que se le ha pegado todos los días arroja un resultado cercano al 40% de los internos que protagonizan autolesiones.

En este mismo sentido, Gratz encontró en una muestra de jóvenes mujeres universitarias que las variables ambientales, -especialmente el maltrato infantil, solo tenían influencia sobre la pauta de autolesiones en función de las variables emocionales internas.

El abuso emocional en la infancia y las percepciones de control y de falta de cuidados a los hijos por parte de los padres, tenían un efecto indirecto sobre la psicopatología, ésta fue propiciada por las defensas inmaduras y la baja autoestima.

Se llegó a la conclusión de que las manifestaciones psicopatológicas entre los adultos que sufrieron abuso emocional en la infancia están producidas por el efecto perjudicial del abuso en la personalidad, y toma la forma de defensas de organización maduras y de autoimagen dañada

Tabla 29.1- Prevalencia de conductas violentas hacia la pareja (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos que ejercieron conductas violentas sobre sus parejas según su frecuencia (**Nunca, rara vez, a veces y a menudo**) y la condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% V. Genero**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (χ^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

		AL	No AL	Total
Nunca	Obs.	44,7	149,3	194,0
	Esp.	44,7	149,3	194,0
	% V. genero	8,8%	91,2%	100,0%
	% AL	20,5%	63,9%	53,9%
	R. Tip	-4,1	2,3	
Rara Vez	Obs.	20	49	69
	Esp.	15,9	53,1	69,0
	% V. genero	29,0%	71,0%	100,0%
	% AL	24,1%	17,7%	19,2%
	R. Tip	1,0	-0,6	
A Veces	Obs.	20	37	57
	Esp.	13,1	43,9	57,0
	% V. genero	35,1%	64,9%	100,0%
	% AL	24,1%	13,4%	15,8%
	R. Tip	1,9	-1,0	
A Menudo	Obs.	26	14	40
	Esp.	9,2	30,8	40,0
	% V. genero	65,0%	35,0%	100,0%
	% AL	31,3%	5,1%	11,1%
	R. Tip	5,5	-3,0	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% V. genero	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2:68,028$, IC 95%, Valor p: 0,001



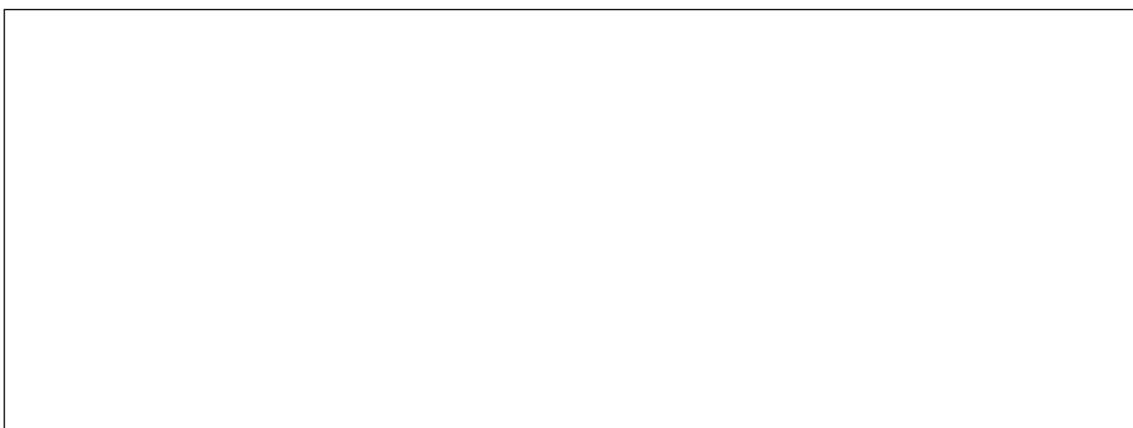
Tabla 29.2- Prevalencia de conductas violentas hacia la pareja (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos que ejercieron conductas violentas sobre sus parejas según su frecuencia (**Nunca, rara vez, a veces y a menudo**) y la condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% V. Genero**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

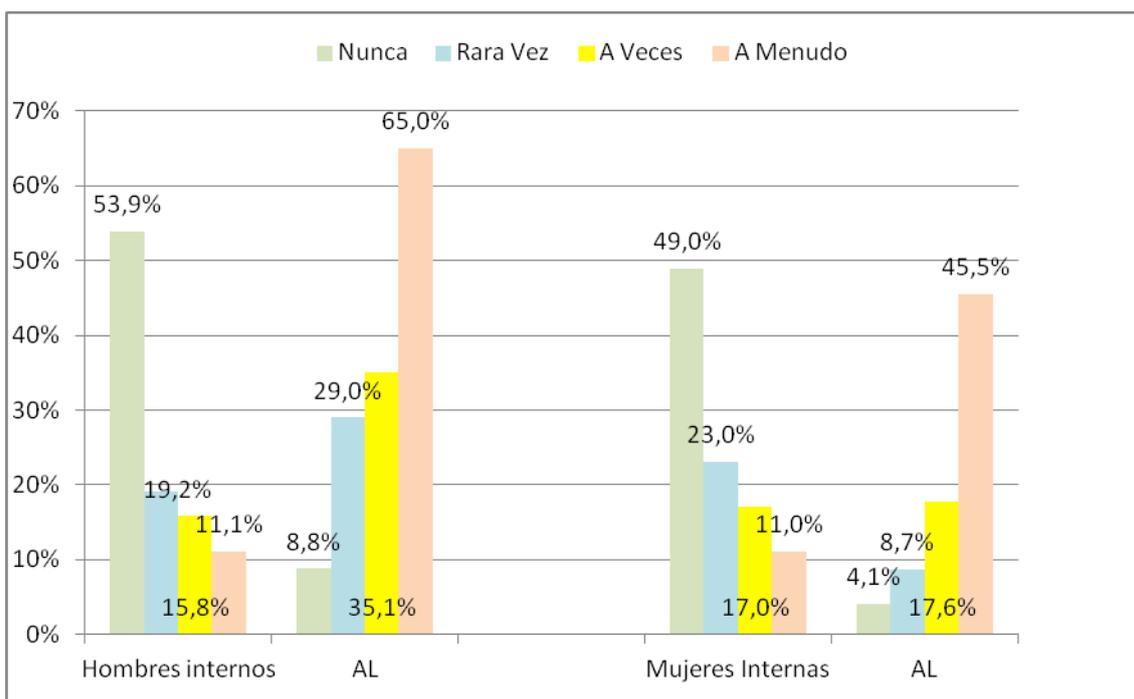
En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

		AL	No AL	Total
Nunca	Obs.	2	47	49
	Esp.	5,9	43,1	49,0
	% V. genero	4,1%	95,9%	100,0%
	% AL	16,7%	53,4%	49,0%
	R. Tip	-1,6	0,6	
Rara Vez	Obs.	2	21	23
	Esp.	2,8	20,2	23,0
	% V. genero	8,7%	91,3%	100,0%
	% AL	16,7%	23,9%	23,0%
	R. Tip	-0,5	0,2	
A Veces	Obs.	3	14	17
	Esp.	2,0	15,0	17,0
	% V. genero	17,6%	82,4%	100,0%
	% AL	25,0%	15,9%	17,0%
	R. Tip	0,7	-0,2	
A Menudo	Obs.	5	6	11
	Esp.	1,3	9,7	11,0
	% V. genero	45,5%	54,5%	100,0%
	% AL	41,7%	6,8%	11,0%
	R. Tip	3,2	-1,2	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% V. genero	12,0%	88,0%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2:15,319$, IC 95%, Valor p: 0,002



Gráfica 29.- Prevalencia de conductas violentas hacia la pareja: Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos y reclusas que ejercieron conductas violentas sobre sus parejas según su frecuencia (**Nunca, Rara vez, a veces y a menudo**), y la condición de autolesionables (**AL**) en (**Hombres internos y Mujeres internas**).



Hemos apuntado anteriormente que el efecto del abuso de la pareja influye en las autolesiones; así podemos decir que guarda relación estadísticamente significativa con el maltrato a la mujer. (Tabla 29,1), existiendo correlación pura entre maltrato a la mujer y autolesiones por lo que un incremento en los abusos a la pareja implica mayores autolesiones.

En las mujeres esa relación sigue siendo significativa pero se reduce del 65% al 45% como vemos en la Tabla 29.2 y en la Gráfica 29.

Tabla 30.1- Soledad niñez (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos que en la niñez estuvieron a su propio cuidado (**Solo en casa**) o **No**, y la condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% S. Casa**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor Chi-cuadrado (χ^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

		AL	No AL	Total
Solo En Casa	Obs.	53	59	112
	Esp.	25,8	86,2	112,0
	% S. casa	47,3%	52,7%	100,0%
	% AL	63,9%	21,3%	31,1%
	R. Tip	5,3	-2,9	
No	Obs.	30	218	248
	Esp.	57,2	190,8	248,0
	% S. casa	12,1%	87,9%	100,0%
	% AL	36,1%	78,7%	68,9%
	R. Tip	-3,6	2,0	
Total	Obs	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% S. casa	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 :53,964 IC 95%, Valor p: 0,001

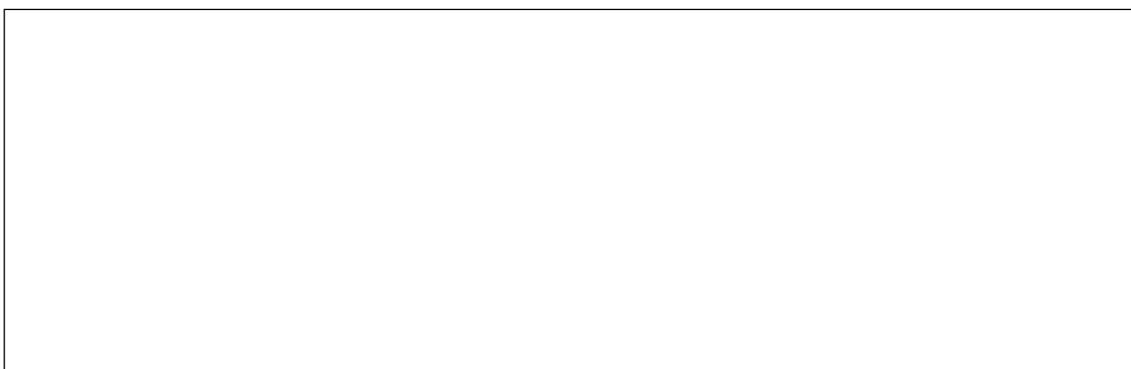


Tabla 30.2- Soledad niñez (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos que en la niñez estuvieron a su propio cuidado (**Solo en casa**) o **No**, y la condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% S. Casa**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

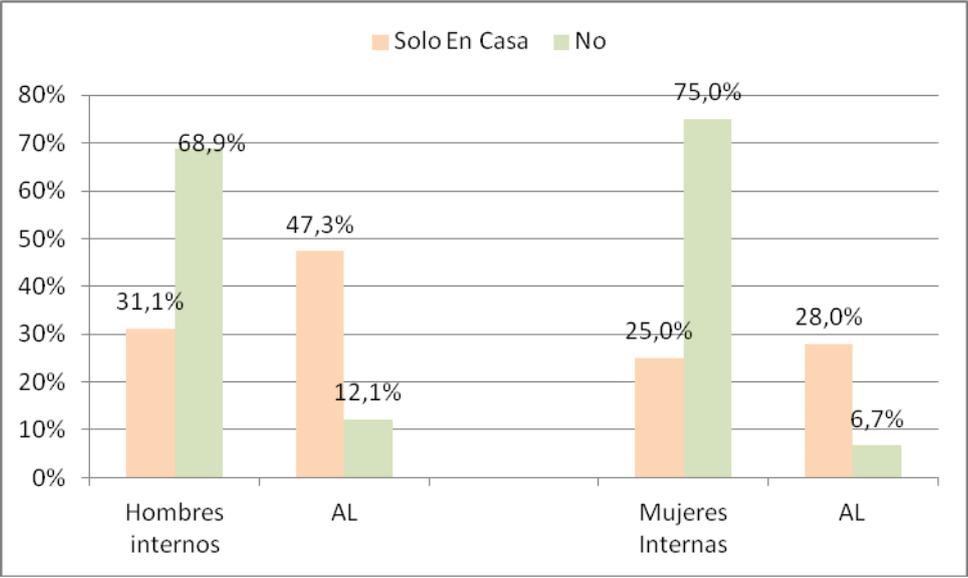
En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (χ^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**)

		AL	No AL	Total
Solo En Casa	Obs.	3	22	25
	Esp.	3	22	25
	% S. casa	28,00%	72,00%	100,00%
	% AL	58,30%	20,50%	25,00%
	R. Tip	2,3	-0,9	
No	Obs.	5	70	75
	Esp.	9	66	75
	% S. casa	6,70%	93,30%	100,00%
	% AL	41,70%	79,50%	75,00%
	R. Tip	-1,3	0,5	
Total	Obs	12	88	100
	Esp.	12	88	100
	% S. casa	12,00%	88,00%	100,00%
	% AL	100,00%	100,00%	100,00%

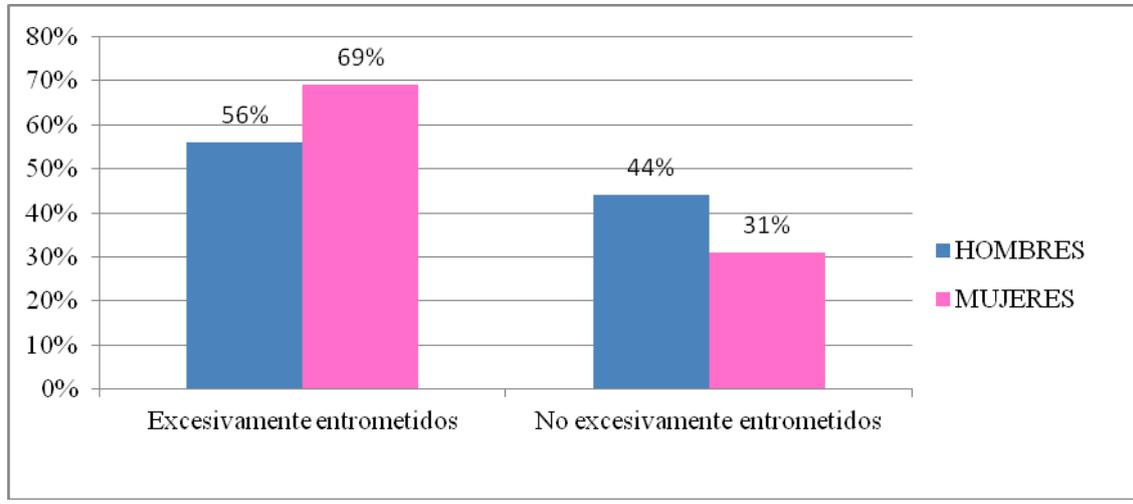
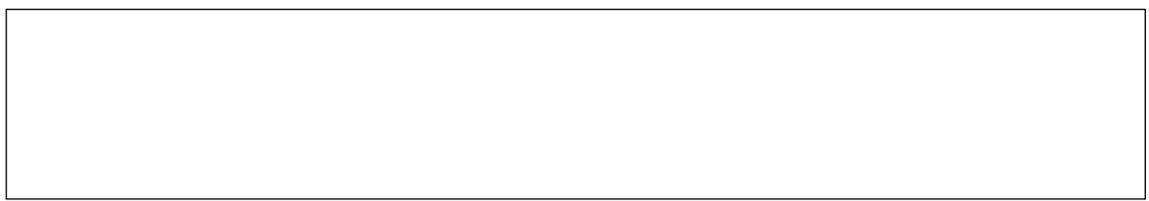
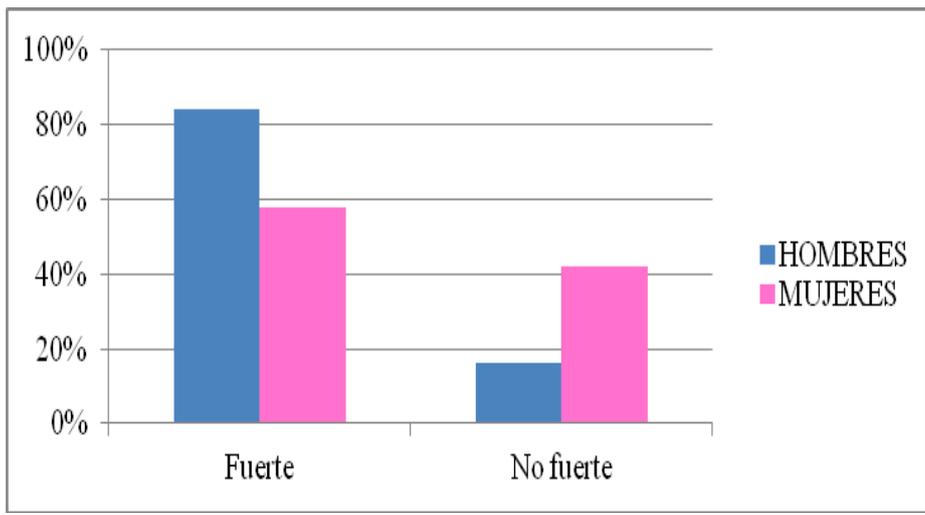
$\chi^2:8,081$ IC 95%, Valor p: 0,004



Gráfica 30.- Soledad Niñez: Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos y reclusas que en la niñez estuvieron a su propio cuidado (**Solo en casa**) o No, y la condición de autolesionables (**AL**) en (**Hombres internos y Mujeres internas**).



Gráfica 15. Inhibición de los padres para manejar las expresiones emocionales de los hijos. Las barras azules y rosas a lo largo de la infancia indican la cantidad de excesivamente entrometidos y no excesivamente entrometidos hijos distinguiendo dos categorías: fuerte y no fuerte. Así mismo se distingue entre Hombres y Mujeres.



SOLO EN CASA A SU PROPIO CUIDADO EN LA NIÑEZ

La mejor muestra del escaso apoyo familiar que potencia en los internos los valores carcelarios y unos mecanismos de defensa, entre ellos las autolesiones, es la negligencia de los padres en el cuidado de sus hijos.

Muchos internos habían sido abandonados a su propio cuidado de pequeños en relación con los controles y al estudiar el factor “negligencia” entre los reclusos del centro penitenciario y la muestra de la población general se descubrió que el 31 % de los hombres habían sido dejados en casa solo a su propio cuidado durante su infancia, (Tabla 30.1) mientras que en las mujeres el 25% (Tabla 30.2).

Estas diferencias observadas fueron estadísticamente significativas ya que se autolesionan más tanto en hombres como en mujeres. (Gráfica 30).

En múltiples ocasiones los padres tienen dificultad para manejar las emociones humanas dentro del ámbito familiar en sus casas, como por ejemplo en la expresividad de necesidades básicas, competencias con otros miembros de la familia y en el mantenimiento de unos límites correctos con los padres (intergeneracionales).

Cuando lo que están diciendo a un niño es que tienes que ser fuerte, que no llores o te voy a dar algo para que llores de verdad, etc. con todo esto en cierto modo se obliga al niño de un modo quizás forzado que debe guardar una compostura emocional rígida, durante momentos especialmente difíciles, y se puede interpretar que estos niños no tengan la posibilidad, para desarrollar comportamientos ajustados a su edad en lo que a sus necesidades básicas y vulnerabilidades propias de la edad y así con mucha frecuencia en este tipo de progenitores se aprecia una falta de habilidades para manejar las expresiones emocionales en sus niños y si recuerda de niño que sus padres eran excesivamente entrometidos (Gráfica 14 BIS y 15 BIS).

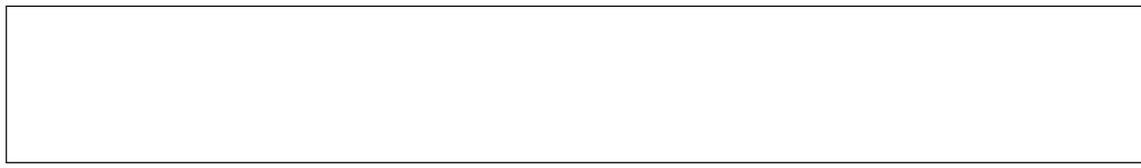
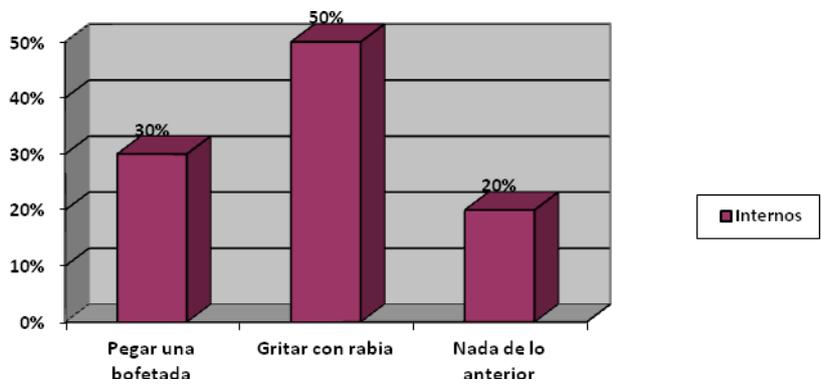
Existe un paralelismo entre la falta de apoyo familiar y la rigidez impartida a los hijos para no mostrar sus emociones respecto a las autolesiones; las dos primeras variables influyen de la misma forma por lo que se percibe la rigidez emotiva como una dejación familiar de los padres.

Muchos padres no toleran la expresión de emociones en sus hijos o se enfadan ante la manifestación de emociones negativas, así el niño crece sintiendo que no tiene derecho a estar enfadado, a expresar emociones de cualquier naturaleza inhibiendo estas necesidades de expresión emocional para y expresar afectos de manera adaptativa.

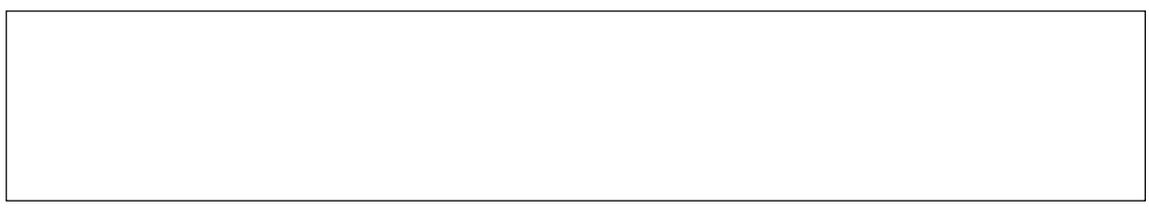
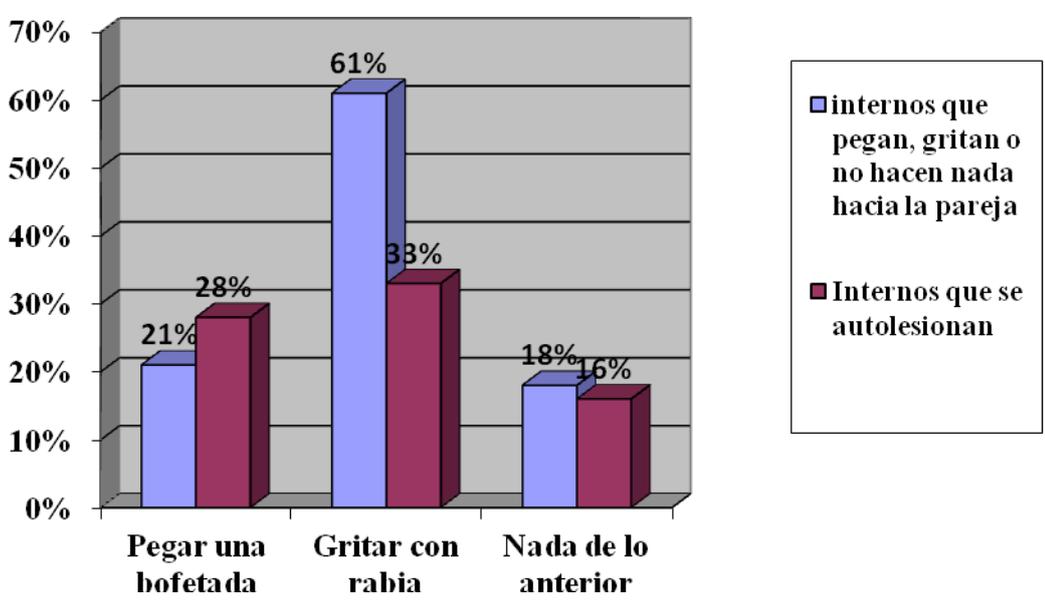
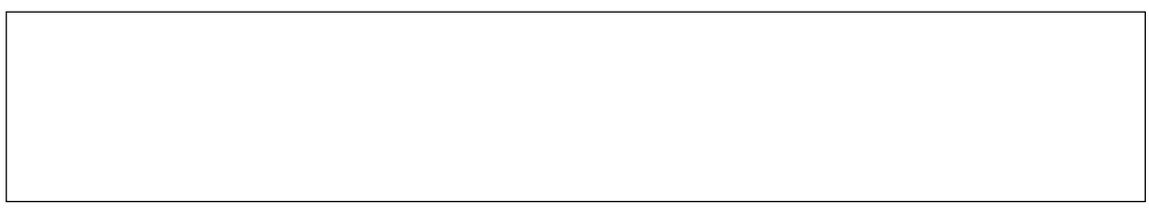
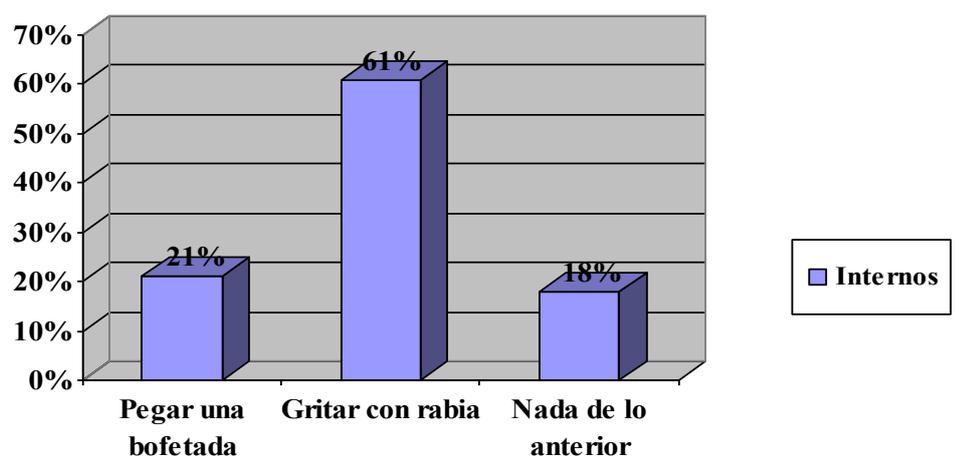
Si los padres están entrometidos emocionalmente con sus hijos de modo que les impidan que se desarrolle su independencia y consecuentemente no puedan aprender a pensar solos, esto puede causar que el niño se vuelve demasiado reservado o retraído para intentar salvar el sentido de independencia de su yo y esto nos podría sugerir una primera idea de que la autolesión podría ser un esfuerzo simbólico de “cortar y soltarse del padre o de la madre”.

Gráfica 16.BIS.- Actitud ante situaciones conflictivas: Las barras muestran los valores porcentuales de la actitud que muestran los internos ante situaciones conflictivas, distinguiendo tres categorías: **Pegar una bofetada, gritar con rabia y Nada de lo anterior.**

V.12. CONDUCTAS IMPULSIVAS Y VIOLENTAS



Gráfica 18.BIS.- Actitud ante el desahucio y enfadado con la pareja. Autolesionables
 hasta las respuestas por valores de la actitud que lo han sido o no antes de ser usado el
 de acuerdo ya en la distinción de distinguir "pegar una bofetada", "gritar con rabia" o
 "nada de lo anterior", relacionándolo con la condición de autolesionable.



Gráfica 19.BIS.- Relación conductas violentas impulsiva con autolesiones: Las barras muestran los valores porcentuales de la actitud que toman las internas ante el desacuerdo y enfado con la pareja, distinguiendo entre “pegar una bofetada”, “gritar con rabia” y “nada de lo anterior”, relacionándolo con la condición de autolesionable.

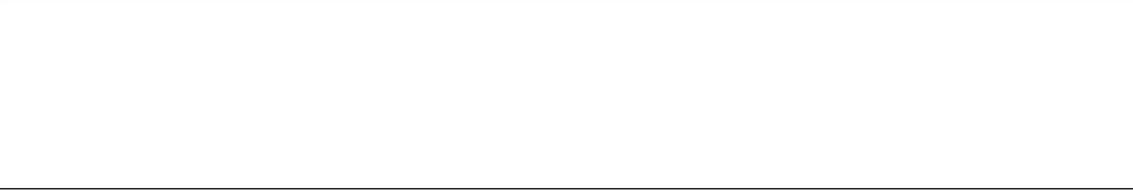
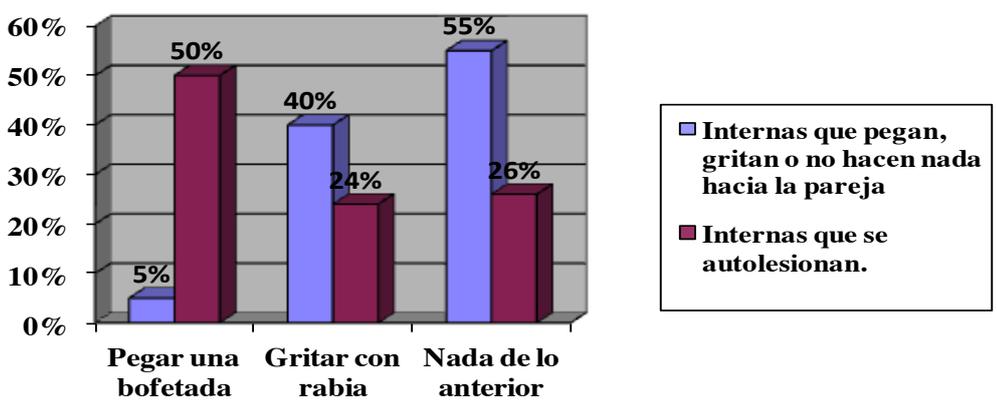


Tabla 31. Conductas impulsivas, agresivas y violentas. (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos relacionando sus conductas clasificándolos en **impulsivos, violentos y ni impulsivos, ni violentos**, y la condición de autolesionados (AL) o no (No AL).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Conducta**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

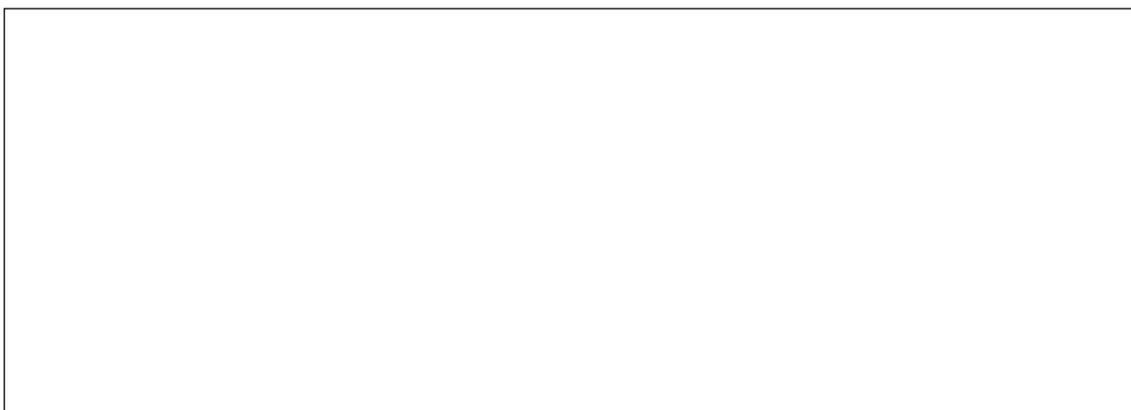
En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

		AL	No AL	Total
Impulsivos	Obs.	61	162	223
	Esp.	51,4	171,6	223,0
	% Conducta	27,4%	72,6%	100,0%
	% AL	73,5%	58,5%	61,9%
	R. Tip	1,3	-0,7	
Violentos	Obs.	18	82	100
	Esp.	23,1	76,9	100,0
	% Conducta	18,0%	82,0%	100,0%
	% AL	21,7%	29,6%	27,8%
	R. Tip	-1,1	0,6	
Ni Impulsivos ni violentos	Obs.	4	33	37
	Esp.	8,5	28,5	37,0
	% Conducta	10,8%	89,2%	100,0%
	% AL	4,8%	11,9%	10,3%
	R. Tip	-1,6	0,8	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% Conducta	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

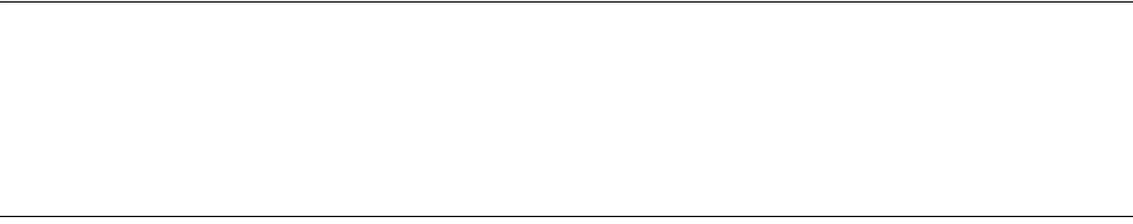
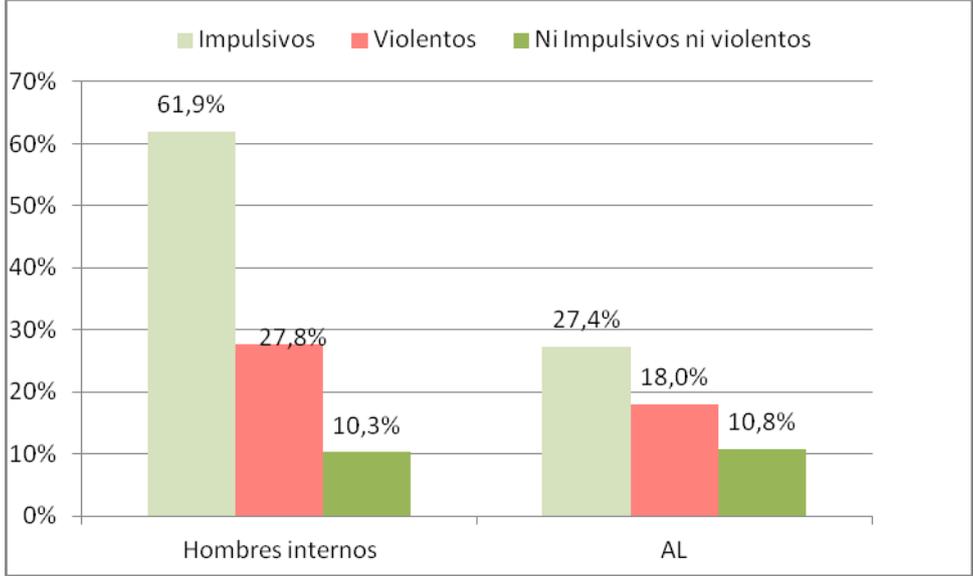
$\chi^2:6,891$ IC 95%, Valor p: 0,032

{ Impulsivos } OR: 1.968, IC 95%, Inf/Sup : 1,144-3.387 *

Risk Factor



Gráfica 31.- Conductas impulsivas, agresivas y violentas. (Hombres): Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos (**Hombres internos**) relacionando sus conductas, clasificadas en **impulsivos, violentos y ni impulsivos ni violentos**, y la condición de autolesionables (**AL**) .



Gráfica 31.1-. Conductas impulsivas y violentas según plutchick/autolesiones hombres: Las barras muestran los valores porcentuales de los reclusos **impulsivos y violentos**, relacionándolo con la condición de autolesionables (**Porcentaje de internos que se autolesionan**) o no (**porcentaje internos**).

Conductas impulsivas y violentas según Plutchick

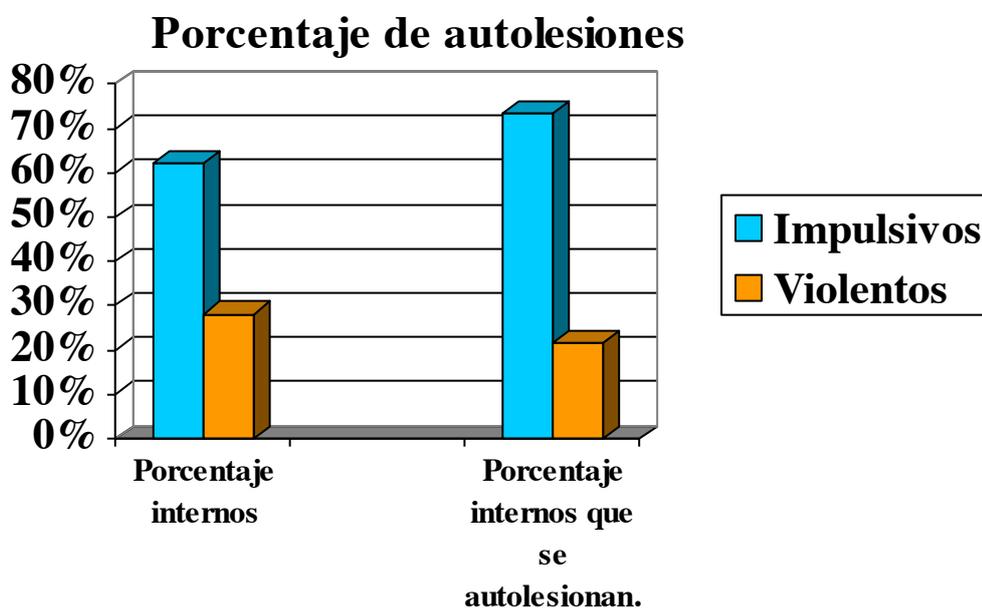


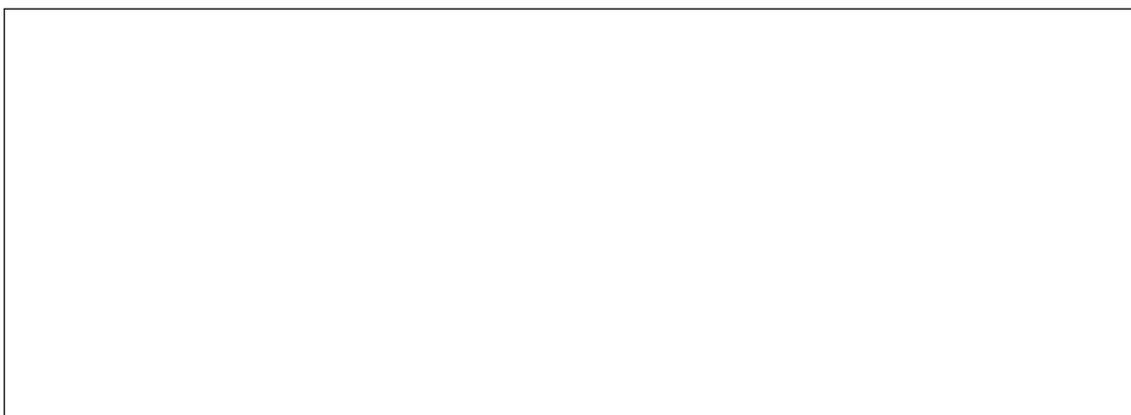
Tabla 32. Conductas impulsivas, agresivas y violentas. (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de las internas relacionando sus conductas clasificándolos en **impulsivos, violentos y ni impulsivos, ni violentos**, y la condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Conducta**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

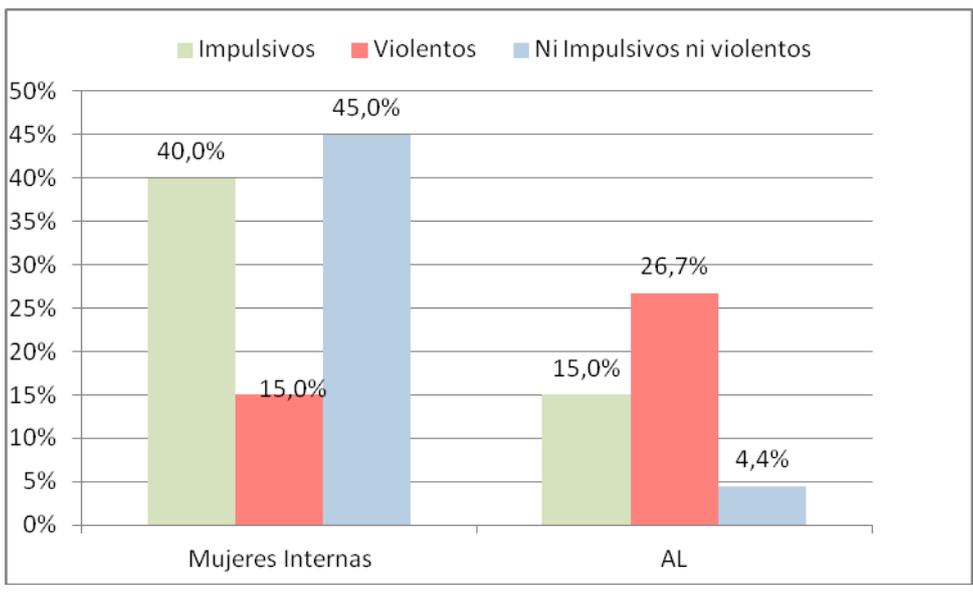
En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**χ^2**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

		AL	No AL	Total
Impulsivos	Obs.	6	34	40
	Esp.	4,8	35,2	40,0
	% Conducta	15,0%	85,0%	100,0%
	% AL	50,0%	38,6%	40,0%
	R. Tip	0,5	-0,2	
Violentos	Obs.	4	11	15
	Esp.	1,8	13,2	15,0
	% Conducta	26,7%	73,3%	100,0%
	% AL	33,3%	12,5%	15,0%
	R. Tip	1,6	-0,6	
Ni Impulsivos ni violentos	Obs.	2	43	45
	Esp.	5,4	39,6	45,0
	% Conducta	4,4%	95,6%	100,0%
	% AL	16,7%	48,9%	45,0%
	R. Tip	-1,5	0,5	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% Conducta	12,0%	88,0%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 :5,829 IC 95%, Valor p: 0,054



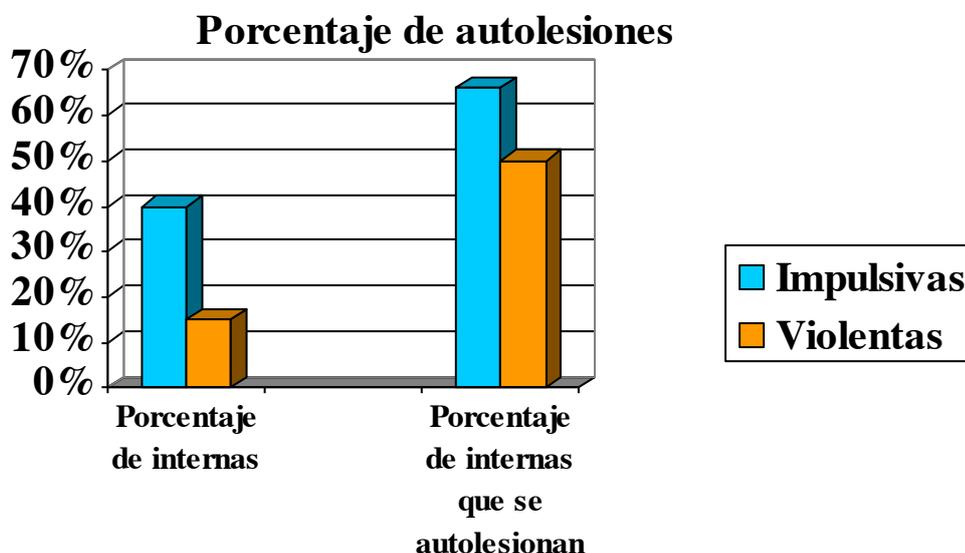
Gráfica 32.- Conductas impulsivas, agresivas y violentas. (Mujeres): Las barras muestran los valores porcentuales de las reclusas (**Mujeres internas**), relacionando sus conductas, clasificadas en **impulsivos, violentos y ni impulsivos ni violentos**, y la condición de autolesionables (**AL**).



Gráfica 32.BIS.- Conductas impulsivas y violentas según Plutchick. (Mujeres):

Las barras muestran los valores porcentuales de las reclusas relacionando sus conductas, clasificadas en **impulsivas** y **violentas**, según Plutchick, y la condición de autolesionables (**Porcentaje de internas que se autolesionan**) o no (**Porcentaje de internas**).

Conductas impulsivas y violentas según Plutchick



CONDUCTAS IMPULSIVAS Y VIOLENTAS

El impulso se define como reacción rápida y no planeada que corresponde a un estímulo interno o externo sin evaluar las consecuencias negativas que puede tener.

La definición de **“Violencia”** adoptada por la Organización Mundial de la Salud:

“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 probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La intimidación y las amenazas, el abandono, la negligencia o los actos de omisión también”.

Cabe destacar que la violencia es más que una agresión física, psíquica o sexual: incluye también conductas amenazadoras y abusos verbales, como llamadas telefónicas obscenas, amenazas, golpes a las paredes o tirar cosas al suelo, calumnias e intimidación, también está relacionada con el alcohol, las drogas, los trastornos de la personalidad (en especial el Trastorno Antisocial) medio familiar hostil o la enfermedad mental entre otras.

Tabla 33.1- Nivel de impulsividad/autolesiones. (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos relacionando su nivel de impulsividad (**Bajo, promedio o Alto**), y la condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% N. imp**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (χ^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

		AL	No AL	Total
Bajo	Obs.	8	46	54
	Esp.	12,5	41,6	54,0
	% N. imp	14,8%	85,2%	100,0%
	% en AL	9,6%	16,6%	15,0%
	R. Tip	-1,3	0,7	
promedio	Obs.	25	94	119
	Esp.	27,4	91,6	119,0
	% N. imp	21,0%	79,0%	100,0%
	% en AL	30,1%	33,9%	33,1%
	R. Tip	-0,5	0,3	
Alto	Obs.	50	137	187
	Esp.	43,1	143,9	187,0
	% N. imp	26,7%	73,3%	100,0%
	% en AL	60,2%	49,5%	51,9%
	R. Tip	1,0	-0,6	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% N. imp	23,1%	76,9%	100,0%
	% en AL	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2:3,778$ IC 95%, Valor p: 0,151

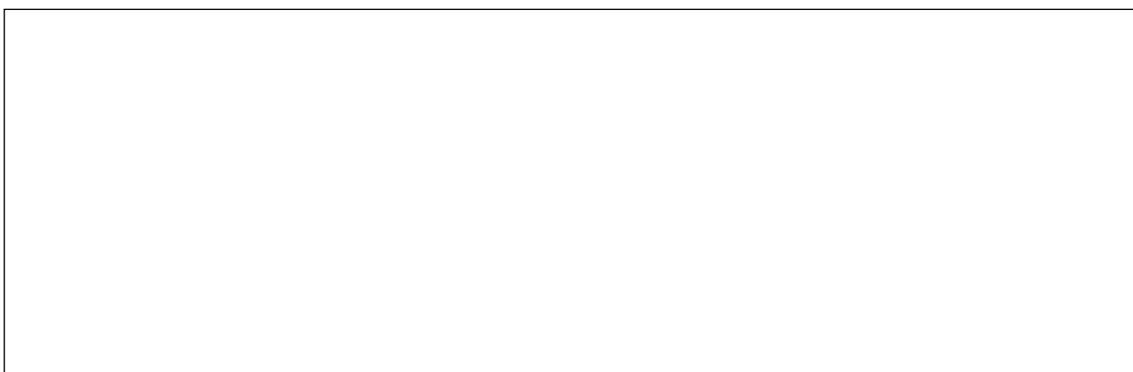


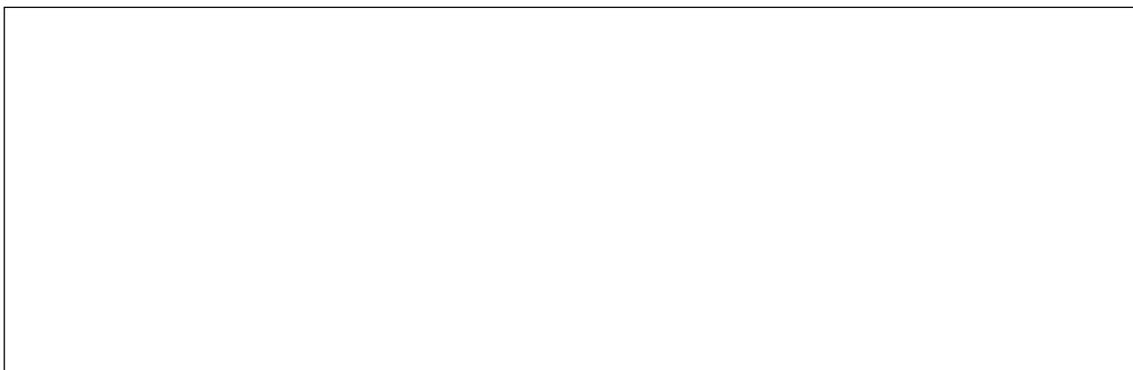
Tabla 33.2- Nivel de impulsividad/autolesiones. (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de las internas relacionando su nivel de impulsividad (**Bajo, promedio o Alto**), y la condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% N. imp**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

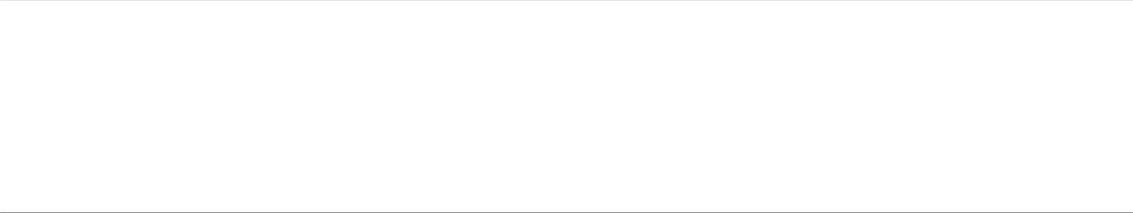
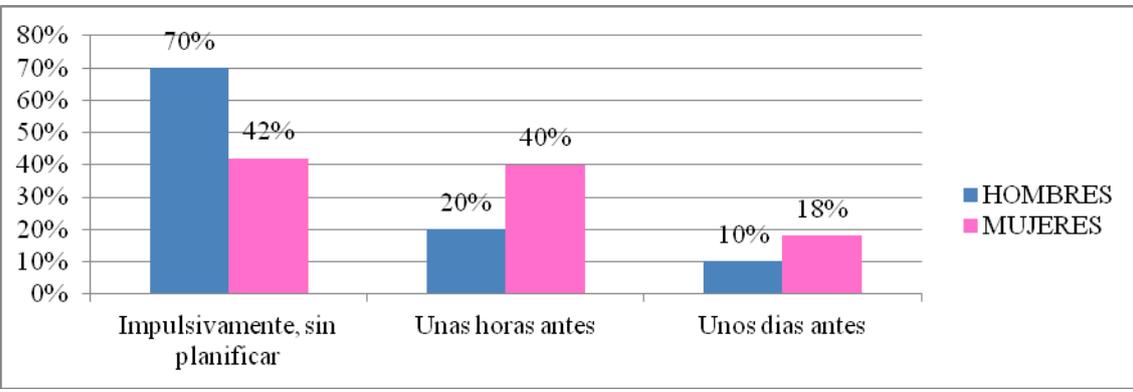
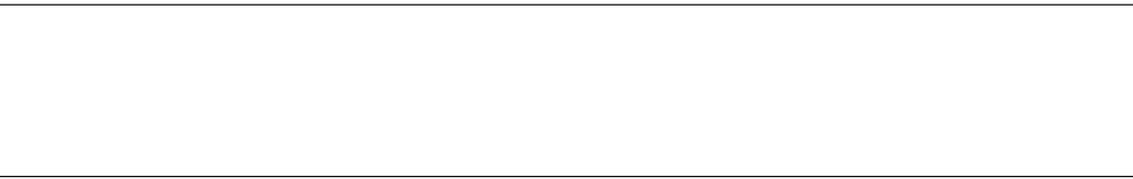
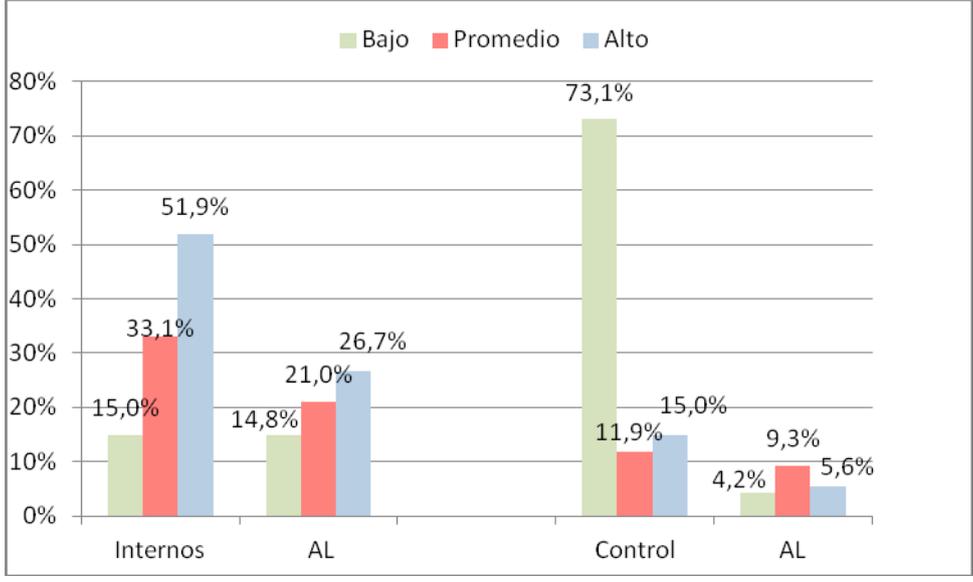
En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (χ^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

		AL	No AL	Total
Bajo	Obs.	11	252	263
	Esp.	13,2	249,9	263,0
	% N. imp	4,2%	95,8%	100,0%
	% en AL	61,1%	73,7%	73,1%
	R. Tip	-0,6	0,1	
promedio	Obs.	4	39	43
	Esp.	2,2	40,9	43,0
	% N. imp	9,3%	90,7%	100,0%
	% en AL	22,2%	11,4%	11,9%
	R. Tip	1,3	-0,3	
Alto	Obs.	3	51	54
	Esp.	2,7	51,3	54,0
	% N. imp	5,6%	94,4%	100,0%
	% en AL	16,7%	14,9%	15,0%
	R. Tip	0,2	0,0	
Total	Obs.	18	342	360
	Esp.	18,0	342,0	360,0
	% N. imp	5,0%	95,0%	100,0%
	% en AL	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2:2,081$ IC 95%, Valor p: 0,353



Gráfica 33.1- Nivel de planificación a corto plazo de lesiones: ¿cómo se muestran los trabajos por etapas de la vida de los (Internos) y de cómo se regénel (control) de planificación de las detines de la vida (Bajo, Promedio o Alto) y de la planificación de las (AL) “unos días antes” y “unos días antes”.



CONDUCTAS IMPULSIVAS Y VIOLENTAS SEGÚN CUESTIONARIO (AQ) Y DE PLUTCHICK

Según muchos autores la conducta auto lesiva se considera como un trastorno del control de los impulsos por el déficit de control que tienen a la hora de la activación de algún estímulo provocador de la tensión antes de cometer el acto, y seguidamente a la terminación del mismo pueden sentir placer, relajación, gratificación o liberación. Después de este acto autolesivo puede existir o no arrepentimiento, autor reproches, culpa y castigo²¹⁰.

La asociación entre impulsividad y conducta autolesiva se ha documentado en población clínica²¹¹, por lo que en esta sección se presenta la evidencia hallada en población normativa.

Al efectuar la pregunta si tienes hijos o no, ¿qué haría en el caso de tenerlos si en determinadas situaciones te disturban ¿cuál sería tu actitud?

El resultado de las respuestas a dicha pregunta es que la mitad de la población gritaría con rabia y un 30% pegaría una bofetada; este dato es relativamente alto si tenemos en cuenta que socialmente la agresión no está aceptada y la respuesta se adapta siguiendo el parámetro de Shapiro mediante la falsificación retrospectiva, se manifiesta lo que deseamos ser, no lo que somos; por lo que los datos tienen una tendencia hacia un resultado más aceptado socialmente (Gráfica 16 BIS).

Si preguntamos ¿En situaciones de desacuerdo con tu pareja, conteste suponiendo que la tuvieras, ¿cual sería tu actitud?

El resultado de las respuestas a dicha pregunta es que el 61% de la población gritaría con rabia y un 21% pegaría una bofetada; este dato es menor que el anterior mostrado ante los hijos teniendo en cuenta que socialmente la agresión a la pareja no está socialmente aceptada y sigue siendo alto si consideramos que la respuesta se adapta siguiendo el parámetro de Shapiro (Gráfica 17 BIS).

Si relacionados la expresión de la agresividad mediante el grito o la agresión con la cifra de autolesiones el porcentaje de internos que se autolesionan entre los internos cuya agresividad se reduce a gritar con rabia es más alto que en el caso de aquellos que manifiestan su agresividad con la acción de pegar (agresividad física).

La conclusión palpable de la anterior manifestación es que el interno que muestra mayor autocontrol sin agresividad a terceros desahoga dicha energía por medio de las autolesiones (Gráfica 18 BIS).

²¹⁰ Asociación Psiquiátrica Americana, 2002.

²¹¹ Vanlinden & Vandereycken, 1997

En consonancia con lo manifestado un umbral de agresividad inferior como la agresividad verbal arroja un porcentaje de autolesionadores ligeramente mayor que en la población con un umbral de agresividad mayor (agresividad física), en el que el porcentaje de autolesionadores es ligeramente inferior, lo cual en cierto modo avala la hipótesis general del estudio, que la impulsividad más desbordada es un factor predisponente fundamental a la hora de autolesionarse.

Respecto a las mujeres la agresión física es menos frecuente que la agresión verbal obteniendo en la presente tesis doctoral el dato “gritar con rabia” un porcentaje mayor que “dar una bofetada o pegar”.

La conclusión anterior respecto a los hombres no es atribuible a las mujeres; aquellas internas que utilizan la agresión a terceros también la utilizan sobre sí mismas, por lo que la impulsividad más desbordada no predispone a la autolesión (Gráfica 19 BIS).

Quizá la idiosincrasia de las relaciones conflictivas de la resolución de conflictos en las mujeres descansa más sobre el pleito verbal en los diferentes umbrales que queramos admitir, (gritar más alto, gritar menos, insultar más, insultar menos), sin significar otra cosa que un modo “(normal)” de enfrentamiento.

Con la escala de Plutchik en el estudio del centro penitenciario de Ceuta el porcentaje de internos hombres impulsivos es un poco más de la mitad (62%), de los cuales la frecuencia de autolesionadores llega hasta el 27,4%, dato que nos revela una correlación clara y determinante entre la impulsividad y las autolesiones, siendo un factor de riesgo y buen predictor de las autolesiones (Tabla 31).

Los presos resultaron ser más impulsivos que violentos y se demostró que los reclusos violentos pegaban una bofetada a sus parejas con mayor frecuencia que los controles.

Esta conclusión se pudo obtener con la pregunta “gritar con rabia” con los internos impulsivos.

El porcentaje de autolesiones en los violentos siguiendo la misma escala es notoriamente inferior que en el caso de los impulsivos.

Con la escala de Plutchik en el estudio del centro penitenciario de Ceuta el porcentaje de internas mujeres impulsivas es del 40%, de los cuales la frecuencia de autolesionadores sólo llega hasta el 15%, dato que nos revela que no existe una correlación entre la impulsividad y las autolesiones como en los hombre, no siendo un factor predictor de las autolesiones la impulsividad (Tabla 32).

No se ha podido demostrar la relación entre conductas impulsivas en los resultados del estudio según la escala de impulsividad de Plutchik y el cuestionario multicage sobre alcoholemia y el juego patológico, aunque se aprecia que existe una

relación entre nivel alto de impulsividad y el porcentaje elevado de autolesiones. (Tabla 33,1), cosa que no es así en mujeres (Tabla 33,2).

A la pregunta a los internos si planifican la autolesión, nos ha llamado la atención que la mayoría lo hacen sin planificar.

Efectivamente en nuestro medio la “verdadera autolesión” es una solución temporal a un problema temporal que ocurre de una manera impulsiva en la mayoría de las veces, es decir sin planificar (Gráfica 33.2).

Nos ha llamado la atención al ver los resultados del cuestionario AQ de agresividad que la media de la hostilidad de los internos del centro penitenciarios de Ceuta es alta, que representa el 61% del total de los internos que se les hizo la pregunta de hostilidad, estando en segundo lugar la agresividad verbal con cifras de media de 53% del total de los internos a los que se les hizo la pregunta, le sigue en porcentaje irascibilidad con cifras de 50%, para terminar con agresividad física con cifras de 48%.

Coincidiendo con lo apuntado por otros investigadores, la agresión física (pegar una bofetada) fue menos frecuente que la verbal (gritar con rabia) en todos los sujetos de esta tesis doctoral.

Las presas gritaban con rabia con más frecuencia, más que emplear la violencia física.

Los internos fueron calificados como “impulsivos” en más de la mitad de los casos. El adjetivo “violento” podía aplicarse a casi un tercio de los mismos.

En el tipo de medio en el que estamos realizando existen más casos de agresiones más violentas que en el exterior por los controles.

En la adaptación española del AQ en nuestro medio se ha visto que los hombres tienen una agresividad física mayor que las mujeres.

El grupo de presos presentó mayor impulsividad, hostilidad, irascibilidad, sentimientos de agresividad y conductas violentas que la muestra de población general.

Según nuestras reflexiones sobre los delitos violentos y el consumo de alcohol o drogas no todos los autores piensan que la ingestión de estas sustancias, por sí solas, sea suficiente para explicar los delitos violentos y la presencia de factores de personalidad previos y de circunstancias que rodean al delito juegan un papel muy importante.

Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker y Kelley²¹² “encontraron que el grupo con autolesiones más severas tendía también al uso de alcohol y drogas durante los episodios autolesivos, además de presentar historial de intentos suicidas, conductas que en conjunto se vinculan a la impulsividad”.

²¹² Lloyd-Richardson et al., 2007, p. 1183-1192.

El Trastorno de la Personalidad Límite, uno de los más relacionados con la impulsividad, tuvo una prevalencia bastante mayor entre la población carcelaria etiquetada como impulsiva (51%) que entre los no impulsivos.

En el riesgo general de golpear al cónyuge, los comportamientos muy agresivos fueron menos frecuentes que los menos agresivos, por ejemplo, la agresión física fue menos frecuente que la agresión verbal. Esto se comprobó en los presos que participaron en la presente tesis doctoral: el 61% gritaban con rabia “a menudo” a su pareja y el 21% les daban una bofetada, cifras que valoramos como indicadora importante de maltrato existente hacia la pareja.

Tabla 34.1.- Estructura familiar en la infancia. (Internos): Los valores indican los valores medios y totales de los internos relacionando su estructura familiar en la infancia (**Familia extensa, Familia nuclear, Familia monoparental y familia reconstituida**), y la condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% N. Imp**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa los valores chi cuadrado (**χ^2**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

		AL	No AL	Total	Estadísticas
Familia Extensa	Obs.	32	83	115	χ^2 : 2,168 IC : 95% Valor P: 0,143
	Esp.	26,5	88,5	115,0	
	% T.Familia	27,8%	72,2%	100,0%	
	% en AL	38,6%	30,0%	31,9%	
	R. Tip	1,1	-0,6		
Familia Nuclear	Obs.	24	196	220	χ^2 : 47,048 IC : 95% Valor P: 0,001
	Esp.	50,7	169,3	220,0	
	% T.Familia	10,9%	89,1%	100,0%	
	% en AL	28,9%	70,8%	61,1%	
	R. Tip	-3,8	2,1		
Familia Monoparental	Obs.	15	14	29	χ^2: 14,613 IC : 95% Valor P: 0,001
	Esp.	6,7	22,3	29,0	
	% T.Familia	51,7%	48,3%	100,0%	
	% en AL	18,1%	5,1%	8,1%	
	R. Tip	3,2	-1,8		
Familia reconstituida	Obs.	18	14	32	χ^2: 21,815 IC : 95% Valor P: 0,001
	Esp.	7,4	24,6	32,0	
	% T.Familia	56,3%	43,8%	100,0%	
	% en AL	21,7%	5,1%	8,9%	
	R. Tip	3,91	-2,14		



Tabla 34.2.- Estructura familiar en la infancia. (Control): Los valores indican los valores medios y totales de los controles relacionando su estructura familiar en la infancia (**Familia extensa, Familia nuclear, Familia monoparental y familia reconstituida**), y la condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

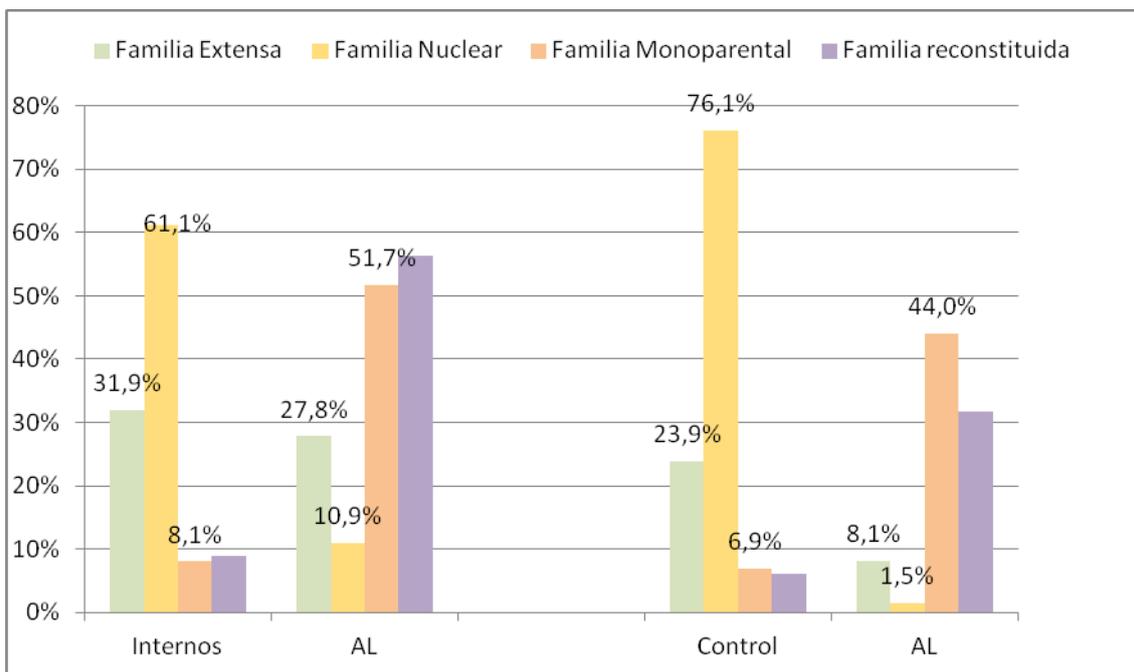
Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% N. imp**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa los valores chi cuadrado (χ^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

		AL	No AL	Total	Estadísticas
Familia Extensa	Obs.	7	79	86	χ^2 : 2,345 IC : 95% Valor P: 0,154
	Esp.	4,3	81,7	86,0	
	% T.Familia	8,1%	91,9%	100,0%	
	% en AL	38,9%	23,1%	23,9%	
	R. Tip	1,3	-0,3		
Familia Nuclear	Obs.	4	270	274	χ^2 : 30,262 IC : 95% Valor P: 0,001
	Esp.	13,7	260,3	274,0	
	% T.Familia	1,5%	98,5%	100,0%	
	% en AL	22,2%	78,9%	76,1%	
	R. Tip	-2,6	0,6		
Familia Monoparental	Obs.	11	14	25	χ^2 : 86,027 IC : 95% Valor P: 0,001
	Esp.	1,3	23,8	25,0	
	% T.Familia	44,0%	56,0%	100,0%	
	% en AL	61,1%	4,1%	6,9%	
	R. Tip	8,7	-2,0		
Familia reconstituida	Obs.	7	15	22	χ^2 : 35,479 IC : 95% Valor P: 0,001
	Esp.	1,1	20,9	22,0	
	% T.Familia	31,8%	68,2%	100,0%	
	% en AL	38,9%	4,4%	6,1%	
	R. Tip	5,63	-1,29		



Gráfica 34.- Estructura familiar en la infancia: Las barras muestran los valores porcentuales de los **internos** y **controles** según la estructura familiar en su infancia (**Familia extensa, Familia Nuclear, Familia monoparental y familia reconstituida**), y su condición de autolesionable (**AL**) .



ESTRUCTURA FAMILIAR EN LA INFANCIA

La familia es considerada el principal agente de socialización, puesto que dentro del seno de la familia el niño aprende un repertorio de conductas que tendrán gran influencia y importancia, ya que este aprendizaje le ayudara a desenvolverse socialmente a medida que va creciendo.

El desarrollo psicológico y social es un proceso permanente, que depende de la historia y el contexto, es flexible, multidireccional y multidimensional, en cada persona, existe una secuencia, un ritmo y una forma que hace del desarrollo un fenómeno muy particular en cada individuo.

Con el fin de comprender si la familia es uno de los aspectos clave que determinan las autolesiones en los internos procedemos a describir las características de las familias y posteriormente a cuantificar las autolesiones en base al número de internos pertenecientes a ese grupo.

Cabe aclarar que puede darse que la familia en cuestión presente varias estructuras familiares como por ejemplo que una familia sea monoparental y extensa a la vez.

La familia nuclear son aquellas familias en las que conviven, padres de ambos sexos y sus hijos,

Se consideran familias mono parentales a aquellas que están formadas por uno de los progenitores (madre o padre) y por uno o varios hijos bien biológicos o adaptados.

Existe también otro tipo de familia a la que se la denominan familia extensa, siendo una unidad familiar en donde conviven varios miembros de la familia nuclear junto con otros miembros con los que se comparte lazos de consanguinidad como son tíos, primos y abuelos.

“La familia reconstituida o familia ensamblada es una familia en la cual uno o ambos miembros de la actual pareja tiene uno o varios hijos de uniones anteriores o, dentro de esta categoría entran tanto las segundas parejas de viudos como de divorciados y de madres solteras, en la actualidad el grueso de las familias reconstituidas del mundo occidental lo constituye los divorciados con hijos que vuelven a formar pareja.”²¹³

Aunque la familia de tipo “nuclear” fue la más común entre la población penitenciaria (61%), la familia “extensa”, con casi un 32% de frecuencia apareció como un tipo de estructura familiar muy común entre los reclusos; indirectamente esta variable revela la presencia de un porcentaje importante de presos musulmanes con altas tasas de natalidad (Tabla 34,1).

La familia “monoparental”, prácticamente con un 8%, ocupó el último lugar y la familia “reconstituida” tuvo una mayor presencia (9%), esto debido a que muchos individuos estaban casados con más de una mujer (Tabla 34.2).

Entre las mujeres reclusas, la familia “nuclear” fue la estructura familiar más común, incluso con mayor porcentaje, porque la familia “extensa” no tuvo un protagonismo tan grande como en la población penitenciaria; la familia “monoparental” y la “reconstituida” también tuvieron una representatividad menor entre las reclusas, las diferencias encontradas entre las dos muestras, para todos los resultados, fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$) (Gráfica 34).

Ofrece a nuestro juicio un dato paradójico que puede tener relación con la cultura estudiada más frecuentemente como es la musulmana que es la familia extensa durante la infancia se correlaciona con un porcentaje más alto de autolesiones en el futuro mayor que por ejemplo en la familia parental como la reconstituida.

²¹³ Vásquez Contreras, 2009.

Una vez mostradas las diferentes estructuras familiares y el peso de las mismas en la población penitenciaria debemos aseverar que existe una probabilidad mayor de autolesión en internos con familias reconstituidas, seguidas de monoparentales, extensas y por último nucleares, este orden se repite casi en la misma escala en la población general que sirvió de control.

La cultura a la que pertenecen la mayoría de la población penitenciaria determina la importancia de la familia y sigue con valores tradicionales que infravaloran según qué estructura familiar, las reconstituida o monoparentales se encuentran menos aceptadas, y dicho rechazo termina siendo clave en mayores autolesiones de aquellos internos que se han sentido rechazados.

La familia “extensa” representó un papel importante durante la niñez de una parte considerable de los presos, lo cual indica que muchos de ellos eran de religión musulmana.

Hay algunas diferencias entre los presos y los controles en relación a provenir de los distintos tipos de familias en mujeres.

El tipo de estructura familiar en la infancia y su inestabilidad durante este periodo, se ha relacionado en la literatura científica con diversas circunstancias en la edad adulta: abuso de drogas, delincuencia, trastornos psicológicos y trastornos de la personalidad entre otras.

Se concluyó que la separación temprana de los padres podía tener una influencia, aunque limitada, en la delincuencia de los descendientes.

En cuanto a las consecuencias del abandono emocional de los niños, se ha sugerido que tiene relación con los trastornos psicológicos en la edad adulta y, que además, existen diferencias en cuanto al género del cuidador que comete negligencia contra el menor.

Laye-Gindhu y Schonert-Reichl²¹⁴ realizaron un estudio con una muestra de 424 estudiantes de ambos sexos, encontraron que el grupo con AL se diferenciaba del grupo sano en función de distintas variables, pero se observó que provenían en mayor proporción de hogares con un solo padre.

Algunas investigaciones mencionaron la asociación entre la estructura de la familia durante la infancia y los trastornos de la personalidad. Los presos que provenían de familias mono parentales, tenían mayor probabilidad de padecer un trastorno de la personalidad del grupo A y del grupo B en comparación con la muestra de población general, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los grupos C.

²¹⁴ Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005.

Los presos que provenían de familias monoparentales durante la niñez poseían mayor probabilidad de tener problemas con la justicia y de cometer delitos violentos que la muestra de la población general.

El desarrollo de la identidad se relaciona con la historia pasada de la persona, su orientación vocacional, y en esa medida, su grado de madurez para la toma de decisiones, la forja de la identidad como la formulación de un proyecto de vida son procesos que avanzan paralelamente, aunque no sincronizadamente en todos los casos.

Pero, el grado en el que ese proceso resulte más conflictivo dependerá del apoyo de la familia, los internos que tienen manifestaciones autolesivas tienen mayor prevalencia de padres separados, un clima familiar desfavorable facilita la aparición de conductas de afrontamiento disfuncionales.

En consecuencia, los conflictos familiares y la separación de los padres son hechos que pueden acarrear serios problemas y que puede ser un antecedente para comportamientos de riesgo, entre los que se tiene: el abandono de los estudios, la violencia, el uso de drogas, la delincuencia, y las autolesiones.

El comportamiento autolesivo es multicausal, pero dado que el papel de la familia en el desarrollo psicológico de la persona es indiscutible, el funcionamiento familiar, es el mejor predictor de la aparición de las conductas autolesivas, la familia es considerada el principal agente de socialización, puesto que dentro del seno de la familia el niño aprende un repertorio de conductas que tendrán gran influencia e importancia, ya que este aprendizaje le ayudará a desenvolverse socialmente a medida que vaya creciendo.

Tabla 35.1.- El "Inventario de Personalidad de Eysenck" (EPI) (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos relacionando el inventario de personalidad de Eysenck (**Extroversión y Neuroticismo**), y la condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Extrov. %Neurot.**) y el residuo tipificado (**R. Tip.**).

V.14. PERSONALIDAD (INVENTARIO PERSONALIDAD

En la parte inferior se expresa los valores chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**)

		AL	No AL	Total	Estadísticas
Extroversión	Obs.	32	85	117	χ²: 1,802 IC : 95% Valor P: 0,184
	Esp.	27,0	90,0	117,0	
	% Extrov.	27,4%	72,6%	100,0%	
	% en AL	38,6%	30,7%	32,5%	
	R. Tip	1,0	-0,5		
Neuroticismo	Obs.	33	102	135	χ²: 0,235 IC : 95% Valor P: 0,698
	Esp.	31,1	103,9	135,0	
	% Neurot.	24,4%	75,6%	100,0%	
	% en AL	39,8%	36,8%	37,5%	
	R. Tip	0,34	-0,18		



Tabla 35.2.- El ‘Inventario de Personalidad de Eysenck’ (EPI) (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de las internas relacionando el inventario de personalidad de Eysenck (**Extroversión y Neuroticismo**), y la condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

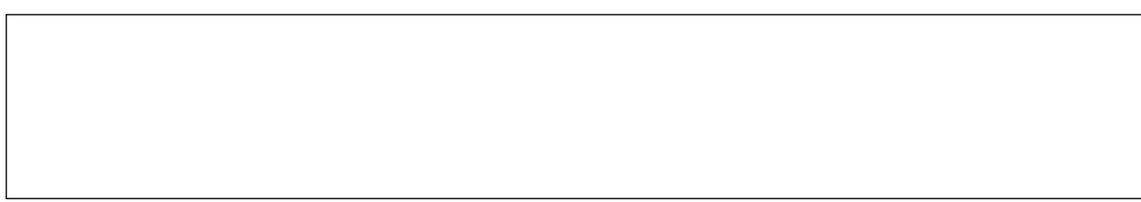
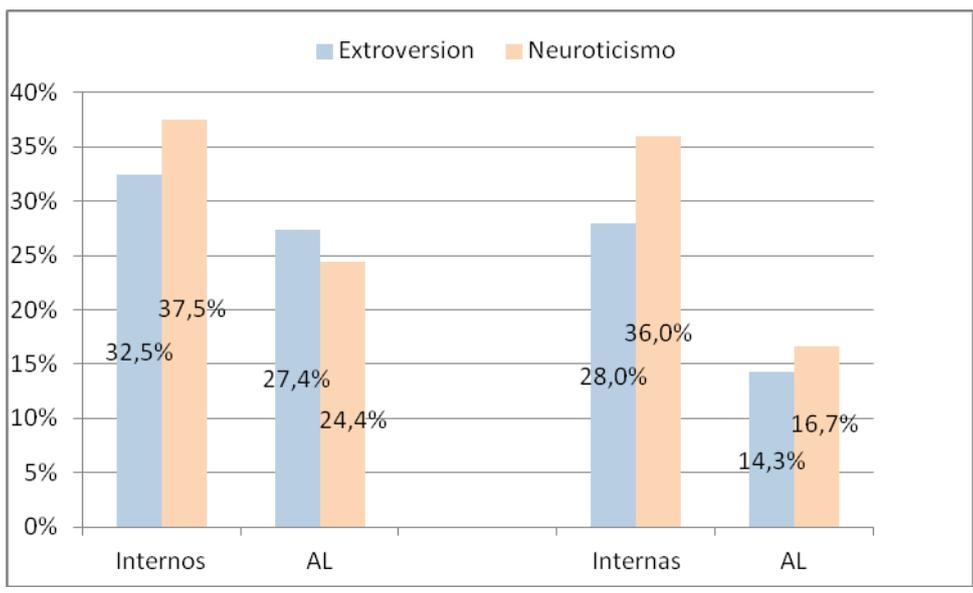
Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Extrov. %Neurot.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa los valores chi cuadrado (**χ^2**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

		AL	No AL	Total	Estadísticas
Extroversión	Obs.	4	24	28	χ^2: 0,192 IC : 95% Valor P: 0,735
	Esp.	3,4	24,6	28,0	
	% Extrov.	14,3%	85,7%	100,0%	
	% en AL	33,3%	27,3%	28,0%	
	R. Tip	0,3	-0,1		
Neuroticismo	Obs.	6	30	36	χ^2: 1,160 IC : 95% Valor P: 0,342
	Esp.	4,3	31,7	36,0	
	% Neurot.	16,7%	83,3%	100,0%	
	% en AL	50,0%	34,1%	36,0%	
	R. Tip	0,81	-0,30		



Gráfica 35.- El "Inventario de Personalidad de Eysenck" (EPI): Las barras muestran los valores porcentuales de los internos e internas según el inventario de personalidad de Eysenck (**Extroversión y Neuroticismo**), y su condición de autolesionable (**AL**)



PERSONALIDAD (INVENTARIO PERSONALIDAD EYSENCK)

Eysenck consideró que las diferencias en la personalidad se desarrollan a partir de la herencia genética, por lo tanto, estuvo fundamentalmente interesado en lo que se suele llamar temperamento.

El temperamento es ese aspecto de nuestra personalidad que está basado en la genética, innato, desde nuestro nacimiento o incluso antes. Esto no significa que la teoría del temperamento diga que no contemos con otros aspectos de nuestra personalidad que son aprendidos; es sólo que Eysenck se centró en lo "natural" y dejó la "crianza" para que la estudiaran otros teóricos.

El Inventario Eysenck De Personalidad (EPI) sirve para la medición de dos de las más importantes dimensiones de la personalidad: introversión-extroversión (E) y neurotismo (estabilidad- inestabilidad) (N).

En nuestro estudio el "Inventario de Personalidad de Eysenck" (EPI) puso de manifiesto que los presos tenían un percentil más alto de neurotismo que de extraversión, siendo la media de sinceridad aceptable (Tabla 35,1 y Tabla 35,2).

Al analizar los datos ofrecidos por el EPI sobre el total de los participantes de esta tesis doctoral, se observa que entre los presos predomina el neurotismo. (Gráfica 35).

El percentil medio de neurotismo más alto se observó en la población penitenciaria femenina a diferencia de la población general que predomina la extroversión.

La "Teoría de la Personalidad de Eysenck" afirma que el delincuente posee unos determinados rasgos o características de personalidad: alto neurotismo, alta extraversión y alto Psicoticismo. El EPI tan sólo nos aporta datos sobre los dos primeros factores y sobre el percentil de sinceridad del individuo.

A la luz de esta teoría, los delincuentes serían más extrovertidos y más neuróticos que los no delincuentes. La extraversión es entendida como opuesta a la introversión e indica tanto tendencias impulsivas como sociales. Los individuos extravertidos tienden, por una parte, hacia una mayor exteriorización, impulsividad y hacia una menor inhibición. Por otra parte, una alta puntuación en extraversión es significativa en personas gustosas de las relaciones y contactos sociales, personas activas en un grupo social, amistosas y con una gran necesidad de charlar. En íntima relación con su necesidad de estimulación, los extravertidos buscan emociones fuertes, correr riesgos así como experiencias excitantes y novedosas. Por esta última razón se ha relacionado la extraversión con los sujetos delincuentes y agresivos.

Pero además de extravertidos, los delincuentes se caracterizarían por un alto grado de neurotismo, es decir, por una fuerte inestabilidad emocional. El neurotismo se define como la hiperactividad, hipersensibilidad y labilidad emocional que conlleva, así como por la predisposición a la depresión bajo efectos del estrés. Por lo tanto, una persona neurótica es emocionalmente más desequilibrada, más vulnerable y cambiante, más sensible a las situaciones emocionales y con mayores dificultades de recuperarse de dichas situaciones.

La edad y el ambiente pueden moldear y modificar estos dos aspectos de la personalidad, Tanto es así, que la prisión pudiera ejercer influencias y cambios en la estructura de la personalidad. La estancia en prisión, sobre todo si es larga, podía afectar a variables de personalidad aumentando los miedos neuróticos y la ansiedad y reduciendo la extraversión.

De ser esto cierto, los que llevan más tiempo en prisión deberían diferenciarse de los que llevan menos tiempo por un mayor neurotismo y una menor extraversión.

En conclusión los internos son más extrovertidos y neuróticos que la población general así como más extrovertidos y neuróticos que las internas, y en ambos casos el neurotismo es superior a la extroversión.

Los efectos de estas características sobre las autolesiones son abrumadores; en internos hombres extrovertidos y neuróticos se triplican las autolesiones respecto a los que no lo son, cosa muy parecida ocurre con las mujeres.

El neurotismo está ligado a la excitabilidad del sistema nervioso autónomo, que moviliza trastornos cardiovasculares, taquicardias, incremento de presión sanguínea, una alta tasa de neurotismo (inestabilidad) indica una emotividad muy intensa y tono elevado, son personas generalmente tensas, con fuertes bloqueos de conducta, respuestas inadecuadas e interrupciones emocionales desordenadas, tienden a presentar trastornos; estas características de los internos unidos a la inmersión en la estructura que componen los centros penitenciarios generan con seguridad autolesiones.

V.15. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

		AL	No AL	Total	Estadísticas	
Grupo - A	Paranoide	Obs. Esp. % Para. % en AL R. Tip	41 35,5 26,6% 49,4% ,9	113 118,5 73,4% 40,8% -,5	154 154,0 100,0% 42,8%	χ^2 : 1,931 IC : 95% Valor P: 0,167
	Esquizoide	Obs. Esp. % Esq-de. % en AL R. Tip	15 20,8 16,7% 18,1% -1,3	75 69,3 83,3% 27,1% 0,7	90 90,0 100,0% 25,0%	χ^2 : 2,761 IC : 95% Valor P: 0,112
	Esquizotípico	Obs. Esp. % Esq-co. % en AL R. Tip	14 17,3 18,7% 16,9% -,8	61 57,7 81,3% 22,0% ,4	75 75,0 100,0% 20,8%	χ^2 : 1,029 IC : 95% Valor P: 0,357
Grupo - B	Antisocial	Obs. Esp. % Anti. % en AL R. Tip	39 26,5 33,9% 47,0% 2,4	76 88,5 66,1% 27,4% -1,3	115 115,0 100,0% 31,9%	χ^2 : 11,229 IC : 95% Valor P: 0,001
	Limite	Obs. Esp. % Lim. % en AL R. Tip	64 43,8 33,7% 77,1% 3,1	126 146,2 66,3% 45,5% -1,7	190 190,0 100,0% 52,8%	χ^2 : 25,622 IC : 95% Valor P: 0,001
	Histriónico	Obs. Esp. % Hist. % en AL R. Tip	58 38,0 35,2% 69,9% 3,2	107 127,0 64,8% 38,6% -1,8	165 165,0 100,0% 45,8%	χ^2 : 25,123 IC : 95% Valor P: 0,001
	Narcisista	Obs. Esp. % Narci. % en AL R. Tip	55 33,9 37,4% 66,3% 3,6	92 113,1 62,6% 33,2% -2,0	147 147,0 100,0% 40,8%	χ^2 : 28,878 IC : 95% Valor P: 0,001
Grupo - C	Evitación	Obs. Esp. % Evit. % en AL R. Tip	21 32,3 15,0% 25,3% -2,0	119 107,7 85,0% 43,0% 1,1	140 140,0 100,0% 38,9%	χ^2 : 8,380 IC : 95% Valor P: 0,005
	Dependencia	Obs. Esp. % Dep. % en AL R. Tip	31 29,7 24,0% 37,3% ,2	98 99,3 76,0% 35,4% -,1	129 129,0 100,0% 35,8%	χ^2 : 0,108 IC : 95% Valor P: 0,794
	Obsesivo compulsivo	Obs. Esp. % Obs. % en AL R. Tip	21 37,4 13,0% 25,3% -2,7	141 124,7 87,0% 50,9% 1,5	162 162,0 100,0% 45,0%	χ^2 : 16,912 IC : 95% Valor P: 0,001

Tabla 36.1.- Diagnósticos por Tipos de Trastornos de la Personalidad (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos según sus tipos de personalidad, agrupados en tres grupos: **Grupo A (Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico), Grupo B (Antisocial, Limite, Histrionico y Narcisista) y Grupo C (Evitación, Dependencia y Obsesivo compulsivo)**, relacionándolos con su condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

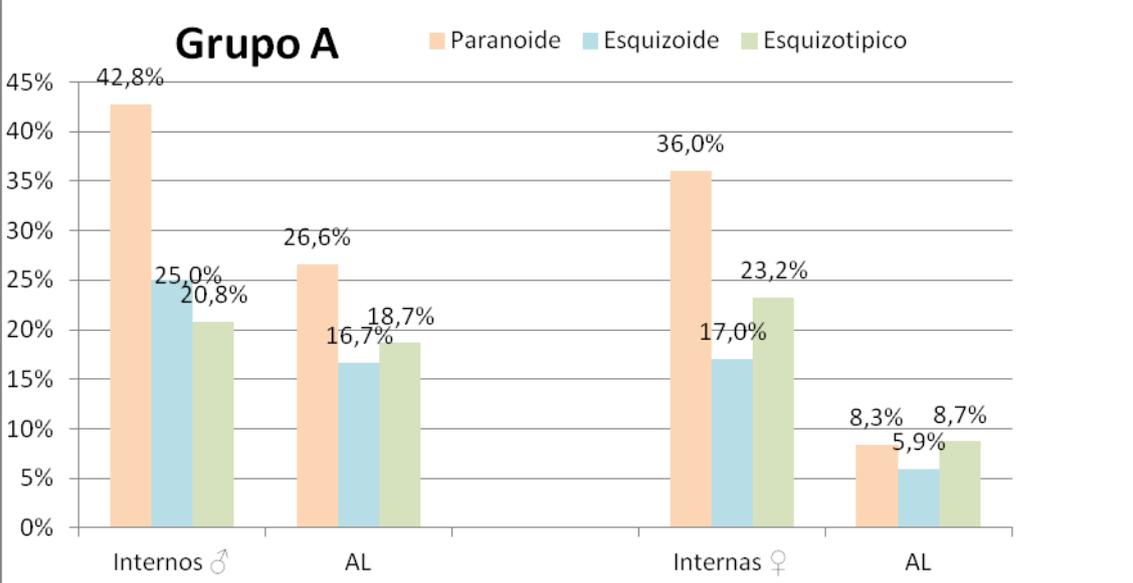
Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Extrov. %Neurot.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa los valores chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

Tabla 3621- Diagnósticos por tipo de trastorno de la personalidad (AL y No AL) en las muestras de los valores medios y totales de las internas según sus tipos de personalidad, agrupados en tres grupos: Grupo A (Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico), Grupo B (Antisocial, Límite, Histrionico y Narcisista) y Grupo C (Evitación, Dependencia y Obsesivo compulsivo), relacionándolos con su condición de autolesionados (AL) o no (No AL).

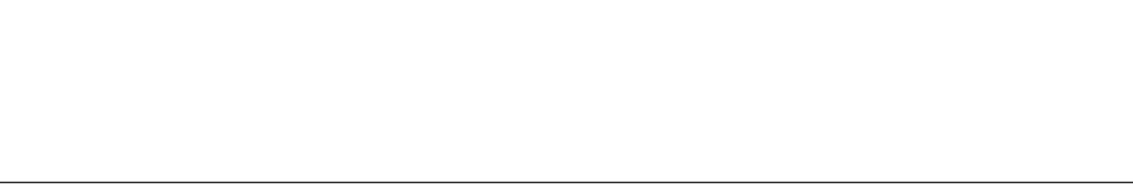
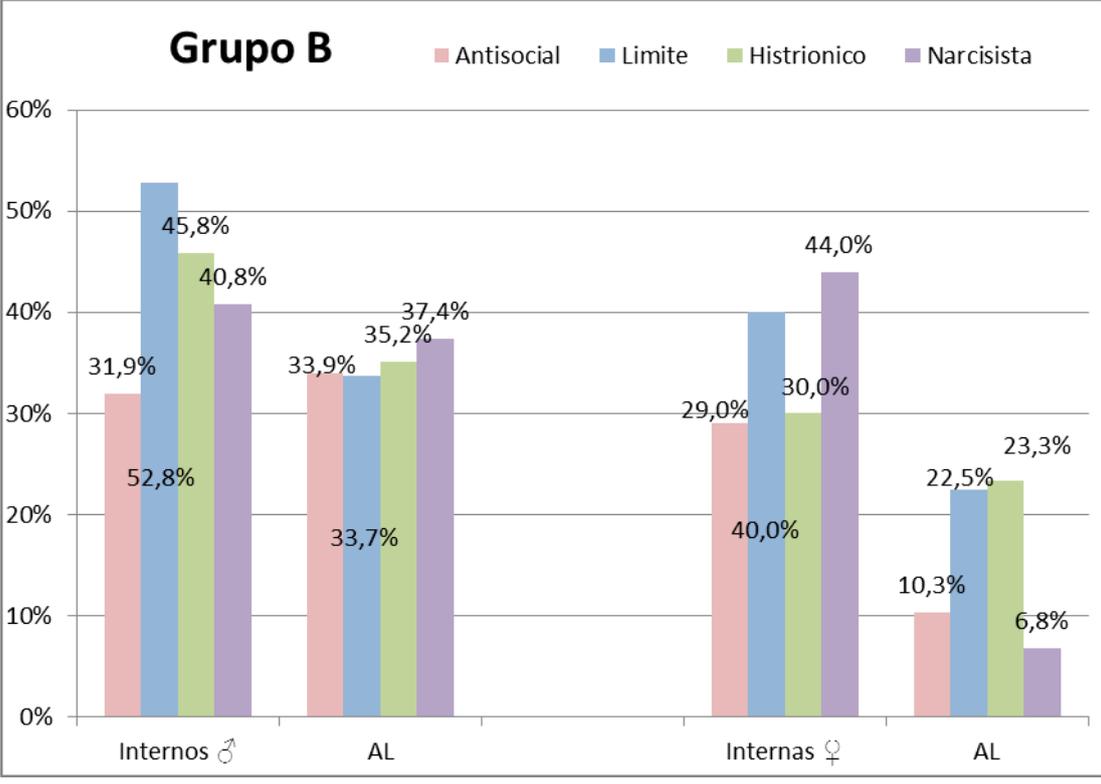
Analizando en cada uno de los casos observados (Obs.), los casos esperados (Esp.), el % respecto del total de casos (% AL), % dentro de su grupo (% Extrov. %Neurot.) y el residuo tipificado (R. Tip).

En la parte inferior se expresa los valores chi cuadrado (X²), el índice de confianza (IC) y el nivel de significación (valor P).

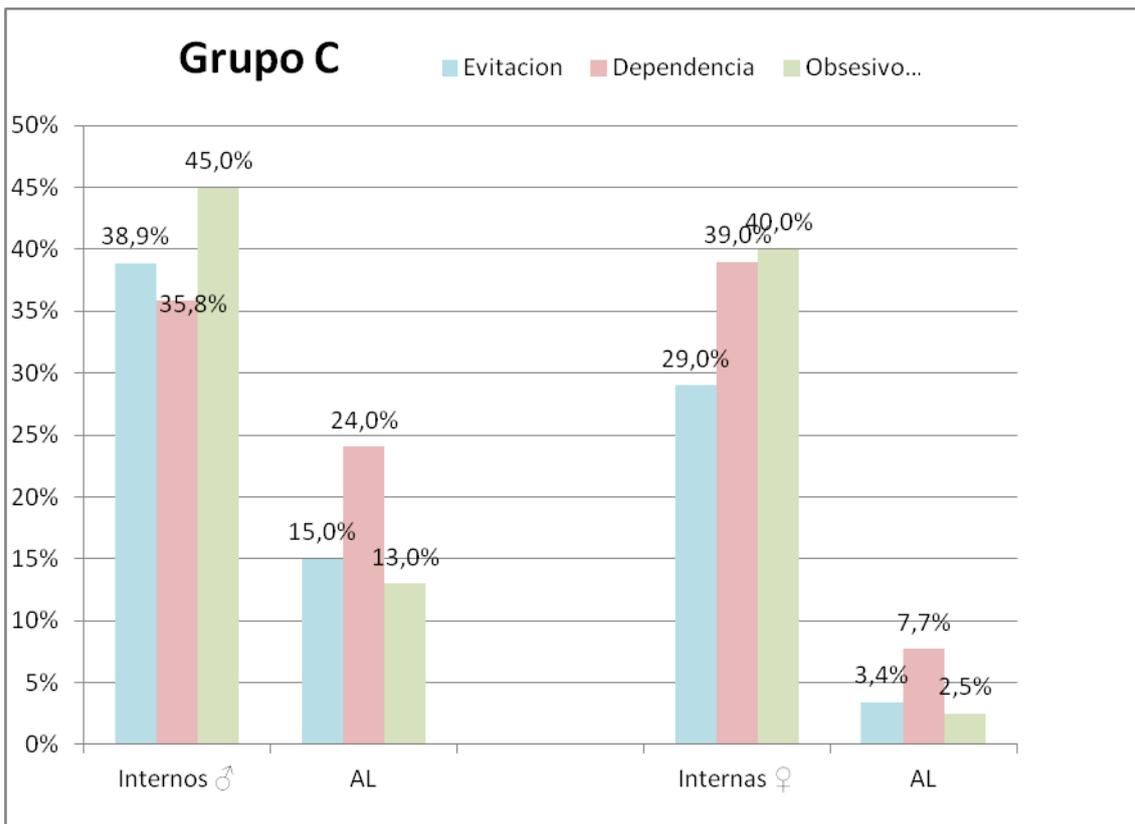


--	--	--	--

Gráfica 36.2- Diagnósticos por Tipos de Trastornos de la Personalidad (Grupo B): Las barras muestran los valores porcentuales de los internos e internas según el tipo de trastorno de la personalidad de presentan (**Antisocial, Límite, Histriónico y Narcisista**), y su condición de autolesionable (**AL**) .



Gráfica 36.3- Diagnósticos por Tipos de Trastornos de la Personalidad (Grupo C): Las barras muestran los valores porcentuales de los internos e internas según el tipo de trastorno de la personalidad de presentan (**Evitacion, Dependencia y Obsesivo compulsivo**), y su condición de autolesionable (**AL**) .



TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Los internos del centro penitenciario de Ceuta han contestado adecuadamente al “Cuestionario Abreviado IPDE”, se ha obtenido elevada prevalencia y respuestas de los trastornos de la personalidad en un medio tan peculiar como el nuestro donde existe escasa motivación intrínseca y prevalecen estereotipos y prejuicios.

A pesar de la dificultad a la hora de llevarlo a cabo con algunos internos por lo extenso que era, muchos de ellos tenían más de un diagnóstico de la personalidad llegando hasta 4 o 5 trastornos distintos, también nos ha llamado la atención la elevada sensibilidad o exactitud de este cuestionario ya que solamente el 13 % de los internos no tenían ningún diagnóstico de personalidad gracias a que este cuestionario nos da solamente un perfil clínico diagnóstico y no un diagnóstico clínico propiamente dicho.

No cabe duda que ha habido muchas discrepancias en los diferentes estudios por los distintos herramientas utilizadas en el diagnóstico, incluso hemos pasado otro cuestionario de personalidad como el cuestionario de personalidad de Salamanca con 22 ítems y con resultados parecidos.

En nuestro estudio los trastornos de la personalidad más prevalentes de los reclusos hombres del centro penitenciario en el grupo A de los raros y excéntricos fueron el paranoide (42,7%), esquizoide (25%) y Esquizotípico (20,8%) (Tabla 36,1).

En el (Grupo B) de los dramáticos y emocionales se destaca el límite de la personalidad (53%) seguido de histriónico (45,8%) narcisista (40,8%) y el antisocial (31,9%).

En el (Grupo C) de los ansiosos y temerosos aparece el Obsesivo–Compulsivo (45%), seguido de trastorno evitativo (38,9%) y dependiente de la personalidad con (35,8%) (Gráfica 36.1).

Los trastornos de personalidad más prevalentes en mujeres del centro penitenciario de Ceuta del (grupo A) de los raros y excéntricos fueron el paranoide (36%) seguido del Esquizotípico (23%), esquizoide (17%) (Tabla 36,2).

En el (Grupo B) de los dramáticos y emocionales se destaca el límite de la personalidad (47%) seguido de cerca del Narcisista (44%), histriónico (41%) y en último lugar el Antisocial (29%) (Gráfica 36.2).

En el grupo de los ansiosos y temerosos (Grupo C) el Obsesivo–Compulsivo (40%), seguido muy de cerca de trastorno dependiente de la personalidad con (39%) y en tercer lugar el trastorno evitativo (29%) (Gráfica 36.3).

A la hora de comparar los datos por género se ha visto resultados estadísticamente significativos para algunos trastornos de la personalidad en internos tal como límite, antisocial, histriónico, narcisista, evitación y obsesivo compulsivo,

mientras esta estrecha relación aparece estadísticamente significativas en trastorno límite, histriónico y obsesivo-compulsivo en mujeres.

Los trastornos de la personalidad, como puede observarse son más frecuentes en la población penitenciaria que en población general, como dato de interés reflejar la gran sensibilidad y la poca especificidad de la herramienta diagnóstica de cribaje (versión abreviada del IPDE).

Los individuos con trastorno límite de la personalidad y con bajo umbral de control de impulsos, son los que más frecuentemente se autolesionan. La insatisfacción de la no consecución de objetivos inmediatos centrados en su propia persona conlleva, en muchos casos, a las autolesiones como medios de expresión de sus problemas personales. El futuro no lo ve el autolesionador a corto plazo.

En contraste con la población general, que no utiliza estas conductas autolesivas. Su preocupación gira más en el ambiente laboral y relacionado con el futuro familiar, económico y de bienestar, la incapacidad de los autos lesionadores de planificar o pensar en el futuro, tiene como consecuencia la búsqueda de soluciones inmediata. Si esto no ocurre, liberan su ansiedad a través de la autoagresión.

En los estudios de Klonsky, Oltmanns y Turkheimer²¹⁵ sobre autolesiones, psicopatología y personalidad en muestra de 1986 jóvenes, encontraron la asociación de las autolesiones con rasgos de trastorno límite de la personalidad y con los trastornos Esquizotípico, dependencia y de evitación.

Se perfiló una pauta de personalidad de quienes presentaban autolesión caracterizada por: a) presencia de emociones intensas, b) hipersensibilidad al rechazo interpersonal, c) propensión a presentar emociones negativas d) niveles altos de ansiedad, más que de depresión, e) alivio emocional tras autolesionarse C.²¹⁶

La prevalencia de sufrir cualquier diagnóstico de la personalidad entre la población reclusa es del 87%, mucho más superior a la población general.

Existe una elevada comorbilidad entre los diferentes trastornos de la personalidad.

El consumo de drogas induce de manera significativa la presencia de patologías.

La personalidad está constituida por el temperamento y el carácter; el temperamento tiene base heredo-familiar y el carácter se obtiene por aprendizaje y socialización; desde las Institución Penitenciaria se puede incidir a través de programas de incrementen las Habilidades Sociales de forma que afecten a la personalidad vía carácter y reduzcan los trastornos enunciados.

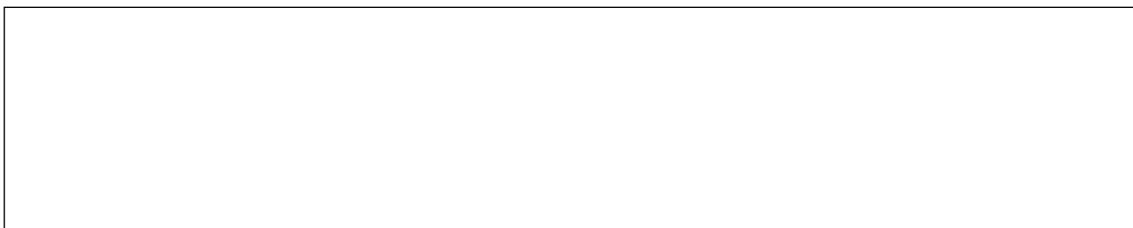
²¹⁵ Klonsky, Oltmanns y Turkheimer, 2014.

²¹⁶ Marín Tejada, 2013.

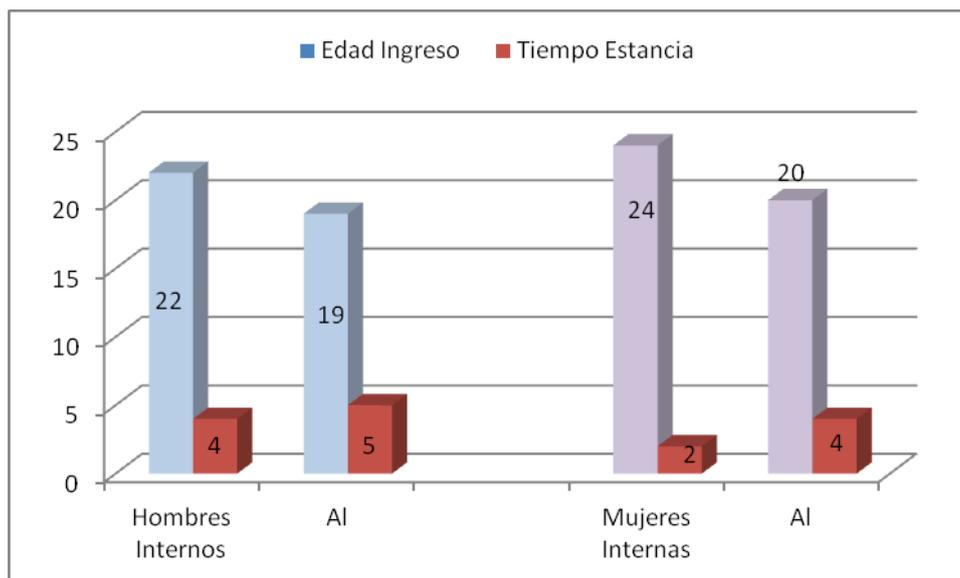
Tabla 37.- Edad en años la 1ª vez que ingresó en Prisión: Los valores indican los valores medios de los internos e internas de la primera vez que entraron en prisión, el número de veces que han estado en prisión y el tiempo de su estancia. Distinguiendo entre los que presentan autolesiones (AL) y aquellos reclusos que no se autolesionan (**Hombres internos y Mujeres internas**).

V.16. EDAD INGRESÓ E ESTANCIA EN PRISIÓN

	Hombres Internos	AL	Mujeres Internas	AL
Media Edad en años la primera vez que ingresó en prisión	22 años	19 años	24 años	20 años
Número de veces en prisión	3 veces	4 veces	1 vez	2 veces
Tiempo de estancia	4 años	5 años	2 años	4 años



Gráfica 37.- Edad en años la 1ª vez que ingresó en Prisión: Las barras muestran los valores medios de los internos e internas según su edad de ingreso y tiempo de estancia en prisión, y su condición de autolesionable (AL)



Dado la situación geográfica del centro penitenciario donde se ha realizado el estudio (Ceuta) era de esperar que los reingresos fueran menos frecuentes que los primeros ingresos (Tabla 37).

En esta tesis doctoral más de la mitad de los reclusos que están en prisión habían tenido varias entradas anteriores; en la población masculina la media de ingresos fue de tres y la estancia media, de poco más de tres años. Es de destacar que la media en ingresos en la población interna que se autolesiona es superior a la población reclusa general, en la población femenina también se produce la circunstancia de mayor número de reingresos las que se autolesionan (Gráfica 37).

En cuanto a la estancia media en prisión, las estancias de aquellos internos que tienen conducta autolesiva son más largas, observándose una evolución similar en ambos sexos.

En un mundo restrictivo donde conviven cientos de personas que en otra situación no lo harían se acumula tensión que se desencadena en autolesiones determinado por factores como el tipo de población, las restricciones del medio, las drogas o los factores ambientales.

La subcultura carcelaria es una característica de la prisión que admite autolesiones y en la que se accede cuantos más años se encuentren en prisión los internos o más veces entren; causa principal de que las autolesiones incrementen con los años en prisión; habría que añadir la prisionización que explicamos en otro apartado.

Tabla 38.1- Incidencias de autolesión según problemas principales (Hombres):

Los valores indican los valores medios y totales de las incidencias de autolesión de los internos según sus problemas principales, clasificándolos en: “**Futuro, Familiares, Escolares, Económicos y Personales**”, relacionándolos con su condición de autolesionados (AL) o no (No AL).

V.17. INCIDENCIAS DE AUTOLESIÓN SEGÚN PROBLEMAS PRINCIPALES

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% T. Prob**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa los valores chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

		AL	No AL	Total
Futuro	Obs.	9	53	62
	Esp.	14,3	47,7	62,0
	% T.Prob	14,5%	85,5%	100,0%
	% en AL	10,8%	19,1%	17,2%
	R. Tip	-1,4	,8	
Familiares	Obs.	16	46	62
	Esp.	14,3	47,7	62,0
	% T.Prob	25,8%	74,2%	100,0%
	% en AL	19,3%	16,6%	17,2%
	R. Tip	,5	-,2	
Escolares	Obs.	4	48	52
	Esp.	12,0	40,0	52,0
	% T.Prob	7,7%	92,3%	100,0%
	% en AL	4,8%	17,3%	14,4%
	R. Tip	-2,3	1,3	
Económicos	Obs.	21	58	79
	Esp.	18,2	60,8	79,0
	% T.Prob	26,6%	73,4%	100,0%
	% en AL	25,3%	20,9%	21,9%
	R. Tip	,7	-,4	
Personales	Obs.	33	72	105
	Esp.	24,2	80,8	105,0
	% T.Prob	31,4%	68,6%	100,0%
	% en AL	39,8%	26,0%	29,2%
	R. Tip	1,8	-1,0	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% T.Prob	23,1%	76,9%	100,0%
	% en AL	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2:14,435$ IC 95%, Valor p: 0,006



Tabla 38.2- Incidencias de autolesión según problemas principales (Mujeres):

Los valores indican los valores medios y totales de las incidencias de autolesión de las internas según sus problemas principales, clasificándolos en: “**Futuro, Familiares, Escolares, Económicos y Personales**”, relacionándolos con su condición de autolesionados (AL) o no (No AL).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% T. Prob**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

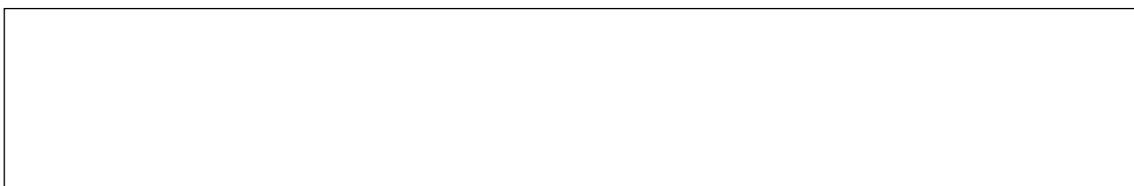
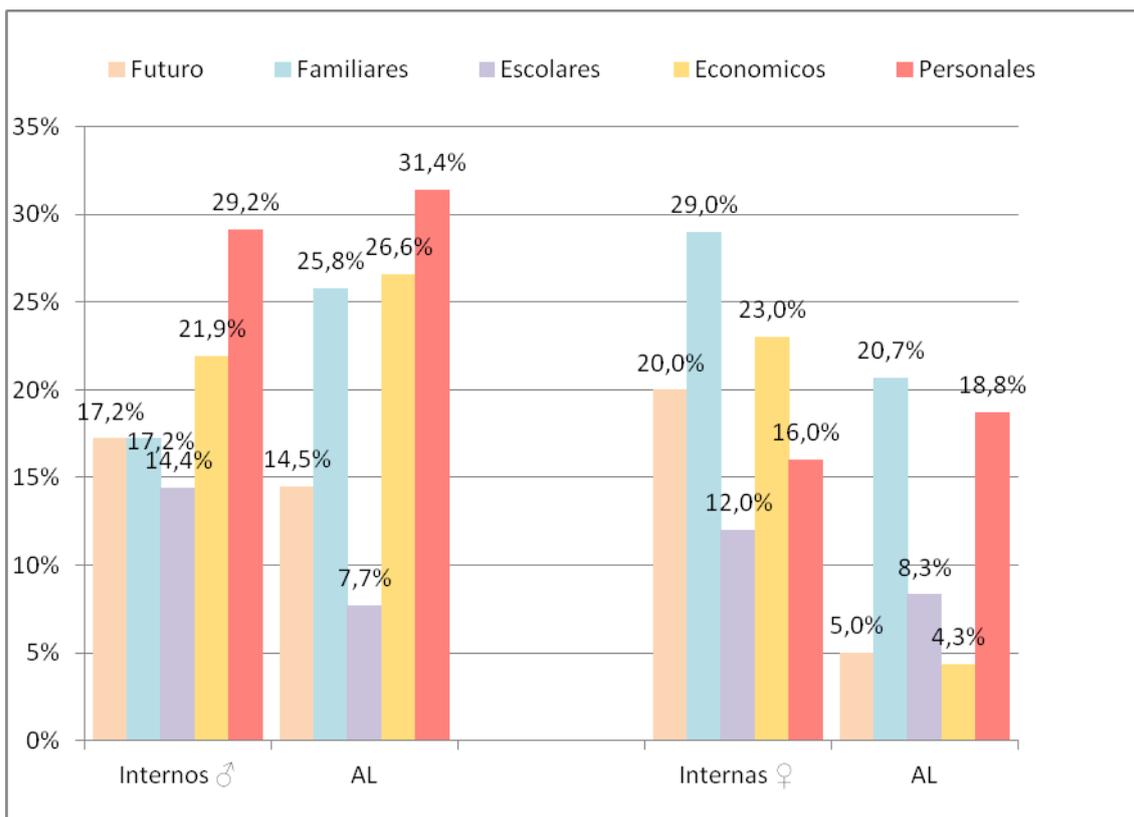
En la parte inferior se expresa los valores chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**)

		AL	No AL	Total
Futuro	Obs.	1	19	20
	Esp.	2,4	17,6	20,0
	% T.Prob	5,0%	95,0%	100,0%
	% en AL	8,3%	21,6%	20,0%
	R. Tip	-0,9	,3	
Familiares	Obs.	6	23	29
	Esp.	3,5	25,5	29,0
	% T.Prob	20,7%	79,3%	100,0%
	% en AL	50,0%	26,1%	29,0%
	R. Tip	1,4	-,5	
Escolares	Obs.	1	11	12
	Esp.	1,4	10,6	12,0
	% T.Prob	8,3%	91,7%	100,0%
	% en AL	8,3%	12,5%	12,0%
	R. Tip	-0,4	0,1	
Económicos	Obs.	1	22	23
	Esp.	2,8	20,2	23,0
	% T.Prob	4,3%	95,7%	100,0%
	% en AL	8,3%	25,0%	23,0%
	R. Tip	-1,1	,4	
Personales	Obs.	3	13	16
	Esp.	1,9	14,1	16,0
	% T.Prob	18,8%	81,3%	100,0%
	% en AL	25,0%	14,8%	16,0%
	R. Tip	0,8	-,3	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% T.Prob	12,0%	88,0%	100,0%
	% en AL	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2:5,120$ IC 95%, Valor p: 0,275



Gráfica 38.- Incidencias de autolesión según problemas principales: Las barras muestran los valores medios de las incidencias de autolesión de los internos e internas según sus problemas principales (**Futuro, Familiares, Escolares, Económicos y Personales**), y su condición de autolesionable (**AL**).



INCIDENCIAS DE AUTOLESIÓN SEGÚN PROBLEMAS PRINCIPALES

En nuestro estudio nos ha llamado la atención la importancia de los vínculos y relaciones familiares, sus conflictos personales (Gráfica 38), problemas, el maltrato, ser ignorado y dejado de lado, no poner límite, el mal soporte social y la existencia de familias desestructuradas, además la poca comunicación de los problemas a otras personas y el cambio de roles en la infancia juega un papel importante como desencadenante de las autolesiones (Tablas 38,1 y 38,2)

Parkar, Dawani y Weiss²¹⁷ señalan la importancia que tienen los problemas familiares como variable desencadenante de conductas nocivas como las autolesiones.

Existen problemas socioeducativos que condicionan la orientación de las relaciones de los internos desde prácticamente su nacimiento y que trazan su camino vital hacia la inadaptación y el conflicto.

²¹⁷ Parkar, Dawani y Weiss, 2006, p. 223-238.

En el mundo de los auto lesivos las palabras, planificación, futuro, valoración de posibles consecuencias etc., están muy disminuidas en la medida en que los problemas del futuro no son capaces de administrarlos coherentemente.

Los internos que se autolesionan no tienen desarrollado el pensamiento consecuencial como habilidad cognitiva, no tienen inteligencia eminentemente práctica, no analizan las consecuencias que pueden derivarse de algunas actuaciones, tienen mermada la capacidad de reflexionar y analizar las consecuencias de cada alternativa, muestran impulsividad, ansiedad, falta de percepción del riesgo y poca habilidad para establecer la relación causa-efecto.

Los auto lesionadores tienen como principal preocupación los problemas de tipo personal, que resultaron tener estrecha relación que ellos son despreciables, con conductas que salen fuera de las normas, anómalas y maladaptativas²¹⁸.

²¹⁸ Favazza, 1996.

Tabla 39.1.- Comunicación afectiva verbal (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos relacionando la comunicación afectiva (**comunicación**) o no, con la condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% com**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

V.18. COMUNICACIÓN AFECTIVA VERBAL

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (χ^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

		AL	No AL	Total
Comunicación	Obs.	25	223	248
	Esp.	57,2	190,8	248
	% com.	10,10%	89,90%	100,00%
	% en AL	30,10%	80,50%	68,90%
	R. Tip	-4,3	2,3	
NO	Obs.	58	54	112
	Esp.	25,8	86,2	112
	% com.	51,80%	48,20%	100,00%
	% en AL	69,90%	19,50%	31,10%
	R. Tip	6,3	-3,5	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83	277	360
	% T.Prob	23,10%	76,90%	100,00%
	% en AL	100,00%	100,00%	100,00%

$\chi^2:75,647$ IC 95%, Valor p: 0,001

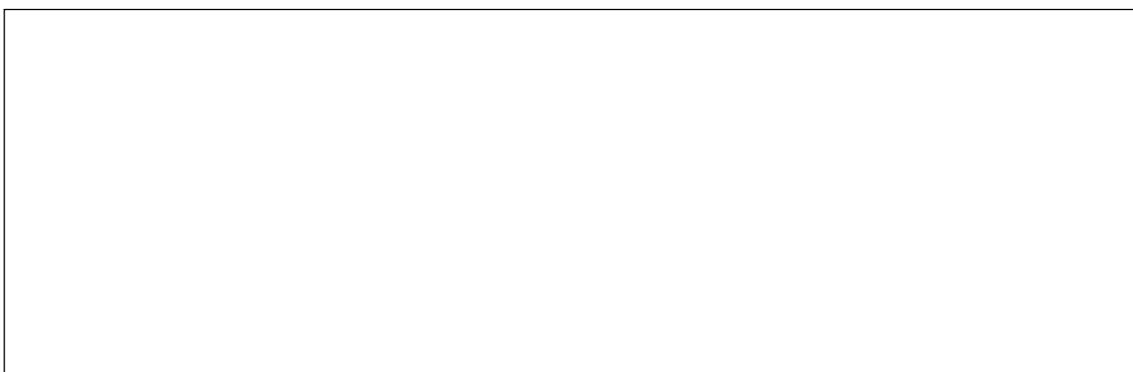


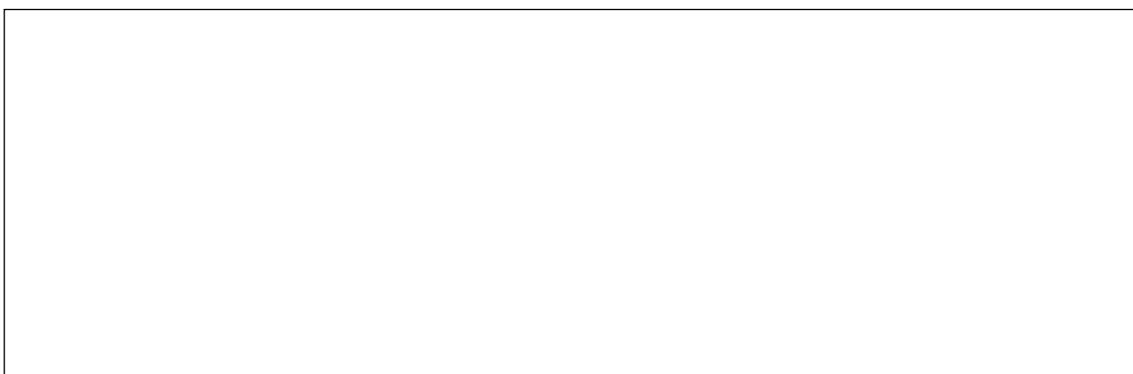
Tabla 39.2.- Comunicación afectiva verbal (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de las internas relacionando la comunicación afectiva (**comunicación**) o no, con la condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% com**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

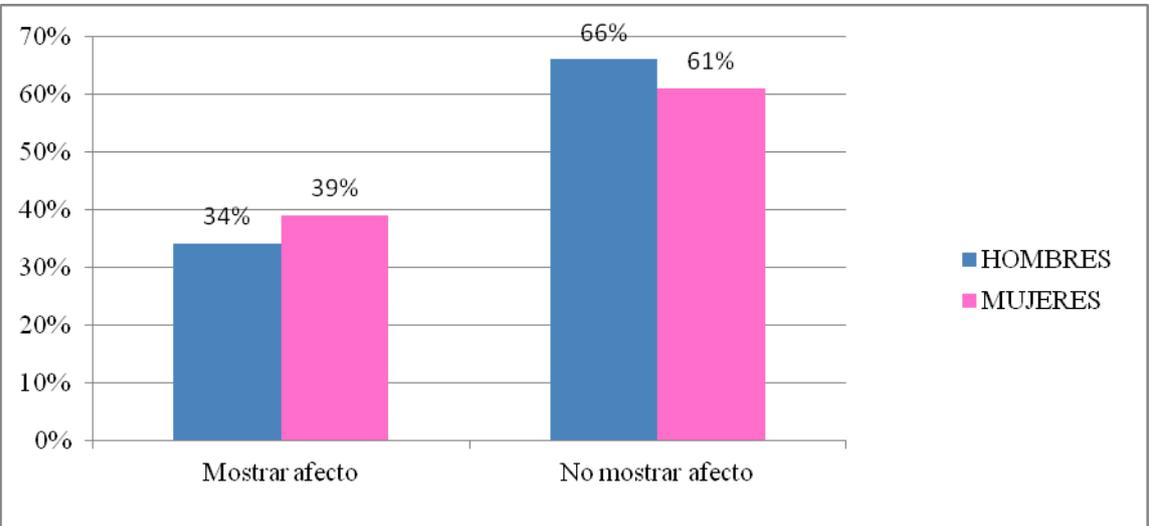
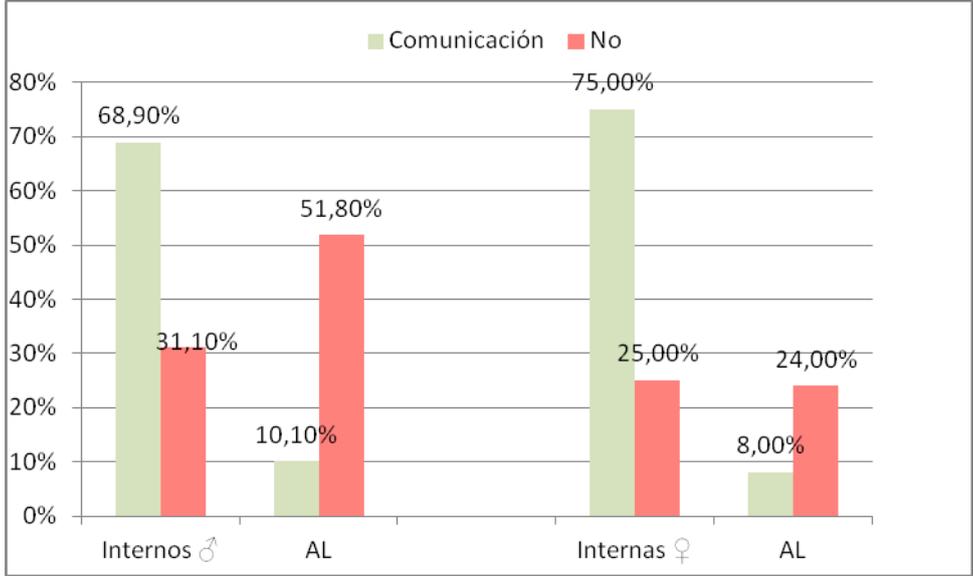
En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**)

		AL	No AL	Total
Comunicación	Obs.	6	69	75
	Esp.	9	66	75
	% com.	8,00%	92,00%	100,00%
	% en AL	50,00%	78,41%	75,00%
	R. Tip	-1	0,3692745	
NO	Obs.	6	19	25
	Esp.	3	22	25
	% com.	24,00%	76,00%	100,00%
	% en AL	50,00%	21,59%	25,00%
	R. Tip	1,7320508	-0,639602	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12	88	100
	% T.Prob	12,00%	88,00%	100,00%
	% en AL	100,00%	100,00%	100,00%

$\chi^2:4,545$ IC 95%, Valor p: 0,068



Gráfica 39.1- Mostración de efectividad verbal de palabras y frases en los medios de comunicación de los internos que registran la manifestación de afecto (Mostrar afecto y No mostrar afecto) o No, y su condición de autolesionable (AL).



COMUNICACIÓN AFECTIVA VERBAL

Nos ha llamado la atención el papel de la disminución y dificultad en la capacidad comunicativa en los autolesionadores hombres, la existencia del factor Alexitimia, y la poca capacidad de confiar problemas y de recibir consejos para adaptar soluciones o propuestas de resolución de conflictos (Tabla 39.1 y Gráfica 39.1).

En nuestro estudio tener buen arraigo familiar, mayor soporte social, y compartir el sufrimiento con otros interno o familiares juega un papel importante en la prevención de las autolesiones aunque no lo evita (Tabla 39.2 y Gráfica 39.2).

La pertenencia a grupos primarios de prisión, la integración o la asignación a puestos de trabajo evita aunque sea parcialmente los efectos de la reclusión y por ende las autolesiones.

Una vez más la discriminación por sexo del dato estadístico arroja resultados sin grandes diferencias, por otro lado si se aprecia que la comunicación afectiva verbal de las mujeres autolesionadoras es más que los hombres auto lesionadores.

De la pregunta de si recuerda de niño que en su familia se mostrara mucho afecto se sacan las siguientes consecuencias.

El niño necesita tener un mínimo de confianza y de seguridad de uno mismo, buena autoestima, sentirse apreciado dentro de un ambiente familiar en el que el afecto y las manifestaciones cariñosas sean la norma, vivir en un ambiente sin afecto, o con escasas manifestaciones de aprecio hace que se malogre el desarrollo de un yo saludable, cuando de pequeño ha aprendido que mostrar lo que siente está mal o es inapropiado y en ocasiones se castiga por ello, tiene como consecuencia que aprenda que algunas emociones no son permitidas, no tiene derecho a expresarlas. Todas estas dificultades relacionales van a jugar un papel muy importante en el desarrollo de conductas inadaptativas.

Si el padre o la madre están emocionalmente ausentes, están mandando un mensaje a los niños de que sentir emociones y manifestarlas tanto positivas y gratificantes como las vividas como negativas da lo mismo.

La escasa atención de los adultos en el control de los impulsos de los niños y las formas en que se expresan las emociones en los hogares determinan una posible marginación social y una conducta inadaptada.

Tabla 40.- Motivos por los que no buscaron ayuda después de la última autolesión: Los valores indican los valores medios y totales de los motivos que tuvieron tanto hombres como mujeres para no buscar ayuda después de la última autolesión. Se han utilizado las siguientes categorías: **Vergüenza**, **No sabía a quién acudir**, **Poca confianza en los demás**, **No le dio importancia**, **No le gusta preocupar a otros**, **Sabía lo que hacía**, **No sabía lo que hacía** y **Otros**.

V.19. MOTIVOS POR LAS QUE NO BUSCARON AYUDA DESPUÉS DE LA ÚLTIMA AUTOLESIÓN

	Hombres	Mujeres
Vergüenza	4,8% 4 internos	0%
No sabía a quién acudir	14,4% 12 internos	16,7% 2 internas
Poca confianza en los demás	19,3% 16 internos	16,7% 2 internas
No le dio importancia	26,5% 22 internos	8,3% 1 internas
No le gusta preocupar a otros	2,4% 2 internos	16,7% 2 internas
Sabía lo que hacía	4,8% 4 internos	8,3% 1 interna
No sabía lo que hacía	15,6% 13 internos	25% 3 internas
Otros	12% 10 internos	8,30% 1 interna



En lo que respecta a la búsqueda de ayuda después de protagonizar una autolesión, un curioso dato nos dice que el porcentaje más alto se refiere a que “no le dio importancia” (Tabla 40).

Esto podría ponerse en relación muy clara con el hecho de que la conducta autolesiva en estos individuos les resulta normal, banal, sin importancia como otra conducta más.

En el medio penitenciario un porcentaje importante refirieron que no buscaron ayuda porque no confiaban en los demás, o no sabían a donde y a quién acudir, circunscribiéndose a este medio exclusivamente, esta conducta si parece coherente con el tipo de relación que pueden establecerse en prisión.

Otro grupo importante manifestó no confiar en los demás, conducta propia penitenciaria, muestra del “Código del Recluso” y medio de autodefensa.

En referencia al desconocimiento de lo que hacían cuando se autolesionaron, un 15,6% afirma no saber por qué lo hace, este desconocimiento creemos que puede obedecer a múltiples causas, una determinante a nuestro juicio, aparte de múltiples trastornos, es el estado de poli toxicomanía que frecuentemente aqueja a estas personas que da lugar frecuentemente a una disminución de la capacidad cognitiva y perceptiva.

Los datos de necesidad de pedir ayuda varían en función de sexo, quizá por la idiosincrasia del sexo femenino que están implicados factores de educación fuertemente arraigados que no quieren hacer preocupar a los demás o simplemente no sabían lo que hacían o no sabían a quien acudir, o simplemente no eran capaces de expresar esta tensión debido a la desconexión que existe entre su mente y su cuerpo lo que se llama disociación.

Tabla 41.- Motivos por los que sí buscaron ayuda después de la última autolesión: Los valores indican los valores medios y totales de los motivos que tuvieron tanto hombres como mujeres para buscar ayuda después de la última autolesión. Se han utilizado las siguientes categorías: **Deseo de apoyo y escucha, Conciencia de la enfermedad, Para que alguien externo lo pare y Para que otros se dieran cuenta (llamar la atención) y Otras razones.**

V.20. MOTIVOS POR LAS QUE SÍ BUSCARON AYUDA DESPUÉS DE LA ÚLTIMA AUTOLESIÓN

	Hombres	Mujeres
Deseo de apoyo y escucha	36,1% 30 internos	50% 6 internas
Conciencia de la enfermedad	15,7% 13 internos	16,7% 2 internas
Para que alguien externo lo pare	19,3% 16 internos	16,7% 2 internas
Para que otros se dieran cuenta (llamar la atención)	18,1% 15 internos	8,3% 1 interna
Otras razones	10,8% 9 internos	8,3% 1 interna



No obstante lo anterior en lo que a la población femenina con conducta autolesiva respecta, el mayor porcentaje de búsqueda de apoyo de las mujeres con respecto a los hombres hablaría a favor de trasunto histeriforme y límite de la personalidad de las mujeres. Así suelen ser más conscientes de su enfermedad y su intención es encontrar a alguien que “las frene” (Tabla 41).

En tanto en cuanto a los hombres el deseo de escucha que es inferior a las mujeres estaría en relación con conductas reivindicativas y el resto son similares en hombres y mujeres aunque no son estadísticamente significativas para arrojar una conclusión.

Tabla 42.- Personas de las que buscó ayuda o consejo después de la última autolesión: Los valores indican los valores medios y totales de las personas en las que buscaron ayuda tanto hombres como mujeres después de la última autolesión. Se han utilizado las siguientes categorías: **Amigos o compañeros, Familiar, Médico especialista/Enfermero, Maestro/Educador y Otros.**

V.21. PERSONAS EN LAS QUE BUSCÓ AYUDA O CONSEJO DESPUÉS DE LA ÚLTIMA AUTOLESIÓN

	Hombres	Mujeres
Amigos/as o compañeros/as	48,2% 40 internos	32% 4 internas
Familiar	20,5% 17 internos	41% 5 internas
Médico especialista/Enfermero	19,2% 16 internos	24% 3 internas
Maestro/Educador	4,8% 4 internos	0%
Otros	7,2% 6 internos	0%



En los centros penitenciarios es más frecuente que los internos buscan el primer consejo o ayuda en el grupo de pandilla, amigos, (grupo de iguales) de su entorno, especialmente cuando está relacionado con el patrón de familia desestructurada y el mal soporte familiar, esto les obligaría a buscar apoyo en el grupo de amigos (Tabla 42).

Volvemos a insistir en los grupos de subcultura o en los modelos que sirven de guía en el aprendizaje diferencial y sobre los que busca el interno un soporte emocional.

A diferencia de ello es curioso observar que la mujer sigue identificándose con el grupo familiar.

En nuestro estudio la mayoría de los autolesionados no suelen comentar su autolesión con otros por la vergüenza y el temor de lo que los otros pueden pensar, decir, criticar, por la censura social vivida por ellos como estigma.

El mal soporte familiar, y el poco contacto con el mundo exterior y con su familia hace de la amistad el núcleo de su atención, y el mayor soporte emocional que le ayuda después de autolesionarse, de sus amigos o compañeros y no sus padres, gente de su edad por el menor grado de censura y la mayor respuesta empática que pueden recibir de aquellos del grupo de iguales²¹⁹.

Como corolario decir que no es de extrañar el que esta patología este mal registrada ya que en pocos casos acuden al profesional de la salud para buscar ayuda, tanto en hombres como en mujeres. Y desde luego es más raro aun que busquen ayuda o consejo en la figura del educador.

Como resultados obtenidos de la pregunta de Inmediatamente después de que se autolesiona como se siente generalmente estos individuos tienen sentimientos de alivio inmediato después del acto, en otras ocasiones además sienten calma, analgesia, alivio de la tensión y sensación de limpieza viendo la sangre fluir (Gráfica 40,1).

Y a la pregunta ¿La cantidad de dolor que se siente cuando se autolesiona? Nos ha llamado la atención que la respuesta en la mayoría era ninguna, ya que es más fácil manejar el dolor físico con autolesionarse que el dolor psíquico o emocional.

Y que este dolor físico si lo aprecian la mayoría referían sentirse adormecidos, vacíos durante el acto y después del momento el dolor se vuelve muy agudo. (Gráfica 40.2), es probable que el interno sienta dolor en lugar de sentir alivio y también que se trate de un episodio único y puntual para beneficiarse de una situación, intentos de manipulación o de llamada de atención; en ese caso el dolor aparece claramente.

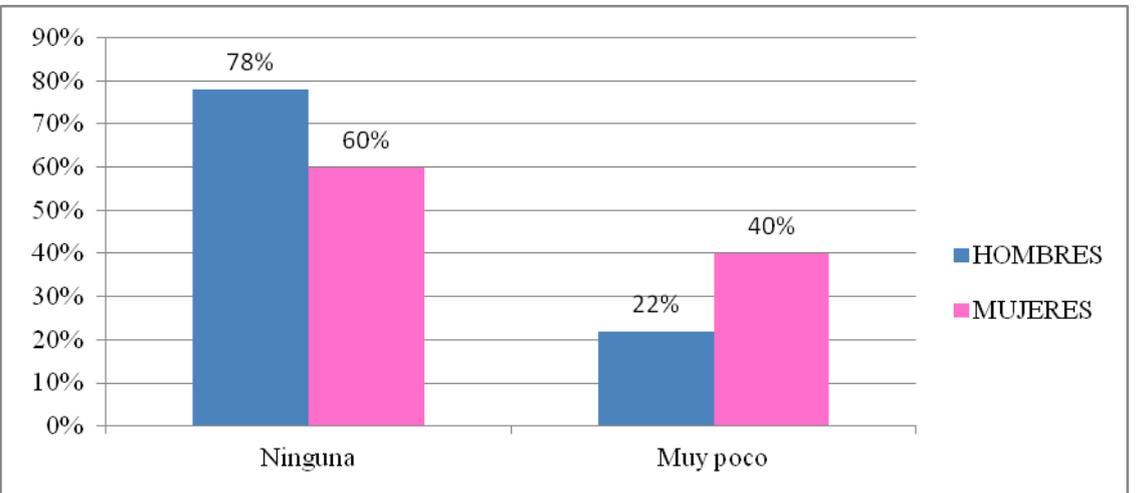
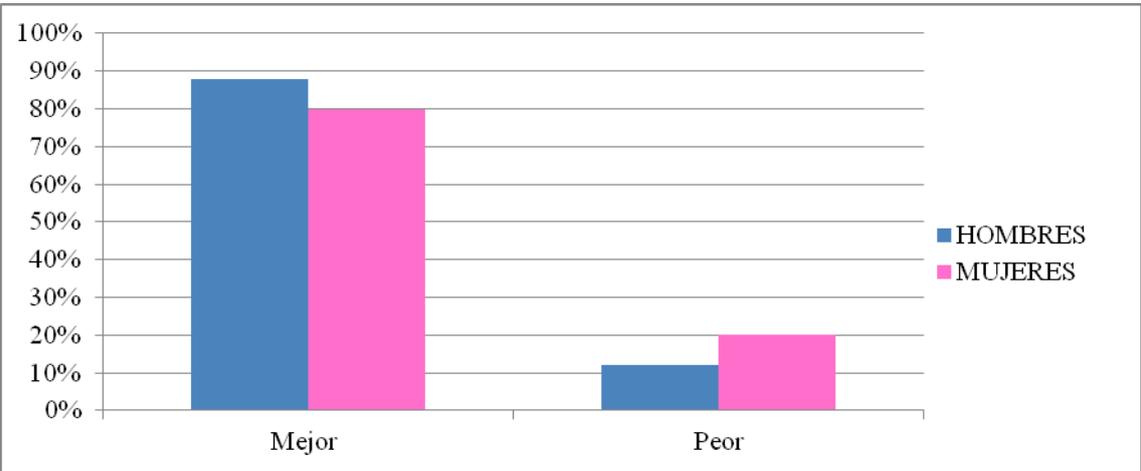
Pero cuando se recurre a la autolesión como estrategia de afrontamiento de un conflicto emocional intenso tendrá que repetirlo y el dolor desaparece claramente.

A pesar de que en estudios realizados por otros autores utilizando como universo un medio abierto se ha constatado que el autolesionador pierde relaciones amistosas con otros hasta incluso con la persona más cercana que interpretaba el rol social de ayuda “el rescatador”, llegando incluso en ocasiones a afectar negativamente a su puesto de trabajo, al contrario en nuestro estudio hemos constatado que no hay pérdida o rechazo de las relaciones con otros, y no existe pérdida clara de su puesto de trabajo (Gráfica 40,3).

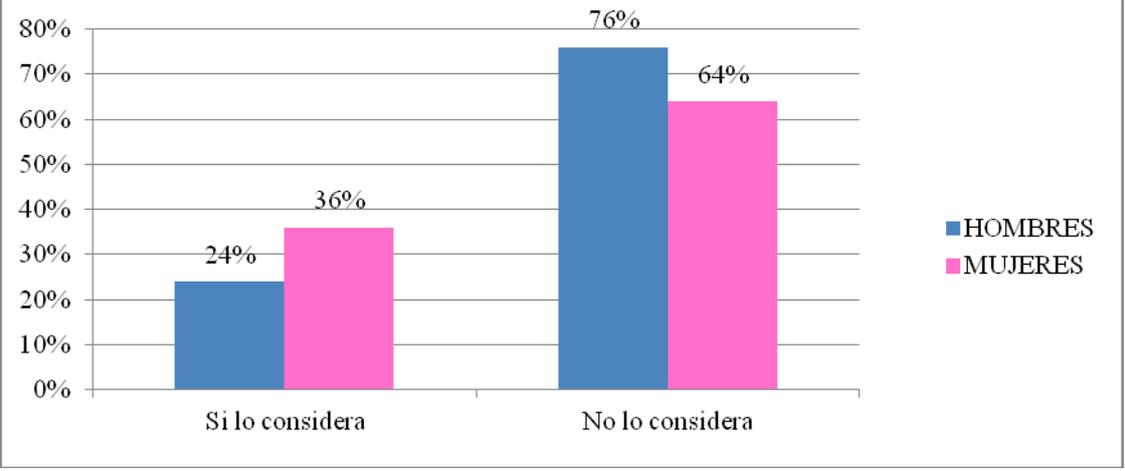
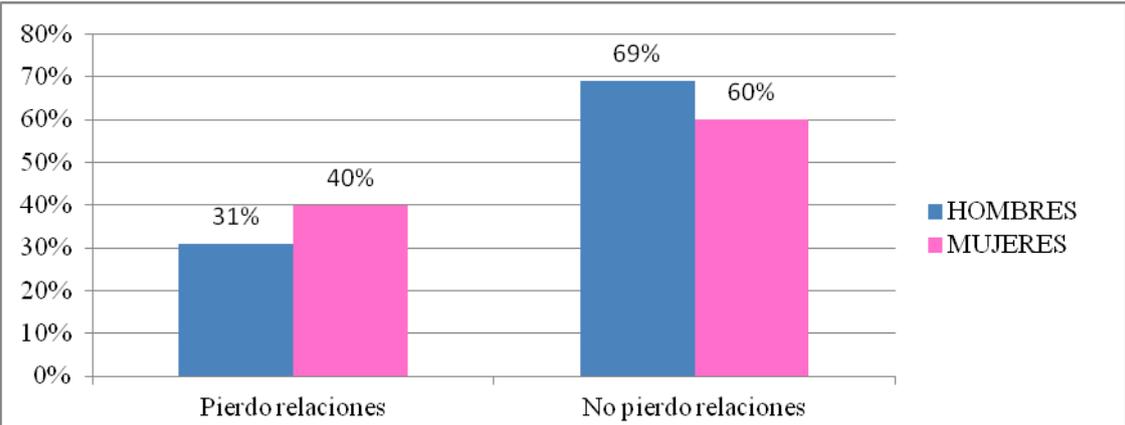
En nuestro estudio, la conducta autolesiva no es percibida como una adicción, muy pocos la consideran así, esto nos hace confundir los resultados obtenidos con personas con esta conducta autolesiva que se encuentran en libertad (Gráfica 40,4).

²¹⁹ Castillo, 2009.

Gráfica 4012- Sentimientos después de la autopsia Las barras muestran los datos de los miembros de la familia según (Mejor o peor) de la experiencia tanto a los hombres, como a las mujeres. Ninguna. Muy poco.



Gráfica 40.3- Paradoja de relaciones adicionales: hecho de autolesionarse por las muchas de estas relaciones y estar de acuerdo con la asociación de considerarlo la pérdida de relaciones adicionales.



V.22. LA PRISIONIZACIÓN

Cuanto esfuerzo le cuesta aguantar	Media de hombres por ítem de la EECP al ingreso	Media de hombres por ítem de la EECP a los 9 meses	Media de hombres por ítem de la EECP a los 18 meses.
La escasez de espacio	2.61	2.40	2.60
La falta de libertad	2.63	2.30	2.40
La presencia de otras personas a su alrededor.	1.39	1.46	1.29
La distancia de su familia	2.39	2.56	2.10
La dificultad para hacer lo que se quiere.	1.96	1.66	1.70
El paso del tiempo sin tener nada que hacer.	1.77	1.44	1.60
La pérdida de intimidad	2.00	1.76	1.56
El no poder satisfacer sus necesidades sexuales.	2.46	2.10	2.26
El vivir bajo las normas y las reglas del centro.	1.88	1.60	1.96
El no poder disfrutar las cosas que le gustan como comidas, actividades, etc.	2.10	1.80	1.64
La pérdida de relación con sus amigos.	1.92	1.46	1.34

Tabla 43.- Escala de estresores cotidianos (EECP) (Hombres): Los valores indican los valores medios del esfuerzo que les cuesta aguantar a los hombres, según la escala de estresores cotidianos en tres momentos diferentes: **al ingreso, a los 9 meses y a los 18 meses.**

Los ítems utilizados han sido: **La escasez de espacio, la falta de libertad, la presencia de otras personas a su alrededor, la distancia de su familia, la dificultad para hacer lo que se quiere, el paso del tiempo sin tener nada que hacer, la pérdida de intimidad, el no poder satisfacer sus necesidades sexuales, el vivir bajo las normas y las reglas del centro, el no poder disfrutar las cosas que le gustan como comidas, actividades, etc., y la pérdida de relación con sus amigos.**

LA PRISIONIZACIÓN

La consideración de la prisionización según Clemmer²²⁰ es como un proceso de incorporación y paulatina adaptación a un nuevo hábitat alternativo, Goffmann²²¹ lo llamo “enculturación”. Es un proceso parecido a la asimilación, de la misma forma que un inmigrante empieza a vivir en un nuevo sitio y adopte los patrones culturales, costumbres, normas y valores, algo parecido pasa cuando un preso entra en prisión, se separa de su entorno, de su familia, amigos, pierde el trabajo se le priva de sus actividades diarias y habituales y tiene que someterse a las nuevas normas, nuevas habilidades, nuevos roles, patrones de comportamiento, nuevo estilo de vida carcelario, y un intento de adaptarse al nuevo sistema con todo reglamentado, el sueño, la comida, las visitas, los horarios, la economía sumergida y lo llamado el “código del recluso”.

Dicho código sigue unas normas no escritas y ajenas al centro que regulan las relaciones entre los presos, que por si son normas más rígidas y inflexible que las regimentales, exige su aplicación y no llevarla a cabo puede suponer el desprecio de parte de los demás presos y peligro para la propia vida del preso, exige la ley del silencio, el no chivatazo de los compañeros.

Todo esto genera una dependencia absoluta de la institución, Goffman lo llama “mutilación del yo”, una devaluación de la propia imagen, un aumento de autoritarismos y un mayor nivel de ansiedad y de indefensión aprendida.

Existen diferentes opiniones respecto al proceso de prisionización en cuanto a la relación en aceptar y adaptarse al modo y estilo de vida en la cárcel. Así nos encontramos con la opinión de un grupo de expertos, los cuales establecen que este proceso tiene forma de "U", es decir que al principio y al final de la estancia del interno en prisión, aumenta la dificultad para asimilar los valores carcelarios o adaptarse a la vida en prisión, con lo cual aparecen más casos con autolesiones y más faltas

²²⁰ Clemmer, 1940.

²²¹ Goffman, 1994.

disciplinarias, mientras que durante el periodo central se detecta una mejor adaptación a las normas y reglas penitenciarias.

En otros estudios, se expone que el proceso de prisionización aumenta de manera lineal, a lo largo de su estancia en la institución privado de libertad.

En el estudio que presento, he observado que la adaptación a la vida carcelaria tiene forma de “L” invertida, es decir, el proceso de prisionización y adaptación a la vida en el centro penitenciario presenta mayor dificultad al principio y a medida que pasa el tiempo presenta una mejor y constante adaptación a este hábitat.

Nuestro estudio presenta las características de una explicación estructural-funcionalista, que señala una socialización primaria en los primeros años o etapa de la vida penitenciaria más dificultosa y una socialización secundaria más orientada al cumplimiento de las exigencias del sistema social donde la persona está inserta.

En cuanto al proceso de ajuste al ambiente carcelario, es difícil determinar la parte de asimilación debido a los factores personales y la parte de asimilación debida a los factores ambientales. Dentro de este proceso de prisionización aparecen serias dificultades en la posterior resocialización.

Existen una serie de circunstancias constatadas que evita el efecto de prisionización, según Bergalli²²²: tales como tener relaciones familiares positivas externas, una personalidad estable basada en una socialización positiva. Aceptar la participación en actividades organizadas por la institución, (cursos, talleres, charlas informativas, estudios académicos reglados y trabajos en distintos destinos dentro de la prisión tanto remunerada como no remunerada), la no aceptación de ciertas concepciones y normas de los internos, marcar distancia respecto a la subcultura carcelaria y a la abstinencia de prácticas propias del ambiente privativo en libertad.

Lo mismo ocurriría con la entrada de una persona en prisión respecto a las prácticas de autolesión, es decir aumenta la exposición a factores estresantes, unidos a un mayor aislamiento ya que disminuye los lazos sociales y aparece un cambio radical de hábitat.²²³

Se llevó a cabo la escala de estresores cotidianos en prisiones, se hizo al ingreso a la población de la muestra de 360 interno, al ser nuestro centro de tránsito, penados y preventivos, esta circunstancia da lugar que al volver a pasar la muestra a los nueve meses se encontró con una población de 108 internos que equivale al 30% de la inicial, se volvió a aplicar la escala pasados 18 meses a todos los internos que se encontraban presentes al iniciar el estudio, y se encontró que quedaba el 11%, que representa a 40 internos ya próximos a su salida en libertad o bien que se encontraban ya en tercer grado (Tabla 43).

²²² Bergalli y Beiras, 2003.

²²³ Faust, 2005.

Después de recoger los datos de la escala de estresores cotidianos se aprecia claramente que los primeros meses de la estancia en prisión corresponde a los índices más altos de inadaptación al medio y por ende mayor factores de riesgo de cometer faltas disciplinarias y conductas inadaptativas..

Los estresores con más peso fueron la falta de libertad y la escasez de espacio, éste último provoca el estado subjetivo y psicológico de hacinamiento con antecedentes y consecuentes de diversa naturaleza que generan una connotación valorativa negativa para el interno.

En estudios de otros autores, indicaron una típica gráfica de U en relación a la escala de estresores, con aumento al ingreso de los estresores cotidianos para después bajar en la parte media de la estancia en prisión y mantenerse durante su vida privada en libertad y aumentar en el último tramo de la condena.

Mientras en nuestro estudio observamos el mismo aumento de los estresores al inicio de la estancia en prisión disminuyendo en la parte media de la condena, pero a diferencia de otros estudios, no se aprecia al final de la condena un aumento de los estresores, y la gráfica describía más bien L invertida,

Tabla 44.1.- Análisis de frecuencia de autolesiones según niveles de Alexitimia (Hombres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos relacionando la frecuencia de autolesiones según niveles de Alexitimia (**Bajo, moderado o alto**), con su condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

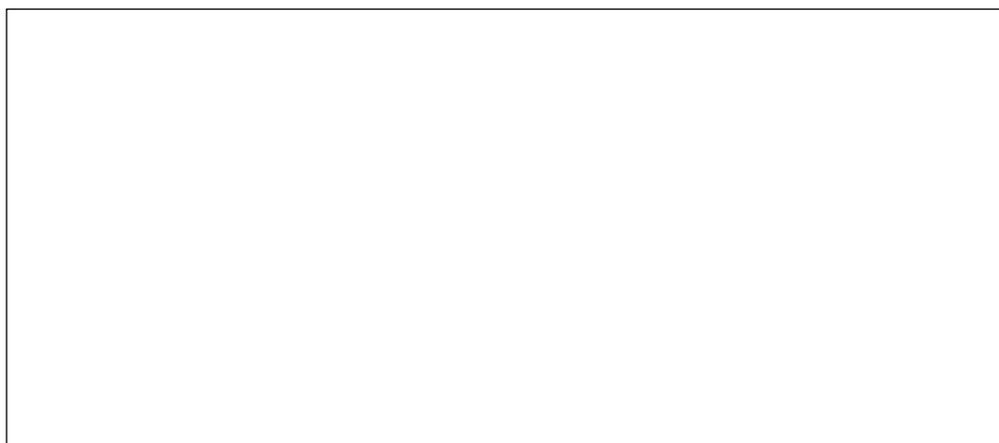
V.23. ALEXITIMIA

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Alexit.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (**X²**), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

		AL	No AL	Total
Bajo	Obs.	10	108	118
	Esp.	27,2	90,8	118,0
	% Alexit.	8,5%	91,5%	100,0%
	% AL	12,0%	39,0%	32,8%
	R. Tip	-3,3	1,8	
Moderado	Obs.	28	84	112
	Esp.	25,8	86,2	112,0
	% Alexit.	25,0%	75,0%	100,0%
	% AL	33,7%	30,3%	31,1%
	R. Tip	0,4	-0,2	
alto	Obs.	45	85	130
	Esp.	30,0	100,0	130,0
	% Alexit.	34,6%	65,4%	100,0%
	% AL	54,2%	30,7%	36,1%
	R. Tip	2,7	-1,5	
Total	Obs.	83	277	360
	Esp.	83,0	277,0	360,0
	% Alexit.	23,1%	76,9%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2:24,173$ IC 95%, Valor p: 0,001



Gráfica 41.1- Análisis de frecuencia de autolesiones según niveles de Alexitimia (Hombres): Las barras muestran los valores medios de los internos (**Hombres internos**) atendiendo a la frecuencia de autolesiones según los niveles de Alexitimia (**Bajo, Moderado y Alto**), distinguiendo entre autolesionables (**AL**) y recuento general.

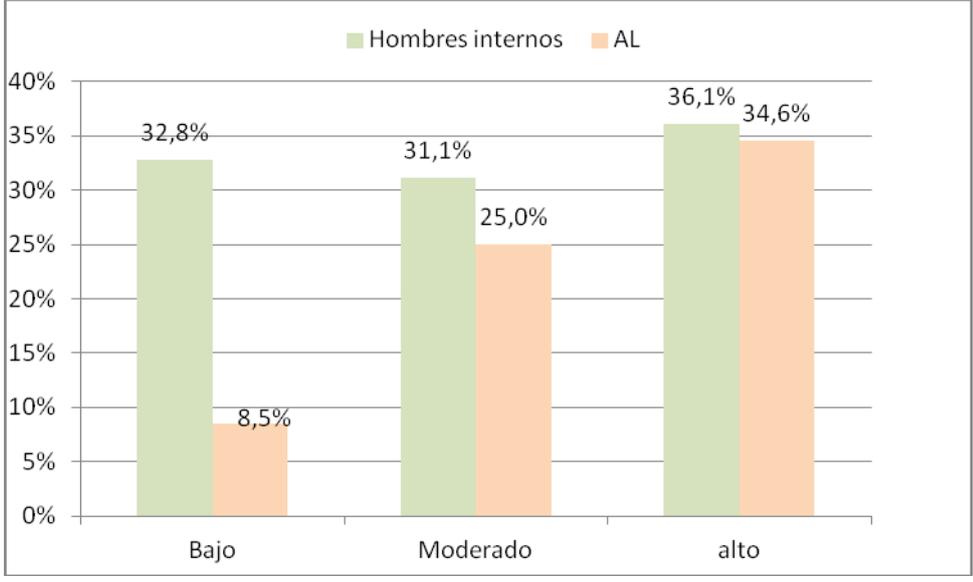


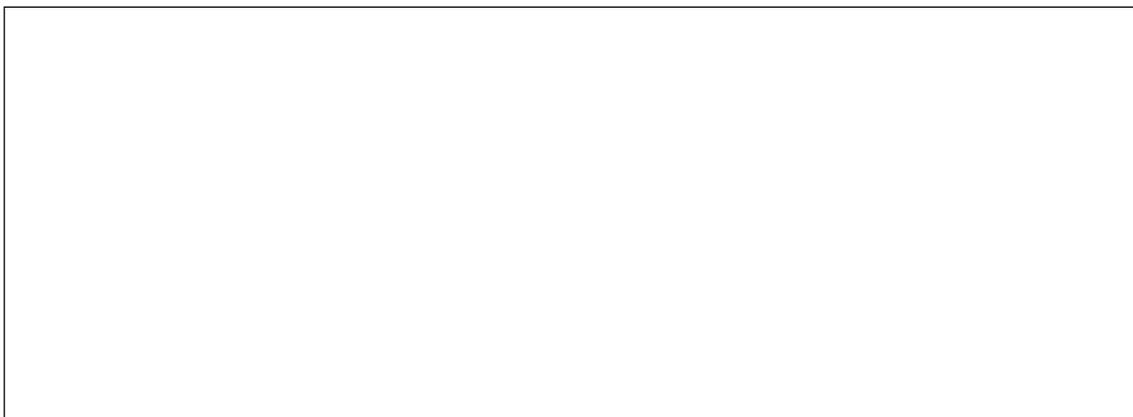
Tabla 44.2.- Análisis de frecuencia de autolesiones según niveles de Alexitimia (Mujeres): Los valores indican los valores medios y totales de los internos relacionando la frecuencia de autolesiones según niveles de Alexitimia (**Bajo, moderado o alto**), con su condición de autolesionados (**AL**) o no (**No AL**).

Analizando en cada uno de los casos observados (**Obs.**), los casos esperados (**Esp.**), el % respecto del total de casos (**% AL**), % dentro de su grupo (**% Alexit.**) y el residuo tipificado (**R. Tip**).

En la parte inferior se expresa el valor chi cuadrado (χ^2), el índice de confianza (**IC**) y el nivel de significación (**valor P**).

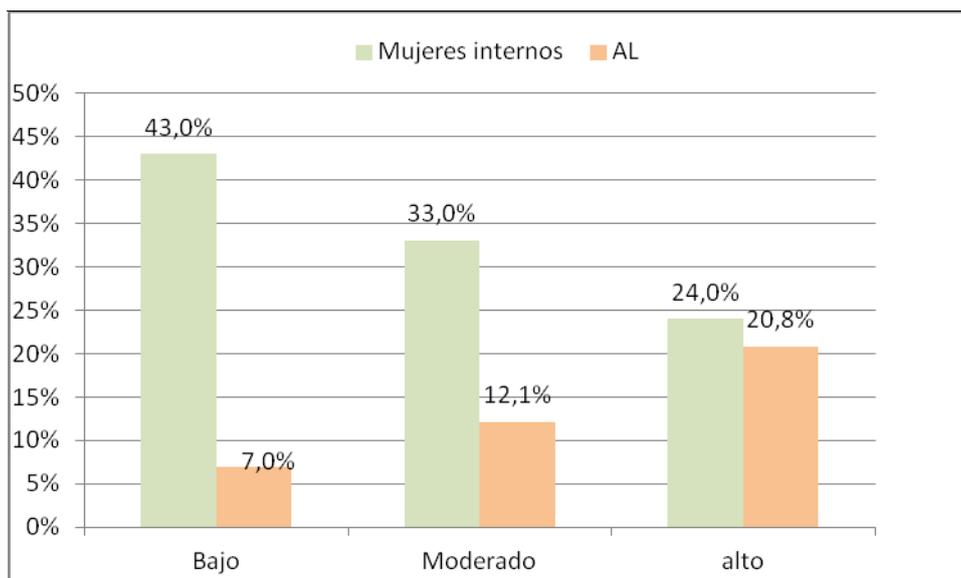
		AL	No AL	Total
Bajo	Obs.			43
	Esp.	5,2	37,8	43,0
	% Alexit.	7,0%	93,0%	100,0%
	% AL	25,0%	45,5%	43,0%
	R. Tip	-1,0	0,4	
Moderado	Obs.	4	29	33
	Esp.	4,0	29,0	33,0
	% Alexit.	12,1%	87,9%	100,0%
	% AL	33,3%	33,0%	33,0%
	R. Tip	0,0	0,0	
Alto	Obs.	5	19	24
	Esp.	2,9	21,1	24,0
	% Alexit.	20,8%	79,2%	100,0%
	% AL	41,7%	21,6%	24,0%
	R. Tip	1,2	-0,5	
Total	Obs.	12	88	100
	Esp.	12,0	88,0	100,0
	% Alexit.	12,0%	88,0%	100,0%
	% AL	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 :2,801 IC 95%, Valor p: 0,246



Gráfica 41.2- Análisis de frecuencia de autolesiones según niveles de Alexitimia

(Mujeres): Las barras muestran los valores medios de las internas atendiendo a la frecuencia de autolesiones según los niveles de Alexitimia (Bajo, Moderado y Alto), distinguiendo entre autolesionables (AL) y no autolesionables (Mujeres internos).



ALEXITIMIA

La Alexitimia se refiere a un estilo cognitivo caracterizado por la dificultad para verbalizar estados afectivos y diferenciarlos de sensaciones corporales, falta de capacidad introspectiva, tendencia al conformismo social y a las conductas de acción frente a situaciones conflictivas. Se trata más bien de un tipo de sintomatología que puede aparecer en personas con una amplia variedad de diagnósticos clínicos.

La Escala de Alexitimia de Toronto 20 ítems (TAS-20) se utiliza para medir los niveles de Alexitimia a través de un cuestionario y así poder ver si los resultados están relacionados con las autolesiones.

Los autolesionadores suelen tener dificultad en la expresión, verbalización como en la simbolización de las experiencias emocionales,²²⁴ es la inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos, tienden a la acción como respuesta ante estímulos y conflictos emocionales negativos²²⁵.

En hombres lógicamente el nivel de Alexitimia alto corresponde a un porcentaje mayor de autolesiones en concordancia con el propio concepto de Alexitimia, muy pobre

²²⁴ Gratz, 2007; Lambert y De Man, 2007; McLane, 1996

²²⁵ Sivak y Wiater, 1998.

verbalización de sentimientos emociones y definitiva escasa capacidad comunicativa que les lleva a expresarse la escasa comunicación con autolesiones (Tabla 44).

Así tenemos tres niveles de Alexitimia, altos, moderados y bajos, con ellos se ha comparado la incidencia de autolesiones según cada nivel y hemos obtenido resultados de los casos de autolesiones que se presentaban en cada uno de los grupos (Gráfica 41.1).

Se aprecia que los niveles de Alexitimia que presentan los hombres son más altos que los que presentan las mujeres, posiblemente debido a que los hombres no expresan abiertamente sus emociones negativas ya que culturalmente la expresión de los sentimientos es un signo de debilidad o de poca hombría (Gráfica 41,2).

En este estudio apreciamos que existen marcadas diferencias en la incidencia de autolesiones según los tres grupos considerados. El grupo de internos de mayor nivel de Alexitimia representan la mayor incidencia de autolesionados, mientras que el grupo con los niveles más bajos de Alexitimia presentaba una menor incidencia de autolesiones, en nuestra investigación podemos afirmar que la Alexitimia es un factor influyente y tiene relación directa con las conductas autolesivas.

Podemos afirmar también que existe una relación entre Alexitimia y autolesión pero esto no quiere decir necesariamente que todas aquellas personas que se autolesionan presentan niveles elevados de Alexitimia o lo que es lo mismo que la Alexitimia no es una condición determinante para que una persona se autolesiona. Concluimos que la Alexitimia es un factor asociado a la conducta auto lesiva.

Es necesario indicar que las personas con elevados niveles de Alexitimia presentan un déficit en el procesamiento de afecto o de las emociones, por lo que tienen serias dificultades para expresar verbalmente sus estados emocionales o sentimiento.

Sivak y Wiater²²⁶ referían que los alexitímicos tienen emociones, pero no pueden expresar sus sentimientos.

Las dificultades para expresar los sentimientos puede ser debido a la carencia de las habilidades necesarias o que existen elementos que la inhiben.

El Entrenamiento de habilidades sociales puede mejorar la capacidad de interactuar con los demás, respondiendo flexiblemente a las circunstancias, es una de las estrategias de intervención más utilizadas por el gran número de personas con dicho déficit.

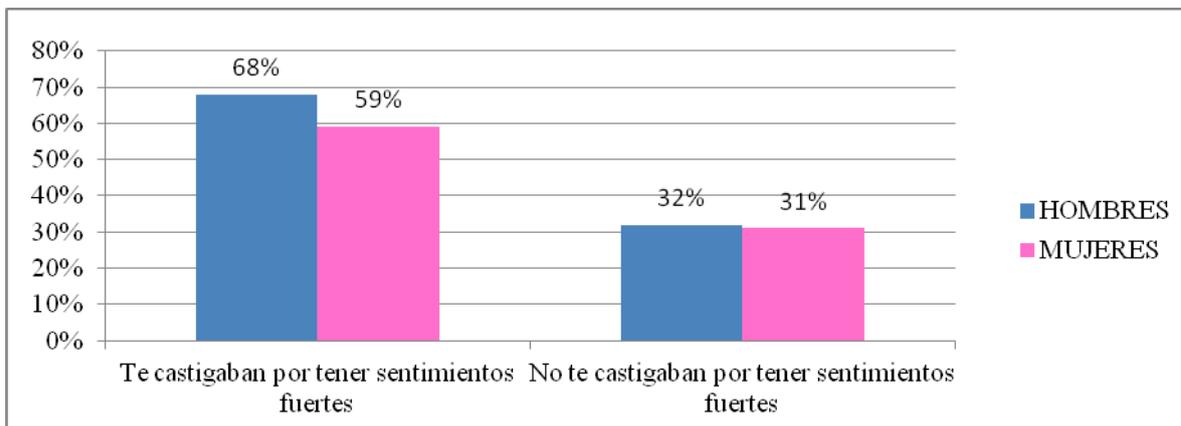
Para llevar a cabo lo anterior la Administración Penitenciaria debe evaluar el problema y utilizar las técnicas de evaluación necesarias; utilizando un gran elenco de ellas en la actualidad como programas para reemplazar la agresión, tratamiento de

²²⁶ Sivak y Wiater, 1998

Gráfica 42.- Sentimientos- castigo: Las barras muestran los valores medios relacionando como motivo de castigo los sentimientos, tanto en **Hombres** como **Mujeres**, clasificándolos en dos categorías: “**Te castigaban por tener sentimientos fuertes**” y “**No te castigaban por tener sentimientos fuertes**”.

agresores sexuales, drogodependientes, enfermos mentales o Pensamiento Prosocial para jóvenes entre otros.

Sentimientos- castigo.



En relación a los sentimientos- castigo, nos ha llamado la atención a la pregunta de si Recuerda cuando le castigaban por tener sentimientos fuertes, cuando se enojabas o estabas molesto y llorabas acerca de algo.

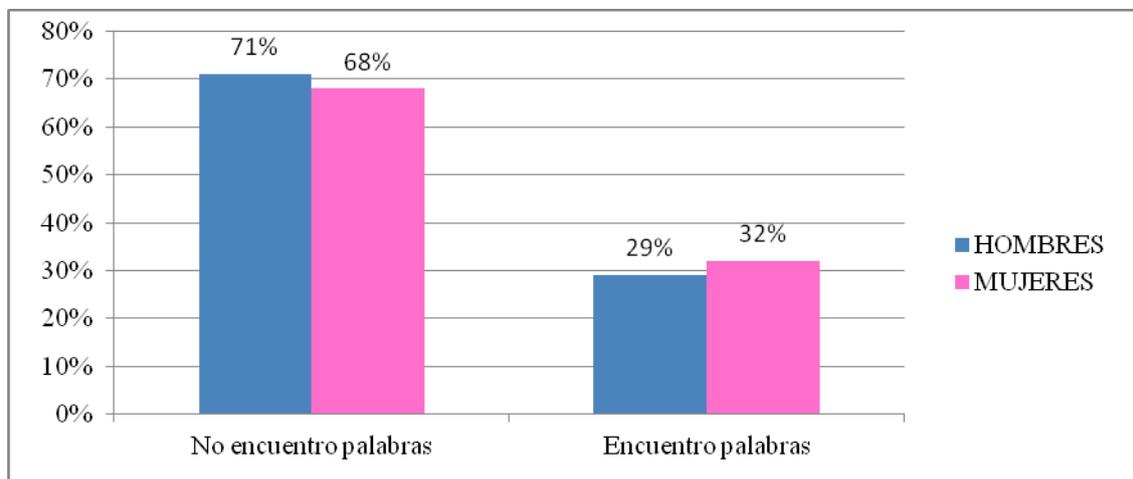
Cuando hay una atmosfera de severa ansiedad, falta de afecto, inhabilidad y negligencia de los padres para responder de forma apropiada a las necesidades emocionales de los hijos y el mal manejo de estos estados emociones desmesuradas y en consecuencia poder crecer y madurar de un modo equilibrado en una familia que se convierte así en un caldo de cultivo para el desarrollo de la conducta autolesionadora. (Gráfica 42).

Gráfica 43.- Expresión con palabras: Las barras muestran los valores medios, tanto en **Hombres** como **Mujeres**, sobre la expresión con palabras de los internos. Creando dos categorías: “**No encuentro palabras**” y “**Encuentro palabras**”.

Expresión con palabras.

A la pregunta ¿existe una presión constante con lo que no puede soportar, que le incapacita Cuando no encuentra palabras para expresar como se siente? (**Gráfica 43**)

La respuesta fue:



Existen determinadas ocasiones en las cuales las personas no son capaces de expresar con palabras las emociones ya que no han aprendido a identificarlas, a tolerarlas y a manejarlas correctamente resultándoles muy difícil expresar la intensidad de su sufrimiento.

Estas situaciones suelen aparecer y desarrollarse durante la niñez, en tanto que de pequeño se han invalidado casi siempre la expresión de las emociones o de las reacciones emocionales con libertad y se aprenden a callar y a guardar para sí mismo todo tipo de sentimientos.

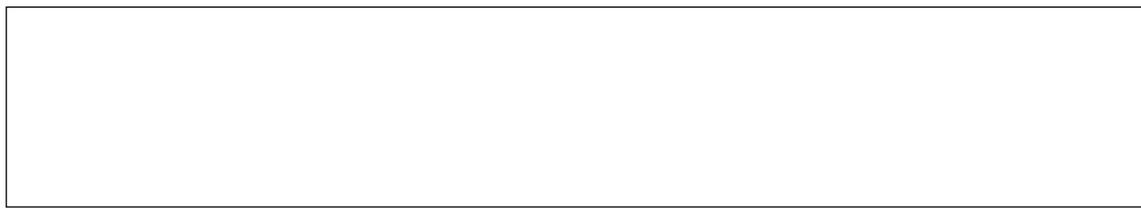
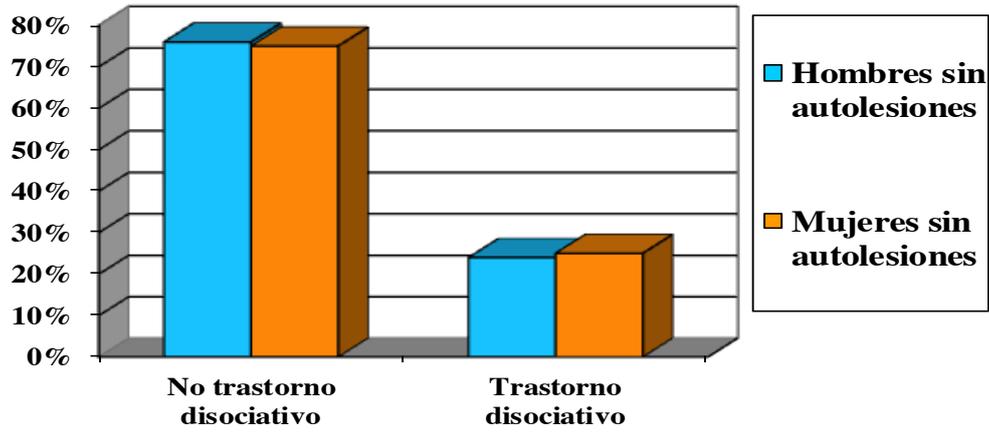
He observado que las autolesiones se manifiestan cuando las personas presentan un estado de ánimo depresivo, ya que en la autolesión puede encontrar una vía de escape y de regulación afectiva para reducir los efectos negativos que le produce los sentimientos de rabia, tristeza, frustración ansiedad y estrés, esto coincide con Klonsky²²⁷.

²²⁷ Klonsky, 2005.

Gráfica 44.- Síntomas disociativos asociados sin falta de Autolesión: Las barras muestran los valores medios relacionando la falta de autolesiones y la existencia o no de trastornos disociativos (“No trastorno disociativo” y “trastorno disociativo”), en ambos sexos.

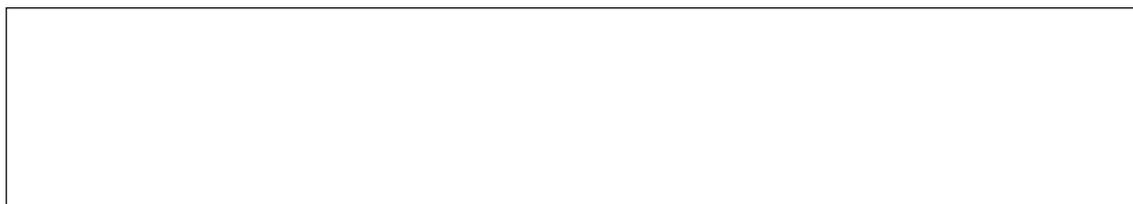
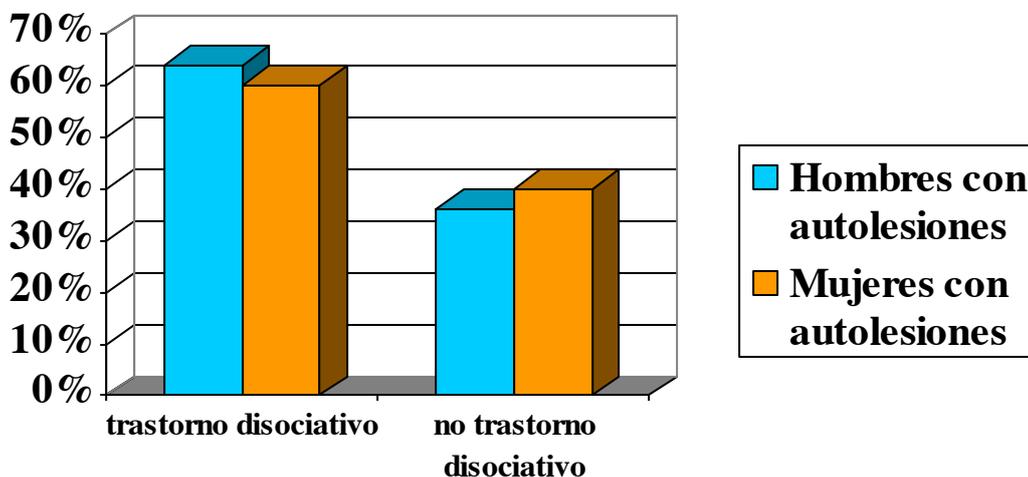
V.24. SÍNTOMAS DISOCIATIVAS ASOCIADOS CON AUTOLESIÓN

EXPERIENCIA DISOCIATIVA



Gráfica 45.- Síntomas disociativos asociados con falta de Autolesión: Las barras muestran los valores medios relacionando la autolesiones y la existencia o no de trastornos disociativos (“No trastorno disociativo” y “trastorno disociativo”), en ambos sexos.

EXPERIENCIA DISOCIATIVA



Síntomas disociativos asociados con Autolesión en hombres.

La disociación es definida por el DSM-IV como ‘una ruptura en las funciones habitualmente integradas de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción del entorno’ Esta alteración puede ser repentina, gradual, transitoria o crónica (Asociación Psiquiátrica Americana).

Nuestro estudio, arroja los resultados siguientes, en las mujeres que se autolesionan, el 60% de ellas presentaban síntomas disociativos frente al 40% que no presentaban estos síntomas, en la población masculina, el 64% presentan trastornos disociativos y el 36% carece de ellos.

Como vemos en las Gráficas 44 y 45 las autolesiones aumentan tanto en hombres como en mujeres cuando éstos manifiestan trastornos disociativos.

Los trastornos disociativos se clasifican de acuerdo al DSM IV en: amnesia disociativa, trastorno de identidad disociativo, trastorno de despersonalización y en

Gráfica 46.- Autolesión y control: Las barras muestran los valores medios, tanto en **Hombres** como en **Mujeres**, de la relación entre autolesión y control, distinguiendo entre los internos que afirma tener el control (**Tengo el control**) y los que no (**No tengo el control**).

trastorno disociativo no especificado, síntomas disociativos son aquellos característicos de estos trastornos, sin conformar necesariamente el cuadro completo, ejemplo de estos síntomas son la desrealización y la despersonalización.

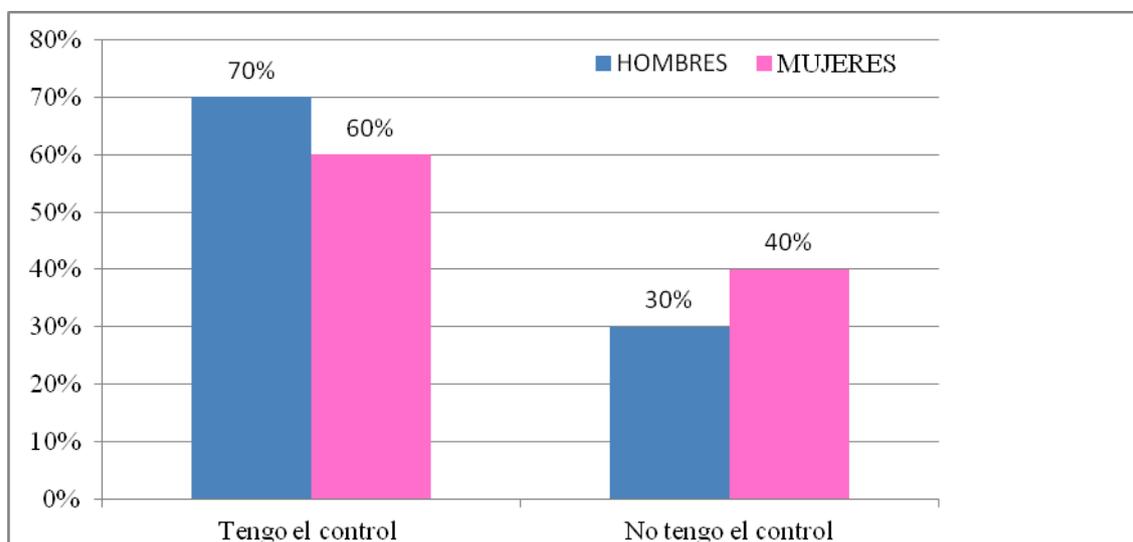
Los fenómenos disociativos abarcan una amplia gama de experiencias y comportamientos, desde ensueños diurnos y lapsus atencionales, hasta manifestaciones más patológicas de la disociación, como la despersonalización y la amnesia total sobre determinados eventos²²⁸.

La disociación como característica importante de los trastornos disociativos y también es un fenómeno frecuente en otros grupos diagnósticos, como la esquizofrenia, trastorno de estrés postraumático y trastorno de personalidad límite²²⁹. (Gráfica 44 y 45)

Autolesión y el control

¿A la pregunta si la autolesión le ayudaba a sentir que tenga el control? La respuesta era: (Gráfica 46).

El niño suele tener el concepto de la propiedad, todo es suyo incluso su cuerpo, cuando sufre abuso se le priva de esto y entonces siente que el cuerpo deja de ser suyo, que en consecuencia con esta percepción distorsionada deja de tener el control sobre él.

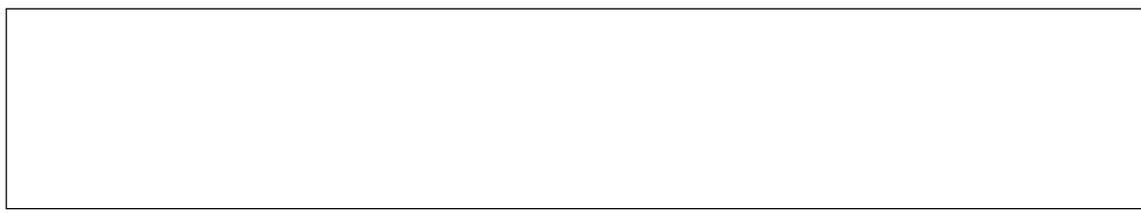
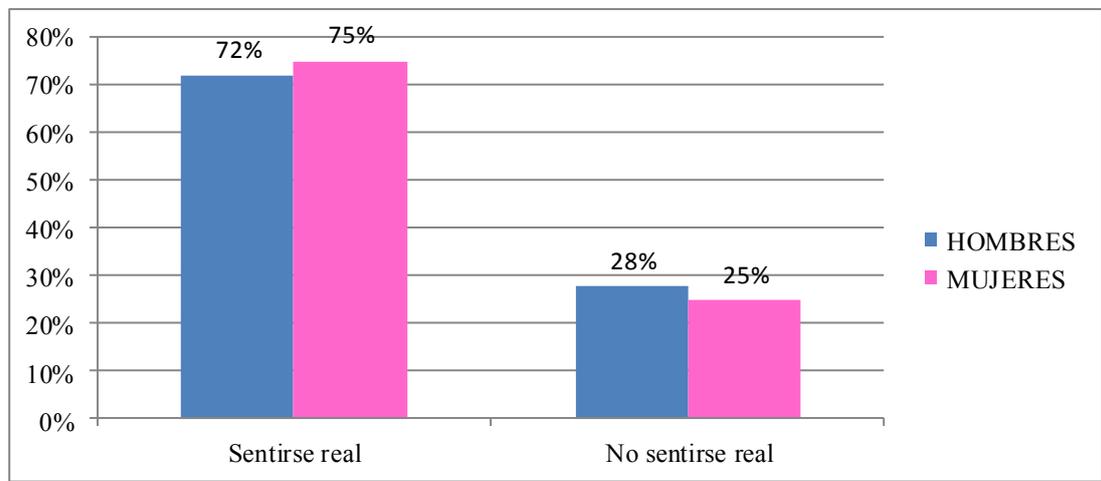


²²⁸ Holmes et al., 2005, p. 1-23.

²²⁹ Giesbrecht, Lynn, Lilienfeld & Merckelbach, 2008, p. 617.

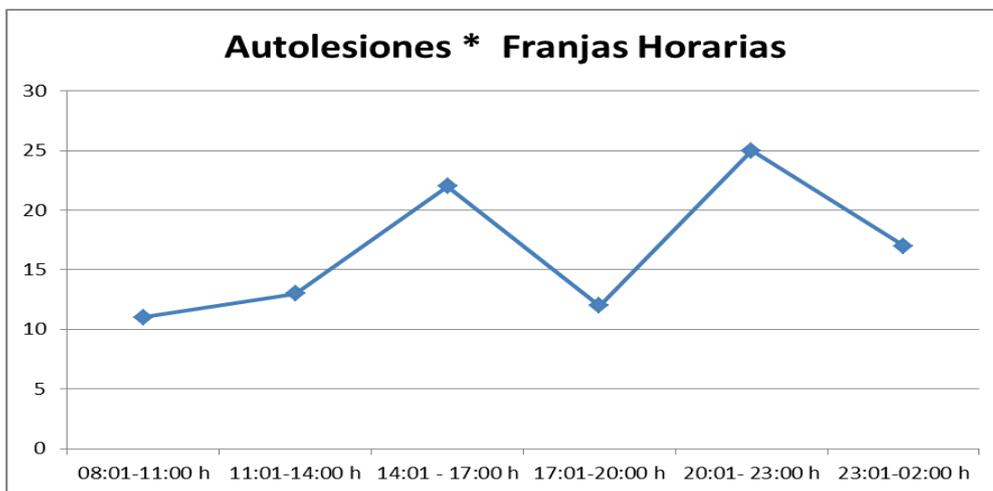
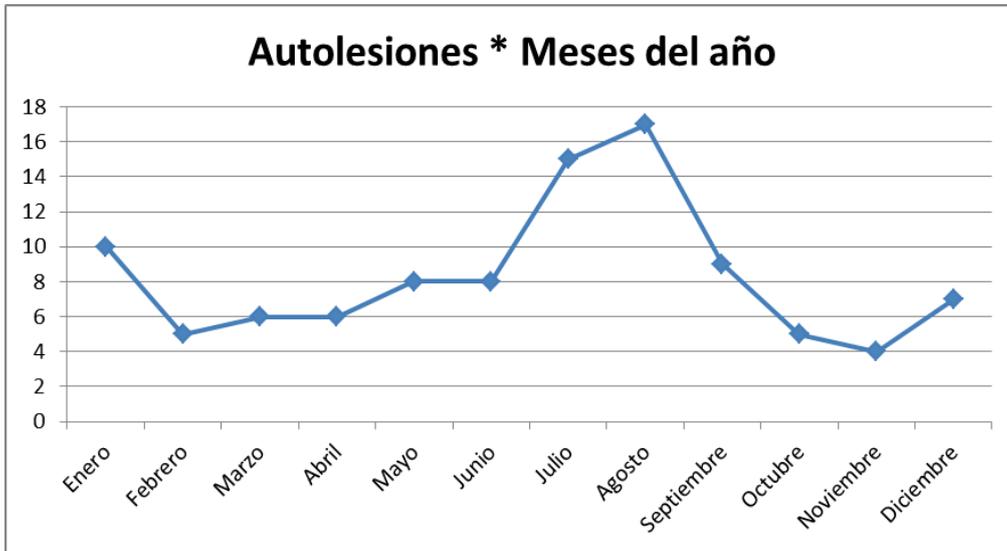
Gráfica 47.- Autolesión y sentimiento de realidad: Las barras muestran los valores medios, tanto en **Hombres** como en **Mujeres**, de la relación entre autolesión y el sentimiento de realidad, distinguiendo entre los internos que afirma sentirse reales (**Sentirse Real**) y los que no (**No sentirse real**).

¿A la pregunta si autolesionándote te hacer sentir vivo, real la respuesta era? (Gráfica 47).

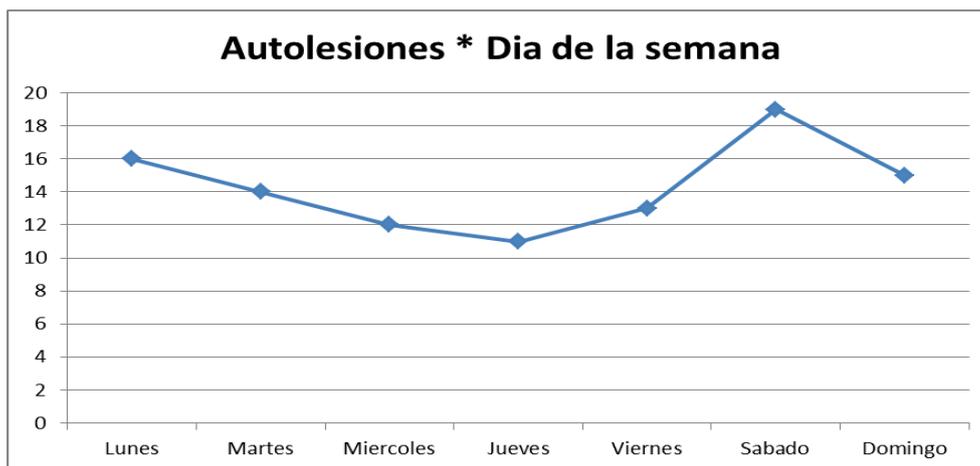


Gráfica 48.- Autolesión y franjas del día: La línea muestra los valores medios de número de autolesiones en el centro penitenciario según la franja del día.

V.25. ESTACIONALIDAD, ASISTENCIA DE LAS AUTOLESIONES



Gráfica 50.- Autolesión y meses del año: La línea muestra los valores medios de número de autolesiones en el centro penitenciario según el día de la semana.



Los resultados que mostramos provienen del muestreo tomado durante los últimos cinco años de las autolesiones producidas en el Centro de Ceuta mediante la recopilación diaria.

Las autolesiones son estacionales, no sólo en cuanto a los meses del año sino también en cuanto al horario y días de la semana.

En relación con los meses del año sigue un reparto estacional con preponderancia en los meses de verano, es decir los meses de julio, agosto y parte de septiembre, comenzando con el incremento de calor, el descenso en las actividades lúdicas y terapéuticas y el exceso de tiempo libre, contrastando con el descenso del resto de los meses del año (Gráfica 48).

Respecto a los días de la semana, la mayor asistencia de lesionados fueron los fines de semana, en concreto el sábado, por los mismos motivos ya señalados, menos actividades y más tiempo libre (Gráfica 49).

Por último, respecto a los os horarios, la franjas de mayor número de autolesiones son los horarios de cierre de las celdas tanto en horario de tarde de (14,00-17,00) y de noche de (20,00- 23.00) horas, aduciendo los mismos motivos pero añadiendo la posible sensación de soledad y reclusión que se incrementa con el cierre de las celdas (Gráfica 50).

VI. DISCUSIÓN

La presente Tesis trata de explicar y comprender las causas de las conductas autolesivas, hacer una revisión de las variables individuales, sociales y psicopatológicas que se han asociado a la AL en el Centro Penitenciario de Ceuta, las cuales constituyen un importante problema de salud pública, debido a que en la actualidad se ha apreciado un aumento creciente de dichas conductas en determinados segmentos de la población reclusa.

Debemos encontrar una lógica interna a ciertas conductas que aparentemente entran dentro de una explicación racional y en cierto modo una explicación adaptada a aquellos actos que en un principio parecen irracionales o anormales.

La psiquiatría ha invertido esfuerzos en establecer una tipificación de la automutilación, como método de aproximación a esta conducta. Son clásicas las investigaciones y los estudios sobre autolesiones²³⁰, las cuales consideraron a la conducta autolesiva como síntoma común a ciertas patologías, y posible síndrome independiente con sus propias características.

Aunque iremos desagregando cada elemento o factor que determina o modifica las conductas autolesivas podemos adelantar que hemos corroborado la posible inclusión en el modelo ABC de la conducta autolesiva²³¹, de tal forma que la conducta denominada (B) está influenciada por los sucesos que anteceden a la misma, denominados antecedentes (A), pero también por sucesos posteriores a la conducta, denominados consecuentes (C).

Un antecedente es un evento que ocurre antes de una conducta y hace más probable que la conducta ocurra. Los antecedentes pueden provocar reacciones emocionales y psicológicas tales como la agresividad, las cuales influyen sobre la conducta aumentando o disminuyendo la probabilidad de llevarse a cabo. Estos antecedentes pueden ser afectivos, somáticas, conductuales, cognitivos, contextuales o relacionales.

Entre la aparente simplicidad de la conducta observada y los orígenes o causas de la misma, existe un salto en profundidad, intentando en esta tesis realizar un estudio para plasmar un abanico de causas o antecedentes determinantes en mayor o menor medida de la autolesión.

Si queremos comprender los motivos por los que un sujeto se autolesiona, se hace necesario estudiar las causas previas que determinan la realización de este acto por parte del sujeto. Una respuesta del sujeto ante el internamiento manifestado mediante la autolesión, muestra una reacción al choque emocional generado por la reclusión. El

²³⁰ Favazza, 1988; Favazza, DeRosear y Conterio, 1989.

²³¹ Modelo ABC de la conducta (2010).

acto de autolesionarse supone según Brodsky (2001)²³² un corte, una transformación, el antes y el después y que algo que no estaba adviene.

Como hemos podido corroborar existen una serie de antecedentes cercanos o sucesos, estímulos que incluyen más de una fuente o tipo de suceso. Los sucesos que hemos detectado mediante este estudio son los siguientes:

- Afectivos: apoyo familiar, tipología de familia. Los problemas de convivencia entre los padres están claramente asociados con intentos de suicidio en adolescentes²³³, así como la falta de calidez en las relaciones familiares.
- Somáticos: prisionización, motivación intrínseca, hacinamiento.
- Conductuales: neurotismo, extroversión, antecedentes delictivos, sanciones.
- Cognitivos:
 - Alexitimia, capacidad de solución de problemas: si ésta es deficiente existe mayor riesgo de conductas autolesivas²³⁴.
 - Impulsividad: la mayoría de conductas autolesivas tienen un alto componente impulsivo²³⁵.
- Contextuales: reincidencia, duración de la condena, código del recluso, subcultura.
- Relacionales: entrada en prisión, tipo de lesión, falta de libertad

Existen otros antecedentes que no son inmediatos, alejados en el tiempo de la conducta, llamados sucesos mediadores, los cuales se refiere a las condiciones y experiencias que ha vivido anteriormente la persona. Los sucesos que hemos detectado los siguientes:

- Edad, estado civil, religión, trastorno de la Personalidad, trabajo, y estudios.
- Conductas emergentes que afectan a las conductas subsiguientes como las adicciones.
- Personales, el consumo de alcohol se relaciona directamente con la posibilidad de autolesionarse²³⁶.

El Modelo ABC debe ser usado proporcionando antecedentes y consecuencias de refuerzo positivo a las conductas deseables y, cuando sea posible, eliminando o cambiando los antecedentes negativos que se dan antes de la conducta problemática.

²³² brodsky (2001)

²³³ Hollis, 1996.

²³⁴ Sadowski y Kelly, 1993.

²³⁵ Hawton et al., 1982.

²³⁶ Kerfoot et al., 1988.

Las consecuencias de la conducta lesiva son acontecimientos que siguen a dicha conducta y ejercen alguna influencia sobre ella o están funcionalmente relacionadas con ella, como pueden ser la auto-regulación, el valor informativo, el status, la prisionización, los efectos somáticos o la excitación; se describen como positivas o negativas siendo recompensas o castigos, manteniendo o debilitando dichas conductas.

Los datos recogidos y muchos años de experiencia, nos indican que las cifras de internos que se autolesionan han ido bajando a lo largo del tiempo, gracias a los esfuerzos continuados de la Administración, que han protocolizado planes de actuación dentro de los centros penitenciarios, para mitigar ciertas circunstancias altamente problemáticas dentro de este medio y que a continuación enumero:

La introducción de la metadona en el año 1996 a través del Programa de Reducción de Daños, mayor oferta y abanico de farmacoterapia, (psicótrpos) con mayor eficacia, la introducción del programa de intercambio de jeringuillas, mayor oferta de actividades y formación en materia de drogodependencia y educación para la salud, menor severidad en cuanto al aislamiento regimental, aumento de horas libres en el patio, la introducción de la televisión en las celdas y en los comedores, mayor oferta de trabajos tanto remunerado como no, mayor conexión del recluso con su vida anterior y con la vida exterior, más comunicaciones (Vis a Vis) privado o familiar, aumento en la oferta actividades de ocio y deportivas, mejor control de asistencia sanitaria y tratamental con la implantación de programas de diferentes índoles, (El Programa PAIEM de atención integral a los pacientes con trastornos mentales, que ha demostrado su gran eficacia con la implantación de la figura de internos de apoyo del Programa de Prevención de Suicidio- PPS, el Programa ART, el Prosocial para Jóvenes, además del sin fin de otros programas y guías de actuación y trabajos de resocialización y rehabilitación).

Hasta hace poco tiempo continuaba existiendo dudas y no había acuerdo entre los estudiosos de este tema en relación a las definiciones operacionales, procedimiento de medición, variación en cuanto al criterio temporal, forma, tipo, prevalencia, relación con el género y autolesiones, así como criterios claros en cuanto a la clasificación y prevalencia, e incluso no había acuerdo en su nombramiento por lo que aparecía una gran variedad de términos tales como automutilación, autoflagelación, daño autoinfligido, autoagresión, autodaño, autoinjuria, autoabuso, intención suicida y conducta para suicida entre otros. En este trabajo se ha considerado que el término más apropiado para nombrar esta conducta es autolesión, y al resto de términos los consideraremos como sinónimos. Además de no existir acuerdo respecto a lo anteriormente reflejado, tampoco existía acuerdo sobre los resultados obtenidos en los diferentes estudios e investigaciones por lo que estos resultados aparecían como heterogéneos, debido precisamente a esta falta de un consenso universal, situación que se empezó a aclarar con la introducción de las conductas autolesivas en el manual DSM 5

Aun así quedan muchas cuestiones por aclarar, no solo debido a estos vacíos teóricos conceptuales sino también debido al innegable sesgo que implican cuestiones

geográficas y culturales, con diferencias ostensibles en la prevalencia según que estemos considerando un área cultural y geográfica u otra²³⁷. Asimismo estos vacíos también aparecen y son notables según consideremos un centro penitenciario u otro.

Las autolesiones son conductas multicausales y el perfil de los internos que se autolesiona es polifacético, ya que depende en cada caso de factores diversos y obedece a distintas motivaciones. Así lo afirmaron Klonsky y Olino²³⁸, refiriendo que el perfil del autolesionador es heterogéneo y polifacético, como se ha indicado anteriormente, es decir no existe un perfil único y estos autores nos hablan de subtipos que variarían en función de diversas variables y factores, tales como método para autolesionarse, severidad de la autolesión, las motivaciones del acto, la psicopatología comórbida e incluso el sexo del autolesionador, lugar del estudio, tipo de población.

Los internos utilizan la conducta autolesiva de forma individual o colectiva, única o repetitiva, utilizando su cuerpo dentro de unos límites que toleran personalmente. Lo llevan esta cabo como un recurso disfuncional que modelan y contagian a otros como parte de la cultura carcelaria.

La conducta autolesiva es una conducta compleja, poco estudiada y frecuente. Arroyo y Castellano *“comentaron que en el ambiente penitenciario se dan una falta de mecanismos de comunicación, tanto internos como con el exterior, que provoca que la autoagresión se convierta en una forma de lenguaje con la que se expresa agresividad, malestar, ansiedad o sentimientos y emociones negativas sentidos por el recluso”*²³⁹.

Una razón indiscutible que garantiza el valor informativo de las autolesiones es que las mismas son muy diferentes a la del resto de la población y entre ambos sexos. Para la elección de las autolesiones pesan diferentes valores según sean hombres o mujeres. En nuestro estudio, en el caso de los hombres tenía mucho valor la opción que muestre violencia o impulsividad con efectos de status frente a terceros, y en las mujeres pesa la opción que modifica el aspecto o apariencia frente al resto.

Los sujetos que se autolesionan reflejan en sus brazos una de las metáforas más usadas en la historia del arte y la religión: “sangre significa vida”. También significa muerte. De ahí el aspecto tan ambiguo e intrincado de una práctica que busca la vida acercándose tanto a la muerte”. Zulma Saadoun 2011²⁴⁰.

En los actos de autolesión debemos diferenciar la parte del acto violento, las motivaciones o intenciones que subyacen a la misma; la experiencia emocional subjetiva es comprensible considerando las vivencias de violencia emocional sufridas, a través de los denominados sucesos mediadores. Para evaluar las autolesiones de los internos se deben tener en cuenta, la edad, el estado civil, el nivel de estudios y la religión o la familia.

²³⁷ Marín Tejeda, 2013.

²³⁸ Klonsky y Olino, 2008, p. 22.

²³⁹ Arroyo Cobo y Castellano Arroyo, 1996, p. 17-28.

²⁴⁰ Zulma Saadoun 2011

Como apuntamos en el comienzo de la discusión procedemos a desarrollar las variables antecedentes nombradas de forma secuencial.

Existen amplios trabajos sobre incidencias y prevalencia de trastornos de la personalidad en el medio penitenciario español y pocos sobre los trastornos de la personalidad y su asociación a la conducta autolesiva.

Hilt et al.²⁴¹ Encontraron importantes diferencias en cuanto a porcentaje de autolesiones en edad de adolescencia con cifras de 6,8% en chicos y un poco más en chicas del 8,1%

Madge et al.²⁴², efectuaron una investigación no clínica, comunitaria sobre población Europea y Australiana y encontraron que el 8,9% de las chicas y el 2,6% de los chicos referían haberse autolesionado y que el 13,5% de las chicas y el 4,3% de los chicos reconocían haberse tenido conducta autolesivas durante alguna etapa de su vida.

Otro estudio como el de Laye-Gindhu et al.²⁴³, hecho en Canadá, encontraron mayor número de autolesiones en chicas que en chicos, con porcentajes de 17% y del 8% respectivamente.

Publicaciones como la de Muehlenkamp y Gutiérrez²⁴⁴ donde no han hallado diferencias en relación al género con las autolesiones debido a la difusión en el término, diferentes instrumentos y métodos utilizados en esta conducta.

En cuanto a prevalencia en hombres, mujeres autolesionables, se ha visto que existe mucha controversia a favor de un sexo o de otro según los distintos estudios, e incluso otros no encontraron asociación del género sexo con la conducta autolesiva.

La existencia de un perfil diferencial por sexo, tipos de autolesiones, y su frecuencia es una cuestión indudable en nuestro estudio y en nuestro medio con resultados distintos.

Podemos extraer como dato importante la asociación del sexo masculino a la autolesión, y que esta asociación no es estadísticamente significativa en el sexo femenino en el centro penitenciario estudiado, datos que se corroboran con otros que la incidencia de las autolesiones es más frecuente en la población reclusa masculina.

En nuestra investigación se ha encontrado que la incidencia de hombres que se autolesionan es del 23%, mientras en mujeres es aproximadamente el 10%, estos datos del mayor número de autolesiones en hombres no coinciden con la incidencia de autolesiones en hombres a nivel comunitario. En cuanto al sexo podemos decir que en la población reclusa femenina la autolesión tiene menos incidencia que la población penitenciaria masculina, aunque supera en prevalencia a la población femenina

²⁴¹ Hilt et al., 2008.

²⁴² Madge et al., 2011, p. 499-508.

²⁴³ Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005, p. 447-457.

²⁴⁴ Muehlenkamp y Gutiérrez, 2004, p. 12-24.

extrapenitenciaria, sin olvidar que ha habido “años dorados” de autolesiones en los cárceles españoles en los años setenta y ochenta, donde la mujeres no se destacaban en este hecho, por lo que es necesario hacer un estudio dedicado a mujeres y con mayor número de muestras.

Lo que es indudable es que la edad juega un papel muy importante, con una edad media de autolesiones por debajo de 24 años, así que podemos afirmar que la juventud es un condicionante prevalente en la auto agresividad. Cabe destacar en nuestro estudio que los internos solteros son los que presentan más riesgo de autolesionarse a diferencia de las internas donde no existe diferencia importante en cuanto al estado civil.

La autolesión es un fenómeno que puede producirse por imitación o bien siguiendo un modelo referente, incluso puede llegar a ser una forma de cultura. Siguiendo lo anterior, se percibe claramente la importancia de definir apropiadamente el problema en relación a sus características, puesto que al hablar de prevalencia los datos no especificados claramente pueden llevar a conclusiones confusas.

Es importante diferenciar la autolesión de la manipulación. En el primer caso siempre es un intento desesperado de pedir ayuda y de la incapacidad de expresar lo que sienten, en una forma de autoayuda²⁴⁵.

Se ha observado en nuestra investigación que existe un curso evolutivo de deterioro progresivo en las adicciones en los aspectos psicológicos sociales y físicos y aunque parte de nuestra actividad de auto-gestión es consciente hay otras inconscientes, o fuera de nuestro control, de ahí que afirmemos que la conducta es a la vez comunicativa y auto-reguladora.

Según que estudios, obtenemos distintos porcentajes de motivos para la autolesión. Franklin²⁴⁶ sugiere, el 50% lo hace por motivos manipulativos, mientras que para Power y Spencer²⁴⁷ este porcentaje desciende al 28% en esta causa. Estos estudios apuntan a lo que otros autores señalan que en el medio penitenciario la mayoría de las autolesiones tienen como motivo la manipulación con la finalidad de obtener algún beneficio.

Otros autores, como Tantam y Whittaker²⁴⁸, referían que la conducta autolesivas puede tener por objetivo la manipulación y de coacción a otros, además de aliviar el estrés experimentado.

Hemos encontrado que los hombres presentaron una mayor frecuencia de autolesión, más significativo en los cortes y golpear cosas, mayor consumo de drogas, porcentaje de reincidencia delictiva, intentos de suicidio, mayor número de sanciones,

²⁴⁵ Ladame, 2004

²⁴⁶ Franklin, 1988, p. 210-218

²⁴⁷ Power y Spencer, 1987, p. 227-235.

²⁴⁸ Tantam y Whittaker, 1992, p. 451-464

nivel elevado de impulsividad y alixitimia, lo que nos lleva pensar que en el medio penitenciario el sexo masculino presenta más problemas con la regulación de emociones y impulsividad. En el caso de las mujeres el mejor predictor ha sido también la frecuencia de abuso físico, psíquico y especialmente sexual, y la historia de maltrato infantil, tipo de personalidad límite y histriónico y obsesivo compulsivo, el consumo de drogas, depresión, proporción que aumenta cuando se suma al perfil la variable de desregulación emocional y se propone que estos resultados requieren confirmación con investigación adicional en población comunitaria.

Cabe mencionar con respecto a todo lo anterior tenemos diferentes perfiles de autolesionador, puesto que esto se asocia en función de las distintas variables como en función de la conducta.²⁴⁹. (Marín Tejeda, 2013).

Los hombres se autolesionan más que las mujeres debido a varias razones. La primera de ellas es el valor informativo de las autolesiones que son muy diferentes entre ambos sexos; para los hombres tiene mucho valor la opción que muestre violencia o impulsividad con efectos de status frente a terceros. Para las mujeres pesa la opción que modifique el aspecto o apariencia frente al resto, la segunda de ellas es que el sexo masculino presenta más problemas con la regulación de emociones y con la impulsividad frente a la mujer.

La forma de autolesiones es distinta según el sexo, en mujeres que se autolesionan aparece sorprendentemente que el tipo de autolesiones más frecuente es tirarse y arrancarse el pelo con un 50% seguido de cerca de arañarse y pellizcarse con un 41% aproximadamente. Mientras en mujeres controles aparece en primer lugar arañarse y pellizcarse en un 57 % seguido de tirarse y arrancarse el pelo, finalmente y por orden ingestión de cuerpos extraños, golpear cosas, cortes, más de una autolesión y quemaduras. Por otra parte, se observó que la forma de autolesión significativa más común en hombres fue cortarse, con el 77%, debido a dos poderosas razones; la fácil accesibilidad de los instrumentos para llevar a cabo este tipo autolesiones y el valor o status que frente a terceros en los centros penitenciarios, le sigue pegar alguna parte del cuerpo sobre una superficie dura y golpearse a sí mismo, en tanto que rayar y marcar la piel (sin cortarla) son autolesiones menos importantes.

Estos datos son similares a los presentados por autores como Klonsky, Muehlenkamp, Lewis y Walsh²⁵⁰ donde los métodos cortar y rayar/marcar la piel explican hasta la mayoría de los casos, resultado que difiere con respecto a las mujeres de nuestro estudio donde tirarse, arrancar el pelo, arañarse y pellizcarse son las autolesiones más típicas en mujeres, sin embargo Robert Ross y Hugh McKay en su libro *Self Mutilation*²⁵¹, determinaron nueve categorías de automutilaciones: cortar, morder, corroer, amputar, insertar (por ejemplo: objetos pequeños bajo la piel), quemar,

²⁴⁹ Marín Tejeda, 2013

²⁵⁰ Klonsky et al., 2011.

²⁵¹ Ross y McKay, 1979, p. 41

ingerir o inhalar, golpear y constreñir donde no se aprecia el peso tan importante de los cortes como en nuestro Centro.

Coincidiendo en parte con nuestra tesis, Liebling y Krarup²⁵² comprobaron que las conductas autolesivas dentro de las prisiones que más a menudo se describen son las de cortarse, quemarse y producirse abrasiones

Nuestros datos coinciden también con muchos otros estudios de la existencia de diferentes métodos de autolesionarse, como los estudios ya descritos por autores como Nock & Prinstein²⁵³ y Walsh²⁵⁴ y esto es más cierto y se acentúa más a medida que el hecho de autolesiones se hace crónico y severo.

Hawton, Rodham, Evans y Weatherall²⁵⁵ consideraron también como definición operacional otros tipos de lesiones tales como el autoenvenenamiento, la sobredosis de drogas e ingestión de objetos no digeribles.

Por el contrario, Rodham y colaboradores²⁵⁶ sólo consideraron a los cortes autolesivos dentro de este concepto.

Adicionalmente, los datos demuestran una característica esencial de la autolesión, ya descrita por autores como Nock y Prinstein²⁵⁷ y Walsh²⁵⁸ en relación a que los autolesionadores recurren a diferentes métodos para causarse lesiones, y esto es más cierto a medida que el problema se hace crónico y la pauta es más severa y frecuente.²⁵⁹

Nixon, Cloutier y Jansson²⁶⁰ estudiaron un grupo de jóvenes canadienses de ambos sexos encontrando como factor predictor o de riesgo de autolesionarse al sexo, en mujeres había una prevalencia de un 77%. La pertenencia al sexo femenino unido a síntomas depresivos o la dificultad en la regulación de emociones junto con la impulsividad eran valores predictivos estadísticamente de autolesiones, y esto lo hace diferenciar entre los grupos con o sin este tipo de conducta autolesiva.

Favazza, Mc Williams y Klonsky²⁶¹ han mencionado que los cortes en la piel son los tipos más frecuente de autolesiones en los hombres, lo hacen para descargar esa tensión abrumante que les invade, para sentirse vivos, brindarles placer, llamar la atención, detener lo que se llama despersonalización y volverse a la realidad,

²⁵² Liebling y Krarup, 1993

²⁵³ Nock y Prinstein, 2004, p. 885.

²⁵⁴ Walsh, 2006.

²⁵⁵ Hawton et al., 2002, p. 1207-1211.

²⁵⁶ Rodham et al., 2004.

²⁵⁷ Nock y Prinstein, 2004, p. 885.

²⁵⁸ De Stefano y Walsh, 2006.

²⁵⁹ Marín Tejada, 2013.

²⁶⁰ Nixon et al., 2008.

²⁶¹ Favazza, 1996; Mc Williams, 1994; Klonsky, 2005

En cuanto a la relación del grupo de edad con las autolesiones, muchas de las investigaciones tanto a nivel nacional como internacional coinciden en señalar que la autolesión se inicia comúnmente en la adolescencia y/o en edades tempranas²⁶²; pero en nuestro estudio, aun siendo conscientes de que la edad de inicio de estas conductas es mucho antes de cumplir los 18 años, hemos partido de la edad mínima de 18 años que es la edad mínima legal de cumplimiento de penas privativas de libertad en el ordenamiento jurídico español. Estamos persuadidos de que resultaría interesante el estudio de autolesiones a una edad más temprana pero este estudio se ha realizado en el medio penitenciario teniendo esta limitación.

Hemos comprobado el aumento del número de adolescentes y jóvenes que se autolesionan en la población general, cosa que no es así en nuestro medio penitenciario en el que sigue disminuyendo.

Del mismo modo hemos observado que los internos solteros tienen un mayor riesgo de autolesiones, en mujeres no hay diferencias significativas en cuanto al estado civil. Nos llama la atención que las cifras de autolesiones son importantes en mujeres casadas, pero no en las separadas, divorciadas o viudas, que se autolesionan con menos frecuencia.

Los jóvenes se autolesionan más por otros factores como la falta de prisionización, no pertenecer a una subcultura carcelaria, mayores alteraciones de afectividad con sensaciones de desamparo al ser en la mayoría primarios y menor estabilidad de la personalidad y locus de control externo.

El desarrollo psicológico y social es un proceso continuo que depende de la historia y el contexto, es flexible, multidireccional y multidimensional, en cada persona, existe una secuencia, un ritmo y una forma que hace del desarrollo un fenómeno muy particular en cada individuo.

La cultura a la que pertenecen la mayoría de la población penitenciaria determina la importancia de la familia, tienen valores tradicionales que infravaloran o no, según qué estructura familiar, las estructuras reconstituidas o monoparentales se encuentran menos aceptadas por la población general, y dicho rechazo termina siendo clave desencadenante de mayores autolesiones por aquellos internos que se han sido rechazados.

La identidad se crea por una parte con nuestra historia personal, nuestra vocación, y por otra parte con la madurez en la toma de decisiones, la orientación vocacional, la formulación de un proyecto de vida, pero estos elementos pueden no ir sincronizados en todos los casos.

Es habitual encontrar antecedentes de enfermedades mentales y alcoholismo en la familia. Las familias con reglas muy estrictas que reprimen la expresión emocional o las familias aglutinadas con padres intrusivos que no permiten una adecuada

²⁶² Michelmores & Hindley, 2012; González-Forteza y colaboradores, 2005; Ross y Heath, 2002

diferenciación y reconocimiento de los sentimientos y percepciones propias, generan ambientes facilitadores de la conductas autolesivas”²⁶³.

Las variables familia y cultura determinan el número de autolesiones del individuo; como hemos comentado el desarrollo psicológico y social es continuo en el individuo que lo adquiere de forma secuencial y de forma particular donde influyen el factor cultura y la variable familia; si las familias son desestructuradas, reconstituidas o monoparentales el individuo es rechazado en la mayoría de las culturas, reaccionando a este rechazo mediante las autolesiones; a su vez la cultura determina la mayor o menor importancia de la familia y aparece como efecto multiplicador de la variable familia.

La religión es un poderoso antecedente o factor positivo. Existe relación estadísticamente significativa de las variables religión-nacionalidad con las conductas autolesivas. En la población musulmana española ceutí se incrementa el número de autolesiones en relación al resto.

La aparición de este factor diferenciador se produce con la combinación religión musulmana y nacionalidad española, no existiendo cuando esta combinación no aparece; las causas subyacentes al efecto de esta combinación son la falta de regulación afectiva y el menor arraigo o pertenencia a una cultura que los musulmanes españoles o los extranjeros sufren al pertenecer a una minoría.

Frente a la crisis de identidad detallada, la pertenencia a una cultura con total arraigo y de forma íntegra, como sería el caso de los musulmanes que son mayoría, funciona como un factor protector respecto a las autolesiones.

Una variable que funciona como factor protector es el nivel de estudios de los internos, cuanto más alto es el nivel de estudios menos incidencia de autolesiones, siendo los datos del mismo coincidentes entre hombres y mujeres. Es interesante según los resultados obtenidos facilitar y fomentar la formación de los internos.

Existen más antecedentes como son la actividad laboral u ocupacional que además de ser un derecho y parte del tratamiento sirve de forma eficaz para evitar autolesiones, e incluso encontramos antecedentes negativos que funcionan como factor protector como es el nivel de estudios de los internos, cuanto más nivel de estudios menos incidencia de autolesiones.

Cuando existen antecedentes delictivos los sujetos han aprendido mediante la asociación diferencial y la pertenencia a una subcultura delincuente valores y creencias que fomentan la comisión de actos delictivos en el que se confiere rango social sobre la base de tales actos y especifica la clase de relaciones que se ha de mantener con las personas que están fuera del mundo social de los delincuentes.

Existen valores que admiten la autolesión como muestra de expresión dentro de una subcultura; al igual que se aprenden los actos delictivos, las autolesiones aprendidas

²⁶³ Nader y Boehme, 2003.

confieren un rango social en determinados grupos pertenecientes a una subcultura como son las denominadas “bandas”; estos grupos determinan las relaciones con los demás, los actos delictivos y las muestras de autolesión.

En consonancia con lo manifestado en ningún momento el sujeto es rechazado por sus actos delictivos ni por sus autolesiones por parte de la subcultura por lo que podemos aplicar íntegramente la teoría del etiquetado social mediante la cual sólo son percibidas como conductas desviadas o autolesiones no aceptadas aquellas que el grupo considere como tales y no los que la cultura general de la sociedad establece.

Se conocen efectos nocivos de la reincidencia tales como los psicológicos, e incluso físicos-biológicos; aumentos en el instinto de ataque al no ser posible la huida, problemas para conciliar el sueño, sexuales y sensoriales, se produce además una exageración del instinto “nido” que provoca aumentos de ansiedad ante cualquier cambio en el ambiente. También aparece el instinto de dominación y subordinación por el tipo de estructura arquitectónica y organizativa.

Las razones que pueden generar dicho comportamiento son la prisionización, el código del recluso y la falta de motivación que la entrada en prisión por segunda o sucesivas veces genera, aunque se manifiesta una menor propensión al stress de un segundo internamiento de cara a la autolesión en las mujeres.

No sólo el impacto por el internamiento o ingreso en prisión sirve de antecedente; cuanto mayor es la condena peor son los efectos nocivos en cuanto a los estados de ansiedad, responsabilidades, expectativas de futuro, pérdida de vínculos sociales.

Una privación de libertad prolongada produce en no pocos casos graves perturbaciones como las autolesiones debiendo existir la posibilidad de reintegro a una sociedad libre.

En un mundo restrictivo donde conviven cientos de personas que en otra situación no lo harían se acumula tensión que se desencadena en autolesiones determinado por factores como el tipo de población, las restricciones del medio, las drogas o los factores ambientales.

La reincidencia provoca estados de ansiedad y de ataque que culminan en las autolesiones. La ansiedad se produce por el efecto de las condenas prolongadas y por la inclusión en el sistema penitenciario de forma íntegra, es decir la prisionización.

El propio Reglamento Penitenciario clasifica de forma diferente a los reincidentes, el trato recibido también cambia por el resto de internos terminando por prisionizarse; este proceso causa ansiedad y ausencias de expectativas que culminan en autolesiones.

La autolesión es una conducta aprendida, una forma de regular emociones, una forma de comunicar, de verbalizar de aquellos que no encuentran palabras, en otros

casos dañándose buscan sentirse vivos, que existen, sienten, y son reales, especialmente en aquellos casos en que la persona siente que esta desconectada de su cuerpo y necesita volver a la realidad.

En algunos casos la cárcel es el destino final de estos autolesionadores, por el déficit que tienen de controlar sus impulsos. También nos encontramos al aislamiento personal al que nos han conducido las nuevas tecnologías originando personalidad antisocial, muy típico y frecuente en prisiones y en lugar de pedir ayuda, especialmente en hombres que consideran como signo de debilidad o acudir a un especialista, terminan ingresando en prisión, cerrando un círculo y complicando aún más el problema.

La impulsividad explica el tipo de personalidad auto lesivo. La agresividad verbal arroja un porcentaje de autolesionadores mayor que en la población general, es un factor predisponente fundamental a la hora de autolesionarse en el caso de los hombres; en la cárcel los hombres no pueden descargar la tensión del mismo modo como lo hacen en libertad, tienen dificultad en encontrar estrategias alternativas para auto calmarse, no tiene libertad para escoger y se reducen sus fuentes de estímulo externo, se sienten atrapados y utilizan las autolesiones proyectándolas en objetos o hacia sí mismos.

El caso de las mujeres es diferente, la personalidad autolesiva e impulsiva va asociada a la comisión de delitos violentos; los estadios inferiores de impulsividad verbal de los hombres son superados por las mujeres con mayor facilidad y sólo cuando llegan a niveles de violencia manifestados en delitos violentos muestran de la misma forma autolesiones.

Los estresores con más peso para los internos fueron la falta de libertad y la escasez de espacio, éste último provoca el estado subjetivo y psicológico de hacinamiento con antecedentes y consecuentes de diversa naturaleza que generan una connotación valorativa negativa para el interno, y por supuesto autolesiones.

Una mayor socialización del interno en el centro implica una mayor adaptación a los roles y reglas de la prisión desde el punto de vista de los internos; en nuestro estudio se produce una adaptación a la vida carcelaria en forma de “L” invertida, es decir, el proceso de prisionización y adaptación a la vida en el centro penitenciario presenta mayor dificultad al principio y con el paso del tiempo presenta una mejor y constante adaptación a este hábitat; las consecuencias de lo enunciado es que los internos se autolesionarán más si la “prisión” así lo exige para adaptarse a la misma.

La subcultura carcelaria y la prisionización característica de la prisión admiten autolesiones y a la misma se accede con mayor facilidad avanzado los años de encarcelamiento o en un número mayor de veces; causa principal de que las autolesiones incrementen o no con los años en prisión.

Esto es lo que denominamos explicación estructural-funcionalista que señala una socialización primaria en los primeros años o etapa de la vida penitenciaria más

difícil y una socialización secundaria más orientada al cumplimiento de las exigencias del sistema social donde la persona está inserta, a diferencia de otros estudios donde mostraron una típica gráfica de U.

Las sanciones disciplinarias se encuentran muy ligadas a las autolesiones ya que varias de las faltas sancionables según el Reglamento Penitenciario vienen determinadas por la autolesión, por lo que pueden servir de antecedente y consecuente.

Considerando los antecedentes delictivos como antecedentes de las autolesiones en los hombres todos muestran síntomas de violencia canalizada de una u otra forma y contra un sujeto u objetos.

En las mujeres, sin embargo, existe únicamente autolesionadas de forma elevada en los sujetos con delitos estrictamente violentos, careciendo de delitos contra la autoridad, contra la seguridad vial o de violencia de género.

La conducta se define como aquello que se hace, dice y sobre lo que pensamos, puede ser manifiesta o encubierta; entre las conductas manifiestas además de la propia autolesión muestran adicciones, en las que los internos siguen una conducta autorreguladora, son conductas que acompañan a las autolesiones ya que realizan una organización continuada de sus estados internos, los internos se protegen manteniendo la actividad a pesar que la incidencia de las cifras de autolesiones se siguen bajando en prisiones, sin embargo nos sigue sorprendiendo las diferentes técnicas que se sigue practicando, algunas de ellas novedosa.

Frente a esta explicación Faye²⁶⁴ explica que, “son tres los puntos de semejanza entre conducta adictiva y conducta autolesiva: 1) ambas conductas presentan un tipo igual en las emociones experimentadas, en las estructuras familiares, en su origen y en la repetición de las respuestas de tensión y relajación; 2) ambas conductas presentan dificultades similares en su abordaje: la conducta se ejecuta habitualmente en privado y en soledad, así como la falta de información y la poca conciencia de enfermedad y 3) los clínicos pueden utilizar estrategias muy parecidas con el fin de abordar las necesidades de estos pacientes”.

La prevalencia en el juego patológico de los internos, los trastornos en la alimentación, el gasto excesivo y las drogas son adicciones que acompañan de forma simultánea a las autolesiones sirviendo como conductas que se encuentran reforzadas por la autorregulación que realiza el sujeto.

Muchas investigaciones referían la relación importante entre las autolesiones y los trastornos alimenticios, Favazza²⁶⁵ apuntó que tanto la anorexia como la bulimia pueden ser utilizadas por los niños o adolescentes con el fin de hacer enfadar o de manipular a sus padres, cosa parecida ocurre con las autolesiones, por lo tanto, se puede dar el caso de que las autolesiones sirvan para resolver los sentimientos de culpa

²⁶⁴ Faye, 1995, p. 36-39.

²⁶⁵ Favazza, 1996.

relacionados con episodios de bulimia. El estudio de Welch y Fairburn²⁶⁶ señala esta dirección. Repasaron la conducta autolesivas en una muestra de pacientes bulímicas, y encontraron una tasa superior de autolesiones que el grupo control.

La característica temperamental del delincuente que posee unos determinados rasgos de alto neurotismo y alta extraversión indican una emotividad muy intensa y tono elevado, personas generalmente tensas, con respuestas inadecuadas e interrupciones emocionales desordenadas, conductas manifiestas que conviven con las autolesiones como conductas informativas.

Los modelos y mecanismos relacionados con la auto-lesión y la experiencia de dolor muestran altos índices en la población de personas con trastornos y en particular con trastornos de la personalidad, sugiere que actuar sobre partes de nuestro cuerpo puede producir unos efectos calmantes inmediatos.

En varias investigaciones y desde luego en la nuestra se ha visto que las experiencias traumáticas y abusivas en la infancia y el hecho de pertenecer a familias desestructuradas tienen importancia en la dinámica emocional de este fenómeno y actúan como desencadenante de la conducta autolesiva. Sin embargo no se consideran causa directa sino que se vinculan en función de su asociación con variables de naturaleza psicopatológica: desregulación emocional, depresión, ansiedad, síntomas disociativos e impulsividad, para las cuales hemos encontrado evidencia reiterada y sólida.

Los variables que hemos estudiado están en estrecha relación con la conducta autolesiva, son buenas predictores de la misma y cuya presencia aumenta la probabilidad de que ocurra actuando en combinación con otros factores.

Quizás como génesis de esta vulnerabilidad emocional anómala a la que hemos hecho referencia en numerosas ocasiones, se encuentran determinados patrones educativos en la infancia, así las respuestas del ambiente invalidante ante las emociones del niño a manera de descalificación excesiva, o pueden ser exageradas inapropiadas o nulas, llevándolo a desarrollar dificultades para discriminar entre sus emociones y las de los demás, además se invalida a si misma desorientándose en relación con la manera de actuar y sentir en general²⁶⁷.

Por otro lado es importante mencionar que la combinación de las variables: depresión, experiencias disociativas, desregulación emocional, están involucradas justamente en este tipo de conductas, Tolmunen y colaboradores²⁶⁸ encontraron que tanto la depresión como las experiencias disociativas tenían una relación predictiva clara respecto a la génesis de autolesión. En tanto que la desregulación emocional podría no ser tan relevante en preadolescentes y adolescentes como lo es en jóvenes y adultos.

²⁶⁶ Welch y Fairburn, 1996, p. 451-458.

²⁶⁷ Marín Tejeda, 2013

²⁶⁸ Tolmunen et al., 2008, p. 768-771.

Se ha comprobado que en la conducta autolítica está presente en varios cuadros psiquiátricos como ansiedad, depresión, diferentes tipos de rasgos de trastornos de la personalidad, drogodependencia y en la sintomatología disociativa. Miguel Israel Marín Tejeda²⁶⁹ también destacó que *“las autolesiones se asoció con factores psicológicos, historial de desadaptación al medio y conducta de riesgo, tendencia hacia la emocionalidad negativa e hipersensibilidad al rechazo, estrés emocional, mayores puntuaciones en enojo, soledad, impulsividad, autoestima baja, ideación e intento suicida previo”*.

Además de la existencia de factores internos, existe también muchos otros factores externos que hemos encontrado en nuestro estudio, tales como: niveles socioeconómicos bajos, procedencia de hogares monoparentales, familias extensas, experiencias de abuso temprano (sexual-físico-psíquico) y experiencias traumáticas vinculadas a estos abusos que tenemos que tener en cuenta. En nuestra investigación se ha obtenido relación específica de estas variables con la autolesión.

Rosen, Walsh y Rode²⁷⁰ estudiaron en una muestra de 32 adolescentes, la relación entre las autolesiones y la pérdida de relaciones interpersonales observando que los episodios de autolesiones aumentaban cuando existía una pérdida de una relación, en determinados jóvenes vulnerables. En cada nueva pérdida se producía lo mismo por revivir sus historias traumáticas y la autolesión les disminuía ese estado emocional que no podían comunicar. En nuestro medio penitenciario, ocurre lo mismo, las autolesiones son más frecuentes en periodo estival cuando hay menos actividades, menos relaciones interpersonales, menos vínculos y más ansiedad como consecuencia del calor.

Nixon, Cloutier y Jansson²⁷¹ observaron que los sujetos autolesivos provenían mayormente de hogares con carencias básicas, estas características familiares y sociodemográficos desfavorables son también bastante frecuentes y común en muchos de los reclusos a los que va dirigido el estudio.

En cuanto a historial de abuso y experiencias traumáticas asociadas a las conductas autolesivas, se ha visto que las experiencias traumáticas tienen un efecto negativo en los períodos críticos del desarrollo.

Una prevalencia de haber sufrido algún tipo de abuso, en particular el sexual, generan un sentimiento de abandono y distanciamiento que lleva a más autolesiones como medio de inclusión en el medio carcelario, en consonancia con el estudio de²⁷². “La mayoría de los pacientes provienen de hogares donde han recibido maltrato tanto físico como emocional, siendo frecuente la existencia de abuso sexual.

²⁶⁹ Marín Tejeda, 2013.

²⁷⁰ Rosen et al., 1990, p. 177-183.

²⁷¹ Nixon et al., 2008, p. 306 – 312.

²⁷² Nader y Boehme, 2003.

Mc Williams²⁷³ explica que “las mujeres que han sido abusadas de niñas adoptan un patrón de manejo de la agresión masoquista, expresando la agresión hacia sí mismas, mientras que los hombres tienden a usar el mecanismo de defensa de la identificación con el agresor y por lo tanto expresan su agresión hacia los otros, tendiendo a un patrón sádico, esto podría darse debido a que el niño abusado prevé que en un futuro él tendrá la fortaleza física que le permitirá manejar el trauma en un sentido proactivo, mientras que la mujer prevé que no tendrá la fortaleza física para hacerlo y deberá buscar otras maneras, entre ellas la expresión de la autoagresión para lidiar con el trauma generado por la agresión del abuso”.²⁷⁴

Un trabajo clásico es el de Van der Kolk, Perry y Herman²⁷⁵; encontraron que las historias de abuso físico y sexual, así como las separaciones parentales estaban estrechamente relacionadas con las conductas autolesivas en la edad adulta, incluidos los intentos de suicidio, conductas que en conjunto ayudaban a las personas a regular estados emocionales y afectivos. La negligencia parental y los síntomas disociativos estuvieron fuertemente asociados a las autolesiones, lo cual sugiere que si bien el trauma es un factor de riesgo determinante, es la ruptura de la dinámica y apoyo familiar lo que condiciona la cronicidad y mantenimiento de las autolesiones.

Algunos autores sugieren que las personas con historial de abuso sexual/físico tenían índices significativamente mayores de síntomas disociativos, y estos síntomas son mecanismos de enfrentamiento usados por víctimas de abuso sexual infantil para lidiar con afectos dolorosos.

Boudewyn y Liem²⁷⁶ estudiaron la cualidad predictiva de las experiencias tempranas de abuso sexual respecto a conductas autolesivas en una muestra de 438 jóvenes, los autores han informado que dichas experiencias predijeron para ambos sexos la sintomatología depresiva y las conductas autolesivas, así como la ideación e intento suicida. Se encontró que a mayor severidad de la experiencia abusiva (frecuencia, cronicidad) ocurría mayor gravedad de las conductas autolesivas.

Otro estudio que asoció la AL con las experiencias tempranas de abuso por Zoroglu y colaboradores²⁷⁷, quienes evaluaron la hipótesis de una relación existente entre las experiencias traumáticas infantiles, la conducta suicida y de AL en una muestra de 839 estudiantes turcos jóvenes víctimas de algún tipo de abuso y que fueron propensos a presentar intentos suicidas, de autolesiones y sintomatología disociativa, se apreció que esta relación aumenta a medida que se informaba de mayor cantidad de experiencias traumáticas, lo cual hace suponer que la intensidad del trauma es un factor de riesgo determinante para la aparición de estos cuadros patológicos especialmente en periodos críticos del desarrollo.

²⁷³ McWilliams, 1994.

²⁷⁴ Vásquez Contreras, 2011.

²⁷⁵ Van der Kolk, Perry y Herman, 1991.

²⁷⁶ Boudewyn y Liem, 1995a, p. 445-459.

²⁷⁷ Zoroglu et al., 2003, p. 119-126.

Aquellos que repiten esta conducta perciben la autolesión como una reacción violenta a una ansiedad emocional propia de una experiencia psicológica amenazante, necesitan solventar la experiencia de vulnerabilidad.

Ellos mismos conocen intrínsecamente su violencia emocional, tienen historias traumáticas, vejaciones sexuales, para ellos, las autolesiones muestran violencia emocional y vulnerabilidad ante el resto que deben gestionar ellos mismos.

Klonsky y Moyer²⁷⁸ han referido la importancia de la asociación y vínculo de experiencias abusivas y la conducta autolesiva. A lo que añaden que algunas variables externas asociadas a la conducta autolesiva como: experiencias traumáticas de abuso tanto físico, psíquico o psicológico y sexual, el maltrato, la negligencia de los padres, sus habilidades para manejar expresiones emocionales en sus hijos, hogares monoparentales y de marginación social etc.

Desde la década de los 80's, una de las variables asociadas que ha sido persistentemente señalada por los investigadores²⁷⁹ incluso como un predictor de autolesión es el abuso infantil, especialmente el de naturaleza sexual, con resultados contradictorios, ya que el abuso y las experiencias traumáticas tienen su efecto en combinación con otros factores. Por ejemplo, se ha observado que la calidad del ambiente familiar (familia desestructurada) puede determinar la aparición de distintas alteraciones que tienen que ver con la autolesión²⁸⁰.

Boudewyn y Liem²⁸¹ consideraron que el abuso sexual infantil era un factor causal de autolesiones. En nuestro estudio, el 50% de las internas y el 20% de los internos que han sido abusados sexualmente en la infancia se autolesionaban de jóvenes y esto corrobora esta idea de que el factor causal de abuso físico, sexual y/o emocional es significativamente prevalente, especialmente en población clínica cuando se trata de mujeres.

No hemos podido demostrar en nuestro estudio si el abuso en general y sexual en particular en hombres contribuiría a la aparición de las autolesiones, por el posible sesgo a que existe menor número de internos que han referido abusos sexuales en la infancia bien porque estos se produjeron y se negaron a reconocerlo o por lo que puede implicar el término de abuso sexual para los hombres, por esta razón sería recomendable seguir investigando la relación con el sexo masculino.

Klonsky & Moyer²⁸², y Crowell y colaboradores²⁸³, consideran que las experiencias de abuso temprano “físico y/o sexual” no tienen efecto predictivo respecto a las autolesiones, será porque a la hora de determinar la conducta autolesiva tanto los

²⁷⁸ Klonsky y Moyer, 2008, p. 166-170.

²⁷⁹ Santos, 2011; Gratz, Conrad & Roemer, 2002; Zlotnick, Shea, Pearlstein, Simpson, Costello & Begin, 1996

²⁸⁰ Van der Kolk, 1996

²⁸¹ Boudewyn y Liem, 1995. P. 445-459.

²⁸² Klonsky y Moyer, 2008.

²⁸³ Crowell et al., 2008.

factores externos como los internos son determinantes sobre dicha conducta porque actúan interaccionando entre sí y no de manera independiente.

En definitiva, en los estudios de las variables asociadas a autolesiones, se ha mencionado que las experiencias traumáticas infantiles, la negligencia paterna, el maltrato y especialmente el abuso sexual condicionan desórdenes crónicos graves en la edad adulta.

Los síntomas disociativos se han encontrado fuertemente vinculados al trauma y se ha postulado que constituyen una defensa patológica contra el mismo, y todo ello asociado a las autolesiones en población clínica²⁸⁴.

Nuestra investigación corrobora que el hecho que la desregulación emocional y la comunicación afectiva y alixitimia, es una de las variables predictoras y un factor de riesgo de cometer actos de autolesiones unida a otros predictores como las experiencias disociativas, trastorno de personalidad, ansiedad, tipo de autolesión, reincidencia delictiva intentos de suicidio e impulsividad, esta última queda abierta para futuras investigaciones en ambientes no clínicos, en edad temprana donde deben estudiarse con mediciones distintas, como escala de impulsividad de Barret, cuestionario Q, etc.

Linehan²⁸⁵ diferenciaba el perfil de las personas que se autolesionan con los que tienen trastorno límite de la personalidad, puesto que en el primero era para regular emociones, aliviar tensiones en un cuadro impulsivo, distinto en los trastornos límite de la personalidad, donde la conducta autolesiva no tiene por qué estar asociada a la impulsividad y a la mala regulación de emociones.

La vulnerabilidad emocional presenta las siguientes características según Linehan: a) hipersensibilidad en la percepción de estímulos emocionales, b) respuesta intensa a dichos estímulos y c) períodos largos en que se experimentan las emociones intensas antes de regresar a la calma. Tal vulnerabilidad en presencia de emociones intensas, puede conducir a la desregulación.²⁸⁶

Durante mucho tiempo se daba por hecho que el tipo de Personalidad Antisocial era el más frecuente en conducta autolesiva seguida del Trastorno Límite y del Paranoide, así como en otros estudios del Narcisista o del histriónico.²⁸⁷

Podemos hablar de disparidad en relación a la prevalencia de trastornos de la personalidad, en la investigación de Ruth López Barrachina²⁸⁸ se encontró una prevalencia de 65%, mientras el 28% de los internos tenían uno o más diagnósticos de la personalidad en los estudios de Rubio Larrosa 1992, esta misma prevalencia era del

²⁸⁴ Zlotnick et al., 1996, p. 12-16.

²⁸⁵ Linehan, 1993.

²⁸⁶ Marín Tejeda, 2013.

²⁸⁷ Arroyo, J. M., & Ortega, E. (2009)

²⁸⁸ López Barrachina, 2009.

31% en la prisión de Zuera estudio llevado a cabo por el doctor J M Arroyo Cobo 2002, destacando también al trastorno antisocial de la personalidad como el más frecuente con cifras del 79%.

Esta discrepancia a nuestro entender podría ser debido a muchos factores, la época, ya que en los años 70 y 80 las autolesiones estaban en su auge, también los instrumentos utilizados de diagnósticos, y la creencia que las autolesiones en los centros penitenciarios era un acto manipulativo para conseguir beneficios, con un mecanismo de contagio como medida de presión para mejorar las condiciones de los internos y como protesta a su situación carcelaria, en personas con conducta impulsiva destacables, tipos de centros donde el régimen penitenciario es más estricto y hasta dependiendo de la adaptabilidad general del interno al centro y tipo de clasificación de los reclusos, sin olvidar la ayuda que nos compensa el programa PAEIM en la detección de los internos con problemas tanto en el eje uno como en el eje 2.

(Arroyo, José Manuel 2009)²⁸⁹, en la prisión de Zuera (Zaragoza) encontró en su investigación que los trastornos de la personalidad representaba casi el 30% de los internos, de ellos el trastorno antisocial, límite, paranoide, narcisista y esquizoide eran de los más frecuentes, el 90% de los que tenían sanciones disciplinarias tenían trastorno de la personalidad y el 100% eran toxicómanos y evolucionaban desfavorablemente, destacando la importancia de los trastornos de personalidad y la toxicomanía en nuestro medio, con toda una trayectoria para impulsar, coordinar, orientar los esfuerzos de sanidad penitenciaria para garantizar las mismas oportunidades de salud y tratamiento que tienen los enfermos mentales en prisión que fuera de ella, al objeto de permitir su rápido diagnóstico y tratamiento implantando estrategias y programas de atención a los enfermos mentales.

R. Pérez Bárdenas²⁹⁰ en su tesis doctoral (1989) hace el siguiente análisis sobre la autolisis en prisión: “El recluso autolesionado presenta una gran afectación de sus facultades mentales, siendo en muchos casos el desencadenante de la autolesión extraño e inverosímil”.

Rubio Larrosa²⁹¹, en sus estudios en las prisiones de Zaragoza y Daroca sobre trastornos de la personalidad ha apreciado que el 28% de los internos presentaba uno o varios diagnósticos de trastorno de personalidad, el 85% tenían trastorno antisocial de la personalidad, seguido del 72% con límite de la personalidad, seguido del 64% narcisistas, y en menor incidencia el histriónico, paranoide y esquizoide, cifras que no coincide como vemos más adelante en nuestra investigación.

En el estudio del hospital universitario “Miguel Servet” de Zaragoza en su módulo penitenciario se encontró el 22% de porcentaje de trastorno de personalidad

²⁸⁹ Arroyo-Cobo, 2009.

²⁹⁰ Barderas y Pueyo, 1989.

²⁹¹ Rubio Larrosa, 1992.

Los trastornos de la personalidad más frecuentemente diagnosticados en nuestro estudio fueron el límite, histriónico, el obsesivo-compulsivo, paranoide y el narcisista, quedando al trastorno antisocial de la personalidad en los últimos lugares en hombres, además hemos encontrado una estrecha relación estadísticamente significativas en trastorno límite, histriónico y obsesivo-compulsivo en mujeres, lo cual difiere de otras investigaciones.

Nuestra investigación apoyan la asociación entre autolesión y síntomas del trastorno límite de la personalidad, pero que no es patognomónica de este u otros diagnósticos, ya que la inestabilidad afectiva, impulsividad en algunas áreas, la dificultad en controlar la ira y relaciones interpersonales inestables son características importantes del trastorno límite de personalidad.

El estilo cognitivo de Alexitimia puede considerarse como una consecuencia ligada a la autolesión así como causa o antecedente de la misma, la dificultad para verbalizar estados afectivos y diferenciarlos de sensaciones corporales, falta de capacidad introspectiva, tendencia al conformismo social y a las conductas de acción frente a situaciones conflictivas predispone a la autolesión y se incrementa con la misma.

En relación con Alexitimia y desregulación emocional cabe resaltar que las personas que experimentan afectos tales como estado de ánimo depresivo, con niveles elevados de alixitimia podrían llevar un riesgo más elevado de tener una conducta autopunitiva. Así pues concluimos que a mayor nivel de alixitimia, junto a los conflictos familiares y personales (entrada en prisión) son factores predisponentes a la hora de autolesionarse.

Laye-Gindhu y Schonert-Reichl²⁹² encontraron en su muestra de estudiantes canadienses estados emocionales aversivos, los cuales prevalecían antes de la AL, además de que dichos estados disminuían durante y después del acto. Los autores concluyeron que la función principal de la AL era la regulación emocional, la cual disminuye estados afectivos aversivos, especialmente asociados a depresión, ansiedad, enojo hacia sí mismo y soledad.

Klonsky²⁹³ refiere que las personas que se autolesionan Buscan un control de una situación emocional displacentera acompañada de un gran malestar ya que no pueden identificar y expresar esas emociones y por ellos recurren a los mecanismos de regulación como son las autolesiones.

También en esta investigación encontramos que el estado de ánimo depresivo con tristeza, soledad y culpa unido al factor de nivel elevado de Alexitimia y hallaríamos que las autolesiones suelen producirse en momento en que estas personas

²⁹² Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005, p. 447-457

²⁹³ Klonsky, 2005.

experimentan sentimientos displacenteros con carácter depresivo Laye-Gindhu y Schonert-Reichl²⁹⁴ y Lloyd Richardson y sus colaboradores²⁹⁵.

La combinación de ánimo depresivo con altos niveles de Alexitimia, conflictos familiares y su ingreso en prisión pueden originar momentos conflictivos intensos que influyen directamente para que se cometa una autolesión.

Gratz²⁹⁶ y Lambert & De Man²⁹⁷ en sus estudios, confirman que la Alexitimia sería una característica presente en los casos de personas que se autolesionan, confirman la dificultad en la expresión de las emociones contribuye a expresarse mediante actos y asimismo Gratz y Chapman²⁹⁸, en otros estudios confirman que la dificultad en la expresión de las emociones se manifiestan mediante actos autolesivos.

No cabe duda y ante los datos de nuestra investigación el apoyo familiar se considera como uno de los amortiguadores más potentes para la capacidad de resistir en prisión y para evitar perder la perspectiva; los internos sin arraigo familiar o sin apoyos sufren un distanciamiento del mundo exterior tan fuerte que potencian los valores carcelarios y los mecanismos de defensa, entre ellos las autolesiones.

La autolesión sería la expresión de una **dificultad en la regulación y procesamiento adecuada de las propias emociones**, la forma de afrontar el afecto negativo agudo y estar atravesando un momento de intensa conflictividad²⁹⁹, Guertin y colaboradores³⁰⁰ (2001) han apoyado esta teoría.

E. David Klonsky en su trabajo sobre regulación afectiva de emociones refería que *“es probable que sea una conducta reforzada negativamente, con mayor probabilidad de repetición, ya que con las autolesiones existe la intención de aliviar y disminuir los estados afectivos negativos de alta activación tal como estar abrumado, frustrado y ansioso y aumentar los estados afectivos positivo de baja activación como estar tranquilo y relajado, en comparación con estados afectivos negativos de activación más baja, como triste, solo y vacío”*³⁰¹.

Gratz³⁰² exploró la interacción entre factores de riesgo internos y externos asociados a autolesión en una muestra de jóvenes mujeres universitarias. Se analiza demografía, autolesión, historia de abuso físico/sexual, naturaleza del vínculo con los padres, expresividad emocional e intensidad de respuestas afectivas y halló que las variables externas, especialmente el maltrato infantil tenían peso solo en función de las variables emocionales internas; de tal manera que el mayor número de autolesiones se asociaba con: mayor inexpresividad emocional así como hiperactividad emocional

²⁹⁴ Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005, p. 447-457.

²⁹⁵ Lloyd Richardson et al., 2007.

²⁹⁶ Gratz, 2007, p. 238-250

²⁹⁷ Lambert y De man, 2007, p. 555.

²⁹⁸ Gratz y Chapman, 2006.

²⁹⁹ Haw et al, 2001; Skegg, 2005; Zlotnick et al, 1999.

³⁰⁰ Guertin et al., 2001.

³⁰¹ Klonsky, 2010, p. 63-70.

³⁰² Gratz, 2006, p. 238.

negativa; la presencia de estos factores, daba como resultado un aumento de la conducta autolesiva. (Miguel Israel Marín Tejada 2013)

Según Favazza³⁰³, las autolesiones tienen una fundamentación simbólica, y representan una forma en que el individuo se conecta con su comunidad y con su tradición cultural. Frente a esta conclusión mantienen que cortarse permite canalizar emociones, permite desinflar como si fuera un globo demasiado lleno, a punto de explotar, dicha tensión se escapa fuera de sus cuerpos en el líquido causado al abrir una ampolla en las quemaduras, es la expresión externa de un grito interno ya que es mucho más difícil asimilar el dolor interno que el dolor externo en ese mar de sentimientos ahogados. La piel es fácil de entender: duele, sangra, se ve, se toca y se puede curar.

Heath, Toste, Nedecheva y Charlebois³⁰⁴ han estudiado si existe interacción entre tres factores uno interno como desregulación emocional, y otros dos externos como trauma infantil y vínculo con figuras primarias, hallándose en la desregulación emocional la que se destacaba y se diferenciaba de los otros afirmando que a esta variable como la más importante en el manejo de las emociones, mientras que las otras dos variables (el trauma infantil y el vínculo familiar) no presentaban relación significativa con la autolesión.

Estos datos son de gran importancia debido a que se basan en estimaciones estadísticas y utilización de una metodología precisa, que nos permite medir el grado de desregulación emocional que concurre en el fenómeno autolesivo, dichas estimaciones estadísticas son utilizables tanto en su utilización en contextos clínicos como de su empleo en estudios de investigación.

No cabe duda que existe relación estadísticamente significativa de drogodependencia con las autolesiones, en nuestro estudio se ha visto que el número de internos que han probado drogas alguna vez fueron 67% en internos hombres y del 41% en mujeres internas, de ellos el 22% estaban siguiendo algún programa de desintoxicación en hombres y el 16% en mujeres, datos que difieren de otros estudios como el plan nacional sobre drogas 23% y del 40% en el estudio sobre la población penitenciario de Aragón.³⁰⁵

Respecto a la relación de la conducta autolesiva e intentos de suicidio se ha visto que muchos de los encarcelados presentaban historias previas de intentos de suicidio; incluso algunos de ellos varias veces. Estas aseveraciones coinciden con las encontradas en otras investigaciones.

Se ha detectado que el porcentaje de internos que presentan un riesgo moderado-severo de suicidio es distinto dependiendo de cada centro, estos resultados presentaban el 11% en hombres y 12% en mujeres, según la Escala de Desesperanza de Beck en el centro penitenciario de Ceuta, resultados parecidos a los estudios de investigación de

³⁰³ Favazza, 1996.

³⁰⁴ Heat et al., 2008, p. 137-156.

³⁰⁵ López Barrachina, 2009.

Ruth López Barrachina³⁰⁶ en población penitenciaria aragonesa de la universidad de Zaragoza cuyo riesgo moderado-severo de suicidio es del 14,1%. Manifestar que el riesgo de suicidio es mínimo o leve en el 89% y el número en porcentaje de internos con riesgo severo o grave que se autolesionan era del 60% en hombres y el 50% en mujeres.

Rodham, Hawton y Evans³⁰⁷ conjuntaron una muestra inglesa de estudiantes adolescentes. Hallaron que el grupo con autoenvenenamiento reportó en mayor grado (10.5%) a la intención de morir como la causa de su conducta, en tanto que quienes se autolesionaban mencionaron esta misma causa en menos del 1%; por lo que se asume que la autolesión si bien se relaciona con la depresión, es una manifestación distinta al intento suicida. Las principales razones expuestas para autolesionarse fueron: sentimientos de depresión, enojo contra sí mismo y alivio de la tensión (las mujeres expusieron preponderantemente estas dos últimas razones).

Algunos estudios plantean ambas conductas como síntomas de un mismo trastorno con datos relevantes que señalan una mayor prevalencia de autolesiones entre internos que se suicidan que en la población general. Liebling³⁰⁸ o Hawton y Catalan³⁰⁹ señalan que los internos que se autolesionan tienen una tasa de suicidio más elevada, en nuestro estudio se encontró que existe asociación entre la ideación suicida y las autolesiones tal como manifiestan los trabajos detallados.

En un estudio por Muehlenkamp y Gutiérrez³¹⁰ con 540 estudiantes, donde se formaron dos grupos, uno con autolesiones únicamente y otro con autolesión e intentos de suicidio los autores hallaron que las variables asociadas fueron: depresión e ideación suicida; el segundo grupo se distinguía del primero por presentar las medidas más altas en dichas variables; los grupos con historial de intento suicida presentaban más estrés emocional, disfunción psicológica y actitudes depresivas; siendo que la diferencia entre ambos fue dada por la actitud: de atracción hacia la vida en el primer caso y de repulsión hacia la misma en el segundo.

En cuanto al género, en nuestro estudio, se ha encontrado diferencias entre género con porcentajes de autolesiones con riesgo suicida severo más elevados en mujeres, especialmente en mujeres control con riesgo severo de que se autolesionan en el 100% a diferencia del 50% del riesgo severo de suicidio en internas.

En la estimación del riesgo suicida, según la escala de desesperanza en este estudio, nos ha dado como resultados que en hombres y mujeres el riesgo mínimo o inexistente es muy similar y esta estadísticamente significativo los intentos de suicidio en los hombres con la conducta autolesiva.

³⁰⁶ López Barrachina, 2009

³⁰⁷ Rodham, Hawton y Evans, 2004, p. 80-87.

³⁰⁸ Liebling, 1992

³⁰⁹ Hawton y Catalan, 1987.

³¹⁰ Muehlenkamp y Gutiérrez, 2007.

En hombres el riesgo de suicidio severo es del 60% en interno y el 40% en hombres control, en el riesgo moderado del 60% en mujeres control a diferencia del 27% en hombres, resultados que no concuerdan con otros autores, como en la investigación de Hawton y Harris³¹¹ donde encontraron diferencias en el conducta autolesiva y suicida entre ambos sexos con la proporción de hembras-varones del 8 a 1 en edades entre los 10 y 14 años y de 3 a 1 entre los 15 y 19 años.

Los resultados de tener autolesiones en el grupo con ideación suicida supera en 10 veces al grupo sin ideación suicida, en el artículo de Teresa Kirchner, et, al³¹² de Conducta autolesiva e ideación suicida, a diferencia de Cerutti et al.³¹³ Que no encontró diferencias en cuanto a sexo en edad entre 13 y 22 años en la conducta autolesiva y suicida.

En nuestro estudio se encontró que existe asociación entre la ideación suicida y las autolesiones en hombres, podemos hablar de cifras más parecidas sin tener relación estadísticamente significativas en mujeres internas del centro penitenciario de Ceuta, cosa que no coincidimos con Hilt et al³¹⁴, en su investigación con adolescentes de no encontrar diferencias significativas entre sexos.

Mencionar que las cifras de autolesionados disminuye a medida que disminuye el riesgo de suicidio cosa que no coincide entre el riesgo moderado y leve en internos con cifras bastante parecidas del 37,9 en el riesgo moderado y el 40,9 en el riesgo leve.

En cuanto al sexo, no se encontró diferencias significativas en utilizar las estrategias de afrontamiento por la población reclusa, ya que los dos sexos utilizan estrategias evitativas, mas a favor del sexo masculino por no expresar su sentimiento, ni pensar en ello, no saber afrontar estos estados negativos y no tener habilidades suficientes de afrontamientos y así ventilar su sentimiento de forma directa con el lenguaje de autolesiones.

Utilizar este tipo de respuestas evitativas con la dificultad de afrontamiento en población reclusa ha sido referido en otros estudios incluso con internos con comportamientos suicidas y era un importante predictor de conductas autolesivas durante la instancia en prisión.

Los autores, Hawton, Rodham, Evans & Weatherall³¹⁵ sugieren que la gravedad del perfil depresivo subyacente tiene una relación proporcional con la gravedad de la autolesión, una posible relación predictiva, es decir, que a mayor índice de depresión, más severidad y frecuencia de la forma de autolesiones, conclusión no demostrada en esta investigación; el perfil depresivo grave no guarda una relación proporcional y directa con la severidad de las autolesiones y su frecuencia, en cambio la depresión

³¹¹ Hawton y Harriss, 2008, p. 4-10.

³¹² Kirchner, Forns y Mohiano, 2008, p. 442-448.

³¹³ Cerutti, Manca, Presaghi y Gratz, 2011, p. 337-347.

³¹⁴ Hilt et al., 2008, p. 455-469.

³¹⁵ Hawton et al., 2002, p. 1207-1211.

aparece como un factor predictivo de las autolesiones por lo que se puede considerar que la depresión y la autolesión guardan una estrecha relación.

En nuestro estudio la asociación más frecuente es el trastorno de la personalidad y autolesiones, seguido de sintomatología depresiva y en tercer lugar la patología dual y en menor grado los cuadros psicóticos.

Las pautas autolesivas crónicas y graves se asocian más con el historial de intento suicida, es de suma importancia diferenciar entre ambos en función de la dinámica emocional. A pesar del perfil similar y de la existencia de dificultad para diferenciarlos, variables tales como los síntomas depresivos, rechazo hacia la vida, deseo de morir tiene mayor vinculación con el riesgo de suicidio letal, y fueron las claves para diferenciar entre intención suicida y autolesión³¹⁶, mientras la baja autoestima, enojo contra sí mismo, intentos suicidas, estrés emocional, ansiedad, soledad, malestar emocional, etc., son características de pacientes autolesivos, y las hace diferenciar de los que tienen esta conducta autolesiva a los que no la tiene³¹⁷.

En cuanto a la impulsividad muchos autores reconocen que los impulsivos no sopesan las consecuencias de sus actos, ni la repercusión que puede tener para ellos ni para los demás, es una conducta aprendida, y la definen como la predisposición a reacciones rápidas sin planificar a los distintos estímulos; no tienen un pensamiento consecuencial.

La impulsividad es una conducta encubierta que incluye sucesos internos demostrando que un umbral de agresividad inferior como la agresividad verbal, muestra de impulsividad, arroja un porcentaje de autolesionadores mayor, impulsividad más desbordada es un factor predisponente fundamental a la hora de autolesionarse

Muchas de las autolesiones en prisiones son impulsivas, reaccionando a los estímulos negativos de forma inmediata, en el caso que los impulsos sean muy intensos por la frustración ante el estímulo negativo eso puede dar lugar a conductas patológicas.

Se apreció en nuestro estudio que el grupo de reclusos impulsivos con autolesiones tienen mayor número de faltas disciplinarias, esto nos indica la agresividad latente existente por tener escasa adaptación al medio y refleja la importante impulsividad que se lleva dentro.

Desde en 2006, Izutsu³¹⁸ asoció la hiperactividad con la presencia de autolesiones, se comprobó que la impulsividad está fuertemente asociada a la autolesión, en nuestra investigación, la medición de impulsividad se realizaron con escalas estructuradas, resultando el importante valor predictivo que mostró la impulsividad frente a las autolesiones, quedando como una cuestión abierta para futuras investigaciones más en ambiente comunitaria.

³¹⁶ Muehlenkamp & Gutiérrez, 2004

³¹⁷ Marín Tejeda, 2013.

³¹⁸ Izutsu et al., 2006.

Laye-Gindhu y Schonert-Reichl³¹⁹ “midieron la variable del nivel de impulsividad, al que la relaciono con las autolesiones, hecho que se evidenció en mayores conductas de riesgo (consumo de drogas, ideación e intento suicida y niveles más pobres de ajuste en todas las variables: estrés, conducta antisocial, mal manejo del enojo y autoestima baja. La impulsividad en estos jóvenes se asoció a la presencia de la conducta auto lesiva y a un mayor grado de desajuste en general”.

Rodham, Hawton y Evans³²⁰ realizaron un estudio con una muestra de 5737 estudiantes con edades entre 15 y 16 años, a quienes se realizó una encuesta anónima. A partir de sus respuestas se formaron dos grupos de comparación: 1) con cortaduras autoinfligidas; y 2) con historia de autoenvenenamiento. Al comparar las respuestas de los grupos en función del tiempo de premeditación, se encontró que quienes se autoinfligían cortaduras presentaban un menor tiempo de latencia (menos de una hora), entre la primer idea de cometer el acto a llevarlo a cabo, por lo que esta forma de autolesión se asoció particularmente a dificultades en el control de los impulsos.

Según muchos autores las conductas impulsivas son causantes de la precipitación de muchas agresiones, el desarrollo y recurrencia de conductas delictivas y criminales, la conducta suicida, los trastornos de la personalidad (Límite, Antisocial e Histriónico), los trastornos de la alimentación y el juego patológico.

La asociación entre la hiperactividad como rasgo y la presencia de autolesiones aseveran autores como Izutsu y colaboradores³²¹, por otra parte Laye-Gindhu y Schonert-Reichl³²² concluyen que la impulsividad juega un papel preponderante en las autolesiones, hecho que aparece en muchas conductas de riesgo y niveles más pobres de ajuste en todas las variables.

³¹⁹ Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005.

³²⁰ Rodham et al., 2004,.

³²¹ Izutsu et al., 2006.

³²² Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005.

En relación con síntomas disociativas y las autolesiones se ha encontrado una relación fuertemente vinculadas a estos traumas en la infancia y se ha propuesto que constituirían una defensa patológica contra las mismas³²³,

Los resultados, pues, confirman la importancia de las experiencias disociativas como fenómeno íntimamente asociado a las autolesiones; así como una relación predictiva y clínicamente significativa de este fenómeno, hecho que corroboramos en nuestro estudio.

Los síntomas disociativos podrían así distinguir a los internos con riesgo o no de autolesión, ya que como hemos indicado las experiencias disociativas serían respuestas disfuncionales de afrontamiento en personas que han sobrevivido a experiencias traumáticas, que también se asociarían a estados severos de ansiedad y depresión³²⁴.

Ya desde 2008 Messer & Fremouw³²⁵ vincularon dichos trastornos con el fenómeno autolesivo, argumentaron que: primero la autolesión induciría una especie de mecanismo de enfrentamiento contra efectos perturbadores y segundo, que la autolesión permitiría romper con un estado disociativo perturbador.

Brodsky, Cloitre y Dulit³²⁶ estudiaron la relación entre los síntomas disociativos, la historia de abuso sexual infantil y las autolesiones en mujeres con trastorno límite de la personalidad. Tomaron para ello una muestra de 60 mujeres:

- 1) sin autolesiones
- 2) con autolesiones 1-10 episodios.
- 3) autolesiones frecuentes (>10).

Los resultados indican que los síntomas disociativos están vinculados a la autolesión, con independencia de historia previa de abuso sexual.

Las personas con historial de abuso sexual tenían índices mayores de síntomas disociativos, por otro lado las personas con sintomatología depresiva importante y aquellos con mayor historial de tratamientos psiquiátricos previos, presentaban también patología disociativa más severa, finalmente, las autolesiones (como la historia de abuso y la depresión) fueron un indicador más fiable de la presentación en un individuo de experiencias disociativas.

Sadock³²⁷ referían que tensión abrumante y malestar intenso hace que se sienten raros y extraños, (no son ellos mismos), no son reales.

³²³ Zlotnick et al., 1996, p. 12-16.

³²⁴ Robles, Páez y Marín, 2011.

³²⁵ Messer y Fremouw, 2008.

³²⁶ Brodsky, Cloitre y Dulit, 1995, p. 1788.

³²⁷ Sadock, 2004.

Abundando en esta variable disociativa Gratz, Conrad y Roemer³²⁸, han valorado variables externas asociadas a autolesión en una población de jóvenes. Los abusos sexuales y físicos, negligencia paterna y calidad del apego fueron comparados en grupos con y sin autolesión, la variable interna clave fueron los síntomas disociativos, la cual se valoró como la principal variable predictora del fenómeno auto punitivo para las mujeres y la segunda en importancia para los hombres.

Es llamativo el dato obtenido en cuanto a las diferencias significativas respecto al sexo que han aparecido en las puntuaciones de la escala de los internos e internas, que se autolesionan y que presentan síntomas disociativos, en tanto que ha aparecido un 64% en hombres y un 60% en mujeres, los porcentajes de internos con autolesiones sin trastorno disociativos son el 35% en hombres y 40% en mujeres.

Como conclusión las autolesiones aumentan tanto en hombres como en mujeres cuando éstos manifiestan trastornos disociativos.

Este hallazgo no coincide con otros estudios³²⁹ previos donde las experiencias disociativas fueron halladas con la misma frecuencia en ambos sexos.

Sin embargo la asociación entre autolesiones y síntomas disociativos se encuentra bien documentada en población clínica³³⁰.

Tolmunen, Rissanen, Hintikka, Maaranen, Honkalampi, Kylma y Laukkanen (2008)³³¹ realizaron un estudio con adolescentes finlandeses con la finalidad de determinar la propiedad predictiva de los síntomas disociativos respecto a la autolesión, En este estudio estos autores encontraron una marcada asociación entre disociación y la conducta autolesiva, adopta ésta la forma de cortes autoinfligidos, como con otras formas de autolesionarse. El resultado más importante fue que los jóvenes con los valores más altos en la escala de experiencias disociativas fueron aquellos del grupo, que se auto infligían cortes. Los distintos autores recomiendan que primeramente se realice una exploración de los síntomas disociativos en la práctica clínica con jóvenes de la comunidad, ya que estos síntomas pueden configurar un factor de riesgo importante en relación con el uso de actos autolesivos.

Por otra parte, los síntomas disociativos y su relación a experiencias traumáticas tempranas se encuentra bien documentada en la literatura sobre estrés postraumático,³³² variable que podría ser la clave como generadora de vulnerabilidad emocional³³³. La autolesión sería así un recurso para regular emociones derivadas de la memoria traumática.

³²⁸ Gratz et al., 2002, p. 128.

³²⁹ Bernstein & Putnam, 1986; De Silva & Ward, 1993; Ross Joshi & Currie, 1990; Spitzer et al., 2003

³³⁰ Levitt, Sansone & Cohn, 2004; Vanrlinden & Vandereycken, 1997.

³³¹ Tolmunen et al., 2008.

³³² Boon, Steele y Van der Hart, 2011.

³³³ Linehan, 1993.

Finalmente, debe recordarse lo que ya hemos indicado más arriba y es que las experiencias disociativas también se asocian a estados crónicos de ansiedad y depresión³³⁴, por lo que en resumen la asociación entre AL y disociación podría ser más bien indirecta, mediada por otras variables clave.³³⁵

Así que podemos hablar de asociación importante entre los síntomas disociativos y las autolesiones como recurso de afrontamiento, y de forma independiente de las experiencias de abuso traumático.

³³⁴ Robles, Páez, & Marín, 2011.

³³⁵ Marín Tejada, 2013.

VII: CONCLUSIONES

1.- El internamiento en prisión constituye un claro desencadenante para autolesionarse y origina tipologías diferenciadas respecto a las existentes en el exterior.

2.- Los hombres privados de libertad se autolesionan en mayor número y frecuencia que las mujeres.

3.- Las heridas incisas (cortes) y las quemaduras son autolesiones frecuentes en el medio penitenciario, mientras que “golpear objetos” es la forma de autolesión generalizada en el medio exterior.

4.- Las autolesiones que se provocan las mujeres son lesiones transitorias o no permanentes, como son los tirones de pelo o arañazos.

5.- La edad es un factor preponderante unido a la dificultad de adaptación al medio y rechazo al régimen normativo: el número de internos que se autolesiona es mayor en edades más jóvenes

6.- El pronóstico leve es el más frecuente con notable diferencia, lo que demuestra que dichas lesiones tienen gran valor informativo y menor repercusión lesiva.

7.- Las posibilidades de autolesión se multiplican atendiendo a la combinación de los siguientes factores: falta de ocupación, bajo nivel intelectual, la entrada reiterada en prisión, el retraso en la pertenencia a una subcultura carcelaria o prisionización, las alteraciones por falta de afectividad con sensación de desamparo y el código del recluso por el cual debe manifestar “virilidad” autolesionándose,

8.- El apoyo familiar sirve de amortiguador potente que permite resistir en prisión y evitan perder la perspectiva, su pérdida disminuye los mecanismos de defensa y aumentan la propensión a la autolesión, damos mucha importancia al dicho que la familia es el principal agente de socialización.

9.- Existe una relación estadísticamente significativa entre religión-nacionalidad con las conductas autolesivas : el número de casos con autolesiones es mayor en el grupo de reclusos musulmanes españoles (ceutís) que en el grupo de musulmanes marroquíes, por la falta de regulación afectiva, el menor arraigo, y la crisis de identidad por pertenecer a una cultura minoritaria. (La pertenencia a un grupo cultural con total arraigo funciona como un factor de protección frente a la conducta autolesiva)

10.-La mayoría de los delitos en hombres generan autolesiones graves y repetitivos mostrando una conducta reivindicativa, y síntomas de violencia canalizada de una u otra forma contra un sujeto u objetos. Exceptuando los realizados contra la salud pública y contra los derechos de los trabajadores donde el número de autolesionados es mínimo. Las mujeres se autolesionan menos, ya que consultan más y lo demoran hasta llegar a estadios tardíos y más graves, además tienen mayor capacidad de verbalizar los problemas (canalización que ayuda a aminorar el sentimiento de angustia) y de buscar más ayuda, se autolesionan con menos repeticiones, y en menos tipos de delitos, los violentos contra las personas generan más autolesiones.

11.- Existe una gran vinculación entre sanción disciplinaria y autolesión. Esta relación es bidireccional tanto en hombres como en mujeres en el C.P. de Ceuta, el mayor porcentaje de esta concurrencia se produce en la sanción de aislamiento en celda, se suele producir en internos inadaptados y es más frecuente que utilicen las autolesiones como respuesta conductual y primer mecanismo de comunicación.

12.- Un umbral de agresividad inferior o verbal arroja un porcentaje de autolesionadores ligeramente mayor que en la población con un umbral de agresividad mayor (agresividad física).

13.- La impulsividad desbordada respecto al sexo masculino, es un factor predisponente fundamental para autolesionarse, Quizá la idiosincrasia de la resolución de conflictos dentro del C.P. de Ceuta, referente al sexo femenino descansa sobre el pleito verbal en los diferentes umbrales que queramos admitir.

14.- Las autolesiones son más frecuentes cuanto mayor es el número de familiares con problemas delictivos generando una reacción en cadena familia-delictiva-interno-autolesión

15.- La mayor tasa de autolesiones en hombres se da en los consumidores de alucinógenos e inhalables seguidos de los tranquilizantes (benzodiazepinas), cocaína, heroína y anfetaminas por el mayor cuadro de ansiedad y de privación de su uso (síndrome de abstinencia) que caracteriza a estos consumidores

16.- El trastorno de alimentación está relacionado de modo estadísticamente significativo en mujeres con un aumento en la frecuencia de autolesiones situación que no es estadísticamente significativa en hombres.

17.- la prevalencia de problemas de gasto excesivo, los problemas dentro de la órbita sexual, la adicción a Internet, la adicción a videojuegos en los presos no resultó tener relación estadísticamente significativa con la conducta autolesiva.

18.- Aunque el abuso más frecuente en ambos sexos es el abuso psíquico, la influencia en las autolesiones es mayor cuando el abuso es sexual tanto en hombres como en mujeres, teniendo una relación estadísticamente significativa en los internos e internas que se autolesionan.

19.- La desregulación emocional como consecuencia de experiencias traumáticas es el principal factor asociado con la conducta autolesiva para aliviar el estrés, la tensión, el enojo y la sensación de culpa.

20.- El comportamiento autolesivo es multicausal, no existe un perfil psicopatológico único de los sujetos que se autolesionan; pudiendo haber interacción dinámica de las variables externas e internas que afectan a la autolesión, coincidimos completamente con (Miguel Israel Marín Tejada) al significar la autolesión como un síntoma y la severidad de la misma es proporcional a la amplitud del cuadro psicopatológico y a la severidad de los cuadros que origina y sustentan la conducta, la

inestabilidad emocional, tipo de delito cometido, historial de adaptación, su ubicación en celda individual y de aislamiento y la aplicación del aislamiento regimental en situaciones de conflictividad.

21.- La adaptación a la vida carcelaria tiene forma de “L” invertida, es decir, el proceso de prisionización y adaptación a la vida en el centro penitenciario presenta mayor dificultad al principio con mayor número de estresores cotidianos y a medida que pasa el tiempo presenta una mejor y constante adaptación a este hábitat, a diferencia de otros estudios donde mostraron una típica gráfica de U en relación a la escala de estresores, con mayor aumento al ingreso para después bajar en la parte media de la estancia en prisión y mantenerse durante su vida privada en libertad y aumentar en el último tramo de la condena.

22.- Se aprecia que los niveles de Alexitimia son más altos en hombres debido a que los hombres no expresan abiertamente sus emociones negativas ya que culturalmente la expresión de los sentimientos es un signo de debilidad o de poca hombría.

23.- Los internos tienen frecuencias más altas de tentativas de suicidio que los controles, los autolesionados no desean morir, sino aliviar esta distorsión emocional, mientras que terminar con toda emoción, el rechazo, repudio y el deseo de morir y son característicos de los pacientes que se suicidan, la autolesión es una alternativa al suicidio, y es una alternativa preferente.

24.- Los trastornos de la personalidad son más frecuentes en la población penitenciaria que en la población general con resultados estadísticamente significativos para algunos trastornos de la personalidad tales como límite, antisocial, histriónico, narcisista, evitación y obsesivo compulsivo, mientras esta estrecha relación aparece estadísticamente significativa en trastorno límite, histriónico y obsesivo-compulsivo en mujeres, no todos los que se autolesionan tienen trastorno de la personalidad, ni todos los que tienen trastorno de la personalidad se autolesionan. Nuestra investigación apoya la asociación entre autolesión y síntomas del trastorno límite de la personalidad, pero que no es patognomónica de este u otros diagnósticos.

25.- Los síntomas disociativos mantienen una estrecha relación con las autolesiones, cumple la función de aliviar estados emocionales altamente perturbadores

26.- Los internos que se autolesionan tienen baja autoestima, déficit de control de los impulsos, inmadurez emocional, hipersensibilidad a la opinión de los demás, no se sienten merecedores de bienestar ni desarrollan destrezas de auto cuidado, y al no lograr aliviar su propia ansiedad y su sufrimiento interno acuden al acto autolesivo, a modo de una autoayuda distorsionada.

VIII. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

VIII.1. LIMITACIONES

Sin lugar a duda debemos destacar muchas limitaciones a la hora de llevar a cabo nuestro trabajo en una población específica, con una muestra no probabilística con cierta dificultad cultural, el idioma, la religión y la dificultad de adaptación utilizando instrumentos de autoaplicación que como tal puede ser sensible a sesgos de respuestas.

Existen pocos estudios e investigaciones sobre esta conducta en nuestro país, especialmente con la población interna carcelaria, y menos con edades tempranas de la adolescencia debido a que tanto nuestro estudio como otros estudios importantes se han llevado a cabo en adolescencia tardía y no se ha hecho extensivo estas conclusiones a las edades tempranas y a la etapa de la adolescencia porque la entrada en prisión tiene lugar una vez alcanzada la mayoría de edad civil, es decir los 18 años, y como las autolesiones empiezan normalmente en edad temprana de la vida libre de la comorbilidad que se asocia normalmente, es de suma relevancia su estudio y intervención precoz y a tomar todas las medidas para prevenir este hecho, sería mejor identificar estas distintas variables a edades tempranas de su génesis y mantenimiento para aproximarnos a una realidad que conocemos poco en prisiones por la escasez de investigación que hay al respecto.

Afirmamos que la población estudiada en nuestra investigación es amplia y la presencia de esta conducta en si es minoritaria, nos hemos planteado que las variables y los factores que pueden ser causante de esta conducta sean amplios al no existir un perfil único de la persona que se auto dañan a si mismo, esto ha hecho alargar más el estudio, dado que y al no existir datos referentes del manual DSM4 sino síntomas en los diferentes cuadros y trastornos, nos ha sorprendido llegado el momento de adaptarnos a los criterios nuevos del DSM 5, ya que se ha disminuido mas el número de personas a los que se ha podido incluir y estudiar, por eso hemos intentado implementar estudios con base en pautas y motivaciones de esta conducta e intentado adaptarlas al DSM 5.

El uso del adecuado instrumento de detección de los sujetos que se autolesionan es fundamental en relación con problemas de trastornos de la personalidad, comenzando nuestro estudio con el Cuestionario de Salamanca, nos ha sorprendido que muchos internos tenían más de un trastorno de personalidad, por lo que se optó a hacer el estudio con el cuestionario IPDE de la personalidad, pero seguimos pensando que puede ser cuestionable el uso de este instrumento no específico como es el caso, porque no nos da un diagnóstico específico certero y definitivo, sino un perfil general del trastorno de la personalidad; resultaría interesante hacer un estudio con un cuestionario de trastornos de personalidad con diagnóstico específico y certero y relacionarlo con autolesiones.

A la hora de elegir el cuestionario adecuado para la detección de los internos que tienen conducta autolítica con ideación suicida se optó por la escala de desesperanza de Beck para conocer el estado de ánimo, nos ha resultado poco discriminativo en cuanto a su poca información con la intencionalidad como en la gravedad de las autolesiones, por eso ampliamos el estudio a otros cuestionarios validados y reconocidos

internacionalmente como Cédulas de indicadores parasuicidas, y escala de Riesgo de Suicidio de Arboleda y Florez³³⁶ (1989): adaptada por Ruiz y cols³³⁷ (2000) y conseguir datos de la intencionalidad como de la gravedad y los motivos que le ha llevado a cabo esta conducta, con resultados obtenidos muy parecidos a otros estudios de investigación que han utilizado instrumentos específicos distintos y con mas número de ítems.

En nuestra investigación hemos tenido las propias limitaciones de un estudio de diseño de tipo transversal, con datos tomados como una imagen fija, instantanea en un momento determinado al basarse en cuestionarios encuestas y escalas de autoevaluación retrospectiva sin poder analizar ni determinar la evolución y la causalidad de sus variables, ni los cambios producidos con el paso del tiempo,

Cabe mencionar que estamos trabajando con un tipo de población con características especiales en medio hostil con dificultad y problemas de adaptación, nivel cultural bajo, por eso se intentó tomar todo tipo de preocupación a la hora de elaboración y elección de los distintos cuestionarios, escalas y encuestas adaptándolas a la muestra estudiada, y a los criterios del DSM 5 que tuviesen buena validez, fiabilidad y juicios de expertos.

Hemos intentado reforzar la confianza en los resultados debido a que se formularon preguntas en forma de encuestas sobre las consecuencias, razones asociadas con la conducta, y las respuestas a estas diferentes preguntas nos han aportado un patrón sólido y coherente con su respectiva figura o grafica identificativa.

Muchas veces el paciente con enfermedad mental no tiene la correcta percepción de su enfermedad y no lo refleja en la encuesta, datos que se pueden corregir con la entrevista clínica y un buen apoyo de la historia clínica.

³³⁶ Arboleda y Florez, 1989

³³⁷ Ruíz y Cols, 2000. No lo encuentro en bibliografía.

VIII.2. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Implicaciones clínicas y perspectivas de futuro.

Llevar a cabo estudios de diseño longitudinal y prospectivos puede ser de mucha utilidad, para valorar los distintos factores y las variables a través del tiempo, estudiar su evolución en edades temprana de adolescencia y así prevenir las posibles problemas emocionales y dotarlas de mejor recursos y estrategias de afrontamiento más adecuada para estos factores que predisponen y causan estas conductas y así valorar si esta conducta disminuye o se mantiene con el paso del tiempo.

Englobar en el estudio a internos clasificados de primer grado por la mayor inadaptación al medio penitenciario y el mayor número de faltas disciplinarias en el medio penitenciario.

Sería interesante como línea futura de investigación hacer el estudio repitiendo el Cuestionario EPI al ingreso, a los 9 meses, y a los 18 meses y así determinar el efecto de la prisionización a los factores de extroversión y neurotismo y su relación con las autolesiones, y poder confirmar la L invertida de nuestro estudio o en su caso la U de Clemmer.

Convendría hacer un estudio desde el punto de vista médico legal, y forense donde la simulación y la manipulación de la conducta autolesiva juega una parte muy importante, así como ver si existe intención reivindicativa para conseguir beneficios, no siendo la autolesión en forma de accidente o las autolesiones atribuida a otros de nuestro interés en esta tesis.

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias dispone de diferentes modelos sanitarios tanto de ingresos o de reingresos como para detección de riesgo de suicidio al ingreso de libertad, incluso de determinación de posible síndrome de abstinencia, pero en la actualidad no dispone de un instrumento estandarizado, válido, exhaustivo y fiable con propiedades psicométricas establecidas con escalas y ítems de fácil interpretación de amplia variedad de funciones para la detección de posible conducta autolítica algo que sería de suma importancia tanto para los sanitarios como para el equipo de tratamiento y para los investigadores en general, no olvidando el gran reto y deber de llevar a cabo una Guía de autolesiones en colaboración con Instituciones Penitenciaria y la Universidad de Extremadura.

IX. AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos

Hay momentos en la vida en los cuales merece la pena detenerse unos instantes para hacer silencio, serenar los pensamientos y soñar:

La diferencia entre lo que hacemos y lo que somos capaces de hacer resolvería las incógnitas más indescifrables que hay en el mundo.

No cabe duda que la única diferencia entre un sueño y un objetivo es una fecha, a la que estoy a punto de llegar. Al estar finalizando esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quien con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad, y al final intentar colgar una lámpara entre tantas estrellas

El agradecimiento es la memoria del corazón, y mi gratitud no se reduce a esta lista. Así, quisiera dejar constancia de la deuda de gratitud contraída con mis Directores de Tesis por ayudarme a recorrer el camino y hacerme cumplir este sueño.

Quiero hacer especial mención al **Dr.D. Joaquín Ingelmo Fernández**, al que considero una institución muy grande por su constante ayuda, soporte incondicional, sabios consejos y por confiar en mí a pesar del largo recorrido que parecía inalcanzable culminar, gracias por su ejemplar actitud, respaldo tanto en lo profesional como en lo humano y porque me honra y me enorgullece que sea el director de mi tesis.

Quiero dejar constancia sobre mi más sincero agradecimiento al **Dr.D. Diego Peral Pacheco**, al que admiro y aprecio por su gran profesionalidad, por su entusiasmo, versatilidad, por su ánimo y empuje, siendo la llave que me ha abierto las puertas en este duro camino. Gracias por su estímulo constante, por enseñarme a enfrentar los obstáculos con alegría, por su constante ayuda y sabios consejos me han dado fuerzas para seguir adelante sin olvidarme de su gran amistad, confianza y fe en mí, Dicen que las penas son menos penas en compañía y si esa compañía es la suya, ni penas son, ser su amigo es un honor y tenerle a mi lado es un orgullo.

También quiero expresar mi agradecimiento al **Dr.D. Jesús Ramírez Rodrigo**, por su apoyo y orientación que para mí ha sido fundamental, su sabiduría y consejos me han guiado con gran talento en un camino en el que no tenía ni rumbo ni itinerario, gracias por tener siempre su puerta abierta para resolver mis dudas. Gracias por haber sido mi gran soporte y empuje, y por brindarme su apoyo incondicional para poder realizar lo más grande de mi ilusión y metas, ha sido un privilegio y un honor contar con su guía y ayuda.

A **Doña Nieves Fernández Sánchez**, por su apoyo, palabras de ánimo, cuando las dificultades parecían insalvables en los momentos difíciles. Gracias por su generosidad, orientación, tiempo dedicado, amabilidad, apoyo y paciencia.

Gracias al **Dr. Francisco José Vaz Leal** que junto con el **Dr. Joaquín Ingelmo Fernández** quienes despertaron mi vocación e interés en la psiquiatría.

Mil gracias por todo.

A mi padre:

La felicidad no se consigue sólo con lo que tenemos sino también reconociendo aquellos que tuvimos, por eso aunque finalizó tu recorrido por este mundo dejándonos desolados, tristes y llenos de dolor; nos alivia y agrada que el cielo disfrute de tu dulzura, bondad, de tu alegría y serenidad.

Tu ausencia llena mis ojos de lágrimas, entristece y encoje mi corazón.

Esta luz que desprendes y que nos has brindado desde el cielo ha sido la guía y el ángel que nos acompañó a lo largo de nuestro camino.

Allí donde estés, espero que te sientas orgulloso de tu obra de infundir e inspirar desde pequeños tu afán por aprender y enseñar a los demás.

A mi madre:

Jamás existirá una forma de agradecerte todo lo que has hecho por nosotros, una vida llena de lucha y esfuerzo constante.

No has escatimado esfuerzo alguno por los tuyos, has sacrificado gran parte de tu vida para formarnos y educarnos.

A quién siempre ha estado escuchando mis lamentos y se ha alegrado con mis logros.

Gracias mamá.

A mi extremeña:

Porque te tengo, te siento en cada latido.

Porque vives en mí, y seguimos el mismo camino, este camino que has sabido llevarlo con paciencia, amor, dedicación, coraje y mucho trabajo.

Has sabido inculcar la buena educación tanto moral como de valores en nuestras hijas.

Gracias por tu cariño, apoyo y comprensión a lo largo de este recorrido que sin lugar a duda sin ti no lo hubiera podido lograr.

Gracias por compartir mis horas grises al igual que mis momentos felices, mis ambiciones, sueños y metas.

A mis hermanos:

Gracias a dios por tener el tesoro más valioso, que a pesar de la distancia, y estar al otro lado del mar, vuestro amor siempre nos ha mantenido unidos, y mi corazón siempre ha estado cercano a vosotros, gracias por vuestro inagotable fuente de amor, gracias por vuestra fidelidad y grandeza y por llenar nuestra vida de alegría y felicidad, habéis

sido mi compañero en cada travesía, habéis sido la luz que ilumina mi camino, esta tesis es tan mía como vuestra. A mis cuñados por acompañarme valientemente el camino, por vuestra fidelidad, apoyo, cariño y ser testimonio para no bajar los brazos, a mis sobrinos un fuerte abrazo.

A mis hijas:

Existen amores que van mucho más allá de nuestro propio entendimiento, esto es el vuestro, solo deseo que comprendáis que el logro mío es vuestro, que mi esfuerzo está inspirado en vosotras. Por vuestro cariño, apoyo, comprensión por disculpar mis ausencias, por motivos de trabajo, y no poder compartir con vosotras el tiempo que me hubiera gustado estar.

A mis tíos:

La alegría de dar terminada esta etapa se nubla por la tristeza de la pérdida de algunos. El más sincero agradecimiento al apoyo y cariño que me habéis brindado para alcanzar mis metas, a mis primos otro fuerte abrazo.

Al servicio médico del Centro Penitenciario de Ceuta:

Deseo corresponder con amistad y el mayor de los afectos a mis compañeros del servicio médico por estar a mi lado en cada paso que daba, por su constante ayuda, comprensión y amistad incondicional porque sin su apoyo no hubiera sido posible la culminación de este estudio. Gracias a cada miembro por vuestra generosidad e infinita bondad; me faltaran palabras para expresar mi cariño y un fuerte abrazo para todos.

Gracias a mis compañeros del Centro Penitenciario de Ceuta y a la dirección del Centro Penitenciario por su apoyo, comprensión y soporte.

Gracias a cada miembro del equipo médico del Centro Penitenciario de Badajoz, por animarme a recorrer este camino de prisiones y a cada miembro del equipo médico tantos facultativos, enfermeros y auxiliares

Mis más sinceros agradecimientos a la dirección general de Sanidad Penitenciaria, por facilitarme todo aquello que he solicitado en relación a esta tesis, por vuestra generosidad, y apoyo.

Gracias Doctor Nabil por su gran amistad y por poner a mi alcance los medios necesarios para llevar a cabo este estudio.

Gracias Youssef por tu infinita ayuda en los momentos más duros, y por estar siempre a la altura.

Gracias al letrado Marcelino, por su ayuda, gran valía y sabios consejos para culminar este trabajo.

Gracias a mi gran y segunda familia de Badajoz, por abrirme vuestro hogar y hacerme sentir como si fuera mi casa y con mi propia familia. Gracias a todos, estoy convencido de que si en mi vida puedo presumir de algo, es de los grandes amigos que tengo, lo que

me hace una persona muy afortunada. No hace falta nombrarlos porque ellos saben el cariño y amor que nos unen a pesar de la distancia que nos separa, estáis siempre en mi corazón.

He seguido durante toda mi carrera y por ende, el desarrollo de la siguiente tesis la directriz de que “cuanto más larga es la isla del conocimiento, más larga es la costa de la maravilla”.

Nuestra condición humana no nos permite alcanzar las estrellas pero sí intentarlo, de ahí que la frase célebre “Dispara a la luna, si fallas, alcanzaras las estrellas”, por lo que considero que aunque la tesis adolezca de imperfecciones he conseguido alcanzar uno de los objetivos previstos, cual es aportar a la Administración Penitenciaria una visión médica de utilidad respecto a las lesiones en los Centros utilizando para ello todo mi esfuerzo, ilusión y empeño, sintiéndome parte de los resultados y autorrealizándome personal y laboralmente.

X. BIBLIOGRAFÍA

- (Uk, N. C. C. for M. H. (2004). Self-harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. British Psychological Society.
- Aguayo, J. C. M. (n.d.). Dermatilomanía o Dermatotilomania.
- Alvar Ezquerro, A. (1986). Algunas noticias sobre la vida diaria en la Cárcel de Corte de Madrid: la visita de 1588-89. In *Anales del Instituto de Estudios Madrileños* (Vol. 23, pp. 309–332).
- Álvarez Bardón, A. (2011). Soledad y agresión relacional en los centros educativos: factores protectores y de riesgo en la adolescencia temprana.
- Álvaro-Brun, E., & Vegue-González, M. (2008). Validez del Cuestionario International Personality Disorder Examination (IPDE) en una muestra de población penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10(2), 12–17.
- Americana, A. P. (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Andrade, J. A. G. (1993). *Psiquiatría criminal y forense*. Centro de Estudios Ramón Areces.
- Arboleda-Florez, J., & Holley, H. (1989). Predicting suicide behaviours in incarcerated settings. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 34(7), 668–674.
- Arroyo Cobo, J. M., & Castellano Arroyo, M. (1996). Fisiopatología de las autoagresiones en prisión. *Rev Esp Med Legal*, 76, 17–28.
- Arroyo, J. M., & Ortega, E. (2007). Un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión: Evaluación de resultados después de 6 años (2000-2005). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9(1), 6–15.
- Arroyo, J. M., & Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(1), 3–7.
- Arroyo-Cobo, J. M. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13(3), 100–111.
- Arroyo-Cobo, J. M. (2012). El Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisiones (GSMP). Actividades y funcionamiento. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 7(3).
- Arruga, A. (2003). La mutilación deliberada de los ojos. *Archivos de La Sociedad Española de Oftalmología*, 78(6), 339–340.

- Association, A. P. (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:: DSM-5*. ManMag.
- Austin, L., & Kortum, J. (2004). Self-injury: The secret language of pain for teenagers. *Education, 124*(3), 517.
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., ... RECOMS, G. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental, 5*(1), 8–23.
- Banister, P. A., Smith, F. V., Heskin, K. J., & Bolton, N. (1973). Psychological correlates of long-term imprisonment. *The British Journal of Criminology, 3*12–330.
- Barbosa, S. V. (2012). Trastornos de la personalidad y conducta delictiva.
- Barderas, R. P., & Pueyo, V. M. (1989). *Las autolesiones en el medio penitenciario español*. Universidad Complutense, Facultad de Medicina.
- Barroilhet, S., Fritsch, R., Guajardo, V., Martínez, V., Vöhringer, P., Araya, R., & Rojas, G. (2012). Ideas autolíticas, violencia autoinfligida, y síntomas depresivos en escolares chilenos. *Revista Médica de Chile, 140*(7), 873–881.
- Becerra, S., Torres, G., & Ruiz, J. I. (2008). Un Estudio Longitudinal y Comparativo sobre la Adaptación Psicosocial a Contextos Carcelarios Longitudinal and Comparative Studie of Psychosocial Adaptation to Prison Environment. *Anuario de Psicología Jurídica, 18*, 61–72.
- Bella, M. E., Fernández, R. A., & Willington, J. M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría, 108*(2), 124–129.
- Bergalli, R., & Beiras, I. R. (2003). *Sistema penal y problemas sociales*. Tirant Lo Blanch.
- Bernardino, S. O., García, G. G.-J., & Rodríguez, E. (2004). Valoración de la capacidad de obrar: el control de los impulsos.
- Bernstein, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P., Dill, D. L., ... Braun, B. G. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *Am J Psychiatry, 150*, 1030–1036.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 174*(12), 727–735.
- Birmaher, B., Stanley, M., Greenhill, L., Twomey, J., Gavrilescu, A., & Rabinovich, H. (1990). Platelet imipramine binding in children and adolescents with impulsive behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29*(6), 914–918.

- Bisquerra, R., Punset, E., Mora, F., García, E., López-Cassà, È., Pérez-González, J. C., ... Aguilera, P. (2012). ¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia. *Observatorio Faros. Disponible En Www.Faroshsjd. Net.*
- Biven, B. M. (1982). The role of skin in normal and abnormal development with a note on the poet Sylvia Plath. *International Review of Psycho-Analysis.*
- Black, D. W., & Braun, D. (1998). Antisocial patients: a comparison of those with and those without childhood conduct disorder. *Annals of Clinical Psychiatry, 10(2), 53–57.*
- Bolton, N., Smith, F. V, Heskin, K. J., & Banister, P. A. (1976). Psychological correlates of long-term imprisonment: IV. A longitudinal analysis. *The British Journal of Criminology, 38–47.*
- Boon, S., Steele, K., & van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists.* WW Norton & Company.
- Borges, C. N. L. de O. (2012). À flor da pele: Algumas reflexões a propósito de um estudo de caso sobre autolesão.
- Boudewyn, A. C., & Liem, J. H. (1995a). Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood. *Journal of Traumatic Stress, 8(3), 445–459.*
- Boudewyn, A. C., & Liem, J. H. (1995b). Psychological, interpersonal, and behavioral correlates of chronic self-destructiveness: an exploratory study. *Psychological Reports, 77(3f), 1283–1297.*
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry, 68(4), 609.*
- Brittlebank, A. D., Cole, A., Hassanyeh, F., Kenny, M., Simpson, D., & Scott, J. (1990). Hostility, hopelessness and deliberate self-harm: A prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 81(3), 280–283.*
- Brodsky, B. S., Cloitre, M., & Dulit, R. A. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 152(12), 1788.*
- Brodsky, B. S., Malone, K. M., Ellis, S. P., Dulit, R. A., & Mann, J. J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry, 154(12), 1715–1719.*
- Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, S. P., Haas, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry, 158(11), 1871–1877.*

- Brophy, M., & Holmstrom, R. (2006). *Truth Hurts: Report of the National Inquiry Into Self-harm Among Young People: Fact Or Fiction?* Mental Health Foundation.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(1), 198.
- Bubrick, K., Goodman, J., & Whitlock, J. (n.d.). Non-Suicidal Self-Injury in Schools.
- Bustamante Navarro, R., Paredes-Carbonell, J. J., Aviñó Juan-Ulpiano, D., González Rubio, J., Pitarch Monzó, C., Martínez Martínez, L., & Arroyo-Cobo, J. M. (2013). Diseño participativo de una Guía para la Promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 15*(2), 44–53.
- Bustillos, D. (2014). El fenómeno cutting y el estado psicoemocional en las y los adolescentes de 10 a 14 años de la escuela Bartolomé de las casas. comunidad Gradás. cantón Guaranda. provincia Bolívar.
- Calderón Mero, R. E. (2014). Evaluación de las relaciones familiares y sociales en madres de familia con conductas autolesivas de la escuela Camilo Gallegos Domínguez, Montecristi, 2014.
- Campos, A., Chiva, M., & Moreau, M. (2000). Alexithymia and mental imagery. *Personality and Individual Differences, 29*(5), 787–791.
- Canguilhem, G. (1956). *Lo Normal y lo Patológico*, Buenos Aires: Siglo XXI; 1971. *Originalmente Publicado, En Francés: Le Normal et Le Pathologique. Paris: Presses Universitaires de France.*
- Caravaca-Sánchez, F., Falcón-Romero, M., & Luna-Maldonado, A. (2014). Agresiones físicas en prisión, la enfermedad mental como factor de riesgo asociado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 16*(3), 84–90.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders.*
- Carr, A. C., Goldstein, E. G., Hunt, H. F., & Kernberg, O. F. (1979). Psychological tests and borderline patients. *Journal of Personality Assessment, 43*(6), 582–590.
- Casadó Marín, L. C., & Roca Girona, J. (2011). Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. Acciones autolesivas corporales en jóvenes. Tarragona, Universitat Rovira i Virgili, tesis doctoral. Ciencias, Artes y Humanidades “El Cuerpo Descifrado”. La ciencia y la tecnología en las prácticas corporales. México, UAM, ENAH, BUAP.
- Castillo, G. (2009). *El adolescente y sus retos: la aventura de hacerse mayor.*
- Castro Morales, J. (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Revista de Neuro-Psiquiatría, 77*(4), 226–235.

- Castro Pinzón, E., & Troncoso, J. L. (2005). La virtualización del cuerpo a través del “Cutting” y body art performance. in *Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social* (pp. 361-369).
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F., & Gratz, K. L. (2011). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, *34*(2), 337–347.
- Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity* Mosby, St. Louis, Mo.
- Cobo, J. M. A., & Cuenca, P. J. L. (2000). Un programa de promoción de salud en el medio penitenciario: Centro Penitenciario de Zaragoza. *Trabajo Social Y Salud*, (35), 499–503.
- Coccaro, E. F., Berman, M. E., & Kavoussi, R. J. (1997). Assessment of life history of aggression: development and psychometric characteristics. *Psychiatry Research*, *73*(3), 147–157.
- Conterio, K., & Lader, W. (1998). *Bodily harm: The breakthrough healing program for self-injurers*. Hyperion Books.
- Cosentino, J. C., & Escars, C. (2003). El giro de 1920. Más allá del principio de placer. *Imago Mundi, Buenos Aires, Argentina*.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., McCauley, E., Smith, C. J., Vasilev, C. A., & Stevens, A. L. (2008). Parent-child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(1), 15.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(3), 371–394.
- Da Silva César, T. (2014). Odia el delito y compadece al delincuente: el largo camino entre el castigo y la sensibilización. *Andalucía En La Historia*, (45), 60–63.
- Daguer, S. (2014). Riesgo suicida, intento de autoeliminación y trastornos mentales en el ámbito carcelario: estrategias preventivas del suicidio.
- Daldin, H. (1990). Self-mutilating behaviour in adolescence with comments on suicidal risk. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, *13*(4), 279–293.
- Damas, B. de, Arbizu, A., Romero, C., & Rico, A. (2003). Edipismo: a propósito de un caso de autoenucleación de ambos ojos. *Cuadernos de Medicina Forense*, (31), 47–52.
- De Expertos, C. (n.d.). Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. 2012 [citado 12 Jun 2013].

- De Neuropsiquiatría, A. E. (2008). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. La Asociación.
- De Psiquiatría, A. A. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. *Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría*, 319.
- De Stefano, J. (2006). Walsh, B. Treating self-injury: A practical guide. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy/Revue Canadienne de Counseling et de Psychothérapie*, 40(4).
- Deiter, P. J., Nicholls, S. S., & Pearlman, L. A. (2000). Self-injury and self capacities: Assisting an individual in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 56(9).
- Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C. I., & Martínez, O. L. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(4), 159–168.
- Des politiques-Recherche, S. (2010). L'automutilation: analyse documentaire et répercussions sur les services correctionnels (Rapport complet).
- Doctors, S. (1980). The symptom of delicate self-cutting in adolescent females: a developmental view. *Adolescent Psychiatry*, 9, 443–460.
- Doctors, S. (2007). Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis*, (27), 2.
- Dooley, E. (1990). Prison suicide in England and Wales, 1972-87. *The British Journal of Psychiatry*, 156(1), 40–45.
- Dubicka, B., Hadley, S., & Roberts, C. (2006). Suicidal behaviour in youths with depression treated with new-generation antidepressants. *The British Journal of Psychiatry*, 189(5), 393–398.
- Eizaguirre, A. E. (2002). Alexitimia y relaciones de pareja. *Psicothema*, 14(4), 760–764.
- Emerson E, L. (1913). The case of Miss A: A preliminary report of a psychoanalytic study and treatment of a case of self-mutilation. *Psychoanalytic Review*, 1(1), 41–54.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 249–261.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 957–979.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2005). In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-

- seeking, communication and coping strategies? *Journal of Adolescence*, 28(4), 573–587.
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (1998). Impulsive and compulsive self-injurious behavior in bulimia nervosa: Prevalence and psychological correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(3), 157–165.
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (2000). Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(8), 537–542.
- Favazza, A. R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Psychiatric Services*, 40(2), 137–145.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. JHU Press.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259–268.
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24(1), 22–30.
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 283–289.
- Favazza, A. R., DeRosear, L., & Conterio, K. (1989). Self-Mutilation and Eating Disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(4), 352–361.
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Psychiatric Services*, 44(2).
- Favazza, A. R., & Simeon, D. (1995). Self-mutilation.
- Fernández Mouján, O. (1986). Abordaje teórico y clínico del adolescente. *Edic. Nueva Visión. Bs. As. Cap. I-VIII*.
- Firestone, R. W., & Seiden, R. H. (1990a). Psychodynamics in adolescent suicide. *Journal of College Student Psychotherapy*, 4(3-4), 101–124.
- Firestone, R. W., & Seiden, R. H. (1990b). Suicide and the continuum of self-destructive behavior. *Journal of American College Health*, 38(5), 207–213.
- Folino, J. Ó., Escobar-Córdoba, F., & Castillo, J. L. (2006). Exploración de la validez de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS 11) en la población carcelaria argentina. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(2), 132–148.
- Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008a). Adolescents' views on preventing self-harm. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2), 96–104.

- Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008b). Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*, 8(1), 369.
- Fox, C., & Hawton, K. (2004). *Deliberate self-harm in adolescence*. Jessica Kingsley Publishers.
- Franklin, R. K. (1988). Deliberate Self-Harm Self-Injurious Behavior within a Correctional Mental Health Population. *Criminal Justice and Behavior*, 15(2), 210–218.
- Freud, A. (1946). The psycho-analytical treatment of children.
- Freud, A. (1985). *El yo y los mecanismos de defensa*. Planeta-De Agostini.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras Completas*, 2, 2091–2101.
- Freud, S. (1920). The psychogenesis of a case of female homosexuality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 1(2), 129–130.
- Freudenberg, N., Moseley, J., Labriola, M., Daniels, J., & Murrill, C. (2007). Comparison of health and social characteristics of people leaving New York City jails by age, gender, and race/ethnicity: implications for public health interventions. *Public Health Reports*, 122(6), 733.
- Friedman, L. (1996). Overview: knowledge and authority in the psychoanalytic relationship. *The Psychoanalytic Quarterly*, 65(1).
- Friedman, R. C. and Corn, R. (1987). *Suicide and the Borderline Depressed Adolescent and Young Adult*. Journal of the American Academy of Psychoanalysis.
- Fulwiler, C., Forbes, C., Santangelo, S. L., & Folstein, M. (1997). Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 25(1), 69–77.
- García Maldonado, G., Saldívar González, A. H., Llanes Castillo, A., & Sánchez Juárez, I. G. (2011). El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud Mental*, 34(4), 367–378.
- García Nieto, R. (2005). El crepúsculo de la mente. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (95), 25–47.
- Giesbrecht, T., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., & Merckelbach, H. (2008). Cognitive processes in dissociation: an analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, 134(5), 617.

- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42*(4), 496–507.
- González, R. B., & Álvarez, B. G. (2012). Conductas autolesivas. *Cad Atenc Primaria, 18*, 70–72.
- González-Abraldes Iglesias, I. (2012). El neuroticismo y la extraversión de los cuidadores de personas con demencia como factores moduladores de la sobrecarga asistencial.
- González-Forteza, C. (1996). Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis de doctorado. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, 1996.[Links].
- González-Forteza, C., Alvarez-Ruiz, M., Saldaña-Hernández, A., Carreño-García, S., Chávez-Hernández, A.-M., & Pérez-Hernández, R. (2005). Prevalence of deliberate self-harm in teenage students in the state of Guanajuato, Mexico: 2003. *Social Behavior and Personality: An International Journal, 33*(8), 777–792.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Bermúdez, P., & Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental, 25*(6), 1–12.
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(2), 238.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry, 72*(1), 128.
- Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2007). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity, 8*(1), 1.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 37*(1).
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41–54.
- Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D., & Boergers, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(9).

- Haines, J., & Williams, C. L. (1997). Coping and problem solving of self-mutilators. *Journal of Clinical Psychology, 53*(2), 177–186.
- Hammad, T. A., Laughren, T. P., & Racoosin, J. A. (2006a). Suicide rates in short-term randomized controlled trials of newer antidepressants. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 26*(2), 203–207.
- Hammad, T. A., Laughren, T., & Racoosin, J. (2006b). Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Archives of General Psychiatry, 63*(3), 332–339.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British Journal of Psychiatry, 178*(1), 48–54.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (2000). Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985–1995. *Journal of Adolescence, 23*(1), 47–55.
- Hawton, K., & Harriss, L. (2008). The changing gender ratio in occurrence of deliberate self-harm across the lifecycle. *Crisis, 29*(1), 4–10.
- Hawton, K., McKeown, S., Day, A., Martin, P., O'Connor, M., & Yule, J. (1987). Evaluation of out-patient counselling compared with general practitioner care following overdoses. *Psychological medicine, 17*(03).
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *Bmj, 325*(7374).
- Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., & Van Heeringen, K. (2008). Tratamientos psicosociales y farmacológicos para la autoagresión deliberada (Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm). La Biblioteca Cochrane Plus, 3. Oxford, Update Software Ltd. Retrieved from <http://www.update-software.com/abstractsES/AB001764-ES.htm>.
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry, 182*(6), 537–542.
- Haycock, J. (1989). Manipulation and suicide attempts in jails and prisons. *Psychiatric Quarterly, 60*(1), 85–98.
- Hayton, P., & Boyington, J. (2006). Prisons and health reforms in England and Wales. *American Journal of Public Health, 96*(10), 1730.
- Heath, N. L., & Nixon, M. K. (2009). Assessment of nonsuicidal self-injury in youth. *Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention, 143–170*.

- Henderson, R. R., & Madriz, L. F. V. (2012). Terapia conductual dialéctica: descripción general de una propuesta centrada en la aceptación incondicional. *Revista de Ciencias Sociales*, (137).
- Hermosa, J. I. R., García, J. R., Feliú, B. R., Vilà, J. G., Cazador, A. C., Vallès, J. P., ... Fernández, D. A. (2004). Ingestión reiterada de cuerpos extraños y autoagresiones abdominales como intento de suicidio. *Gastroenterología Y Hepatología*, 27(9), 529–534.
- Hernández, G. (2007). Trastornos disociativos y somatomorfos. *Departamento de Psiquiatría Y Salud Mental Sur*.
- Herpertz, S., Sass, H., & Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*, 31(4), 451–465.
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *The Journal of Early Adolescence*, 28(3).
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25(1), 1–23.
- Hunter-Watts, C. (n.d.). Trastornos violentos en la edad escolar.
- Ibáñez, Á. F., Costa, M. V., del Real Peña, A., & del Castillo, C. S. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática Y Psiquiatría de Enlace*, (103), 5.
- Icarán, E., Colom, R., & García, F. O. (1996). Experiencias disociativas: una escala de medida. *Anuario de psicología/The UB Journal of Psychology*, (70), 69–84.
- Isacsson, G., & Rich, C. L. (2001). Regular review: Management of patients who deliberately harm themselves. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7280), 213.
- Izutsu, T., Shimotsu, S., Matsumoto, T., Okada, T., Kikuchi, A., Kojimoto, M., ... Yoshikawa, K. (2006). Deliberate self-harm and childhood hyperactivity in junior high school students. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(3).
- Jacoby Schneider, V. (2011). Autopercepción en un grupo de adolescentes institucionalizadas que se autolesionan.
- Jiménez, N. H. (2010). Reflexiones sobre Marcas en la Piel. *La Importancia de Mantenerse Inserto En Algún Tipo de Red de Intercambio Comunicacional: Social O Electrónica The Importance of Staying Inserted in Any Sort of Communication Exchange Network: Social or Electronically* Angélica Ojeda García, 38.

- Kahan, J., & Pattison, E. M. (1984). Proposal for a Distinctive Diagnosis: the Deliberate Self-Harm Syndrome (DSH). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14(1), 17–35.
- Kendall, R. Y. R. E., & Rodríguez, E. (2002). Validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en una población de estudiantes universitarios. Tesis De Título Profesional De Especialista En Psiquiatría. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima, Perú.
- Kirchner, T., Forns, M., & Mohiano, S. (2008). Identifying the Risk of Deliberate Self-Harm Among Young Prisoners by Means of Coping Typologies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(4), 442–448.
- Kirchner, T., & Mohino, S. (2003). Estrategias de coping y conducta autolesiva en jóvenes reclusos. *Revista de Psiquiatría de La Facultad de Medicina de Barcelona*. 30 (2), 77–85.
- Klonsky, E. D. (2005). The functions of deliberate self-harm in college students. University of Virginia.
- Klonsky, E. D. (2010). Funciones de las lesiones autoinfligidas en adultos jóvenes que se cortan: clarificación de las evidencias para la regulación del afecto. *Psiquiatría Biológica*, 17(2), 63–70.
- Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 166–170.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045–1056.
- Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J., Lewis, S. P., & Walsh, B. (2011). *Nonsuicidal self-injury* (Vol. 22). Hogrefe Publishing.
- Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 22.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2014). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*.
- Kondrichin, S. V, & Lester, D. (1998). Suicide in Belarus. *Crisis*, 19(4), 167–171.
- Lambert, A., & de Man, A. F. (2007). Alexithymia, depression, and self-mutilation in adolescent girls. *North American Journal of Psychology*, 9(3), 555.
- Lancelle, D., Solery, I., & Triay, R. (2007). Familia, sociedad y su relación con la delincuencia infanto-juvenil. Argentina: Curso virtual interdisciplinario a distancia. Salud mental, psicología y psicopatología del niño, el adolescente y su familia.

- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5).
- Lehoux, P. M., Steiger, H., & Jabalpurlawa, S. (2000). State/trait distinctions in bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 36–42.
- León Campos, J. M. (2013). Programa de intervención y prevención de las conductas agresivas a través de la asignatura de Educación Física en el contexto escolar.
- Lesniak, R. L. G. (2008). Self-Injury Behavior: How Can Nurses HELP? *Journal of Christian Nursing*, 25(4), 186–193.
- Levenkron, S. (1998). de corte: la comprensión y la superación de uno mismo-mutilación. New York, New York: Crown Ltd León, WW Norton & Company Inc.
- Lévi-Strauss, C. (2014). *Antropología estructural*. Editora Cosac Naify.
- Levitt, J. L., Sansone, R. A., & Cohn, L. (2004). *Self-harm behavior and eating disorders: Dynamics, assessment, and treatment*. Psychology Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Lohner, J., & Konrad, N. (2006). Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: distinguishing features in male inmates’ self-injurious behavior. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(5), 370–385.
- Lohner, J., & Konrad, N. (2007). Risk factors for self-injurious behaviour in custody: problems of definition and prediction. *International Journal of Prisoner Health*, 3(2), 135–161.
- López Barrachina, R. (2009). Más allá de la resolución WHA49. 25: Factores de riesgo de violencia autoinfligida e interpersonal en población penitenciaria.
- López, L. N., Pont, F. M., & Mejías, Ó. H. (2011). *Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave*. Ministerio de Interior, Secretaría General Técnica.
- López Ortega, M. de los Á. (2012). Autolesión en las canciones, el cine y la literatura.
- López-Barrachina, R., Lafuente, O., & García-Latas, J. L. (2007). Del mito de Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas: Una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9(2), 28–40.

- López-Ibor Aliño, J. J., Pérez Urdaniz, A., & Rubio Larrosa, V. (1996). *Examen internacional de los trastornos de la personalidad*. Meditor.
- Loyola Alvarez, N. (2012). Validez y confiabilidad de la escala de impulsividad de Barratt versión 11 (BIS-11) en mujeres encarceladas.
- Lunazzi, H., Tonin, S., Falcón, L., Quintero, E., & D'Alessio Vila, S. D. (2009). Adaptación argentina de la escala TAS-20, validez de su capacidad diagnóstica para evaluar la alexitimia y análisis de sus factores. In *II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata*.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., De Wilde, E. J., ... Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 499–508.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. de, Corcoran, P., Fekete, S., ... Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667–677.
- Mahler, M. S., & Kaplan, L. (1977). Developmental aspects in the assessment of narcissistic and so-called borderline personalities. *Borderline Personality Disorders*, 71–85.
- Mairal, J. B. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Fundamentos, aplicación em el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas: Revista de Ciencias Humanas Y Sociales*, 65(127), 761–781.
- Malaver Pérez, I. M. (n.d.). Diferencias de género sobre riesgo de suicidio en población reclusa Colombiana/Gender differences about risk of suicide in Colombian prisoner population. Universidad Nacional de Colombia.
- Malon, D. W., & Berardi, D. (1987). Hypnosis with self-cutters. *American Journal of Psychotherapy*.
- Manca, M. (2011). Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de los límites.
- Marín, L. C. C. (2010). Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento: lecturas y significados de las acciones corporales autolesivas en jóvenes. *Desvelando El Cuerpo: Perspectivas Desde Las Ciencias Sociales Y Humanas*, 267.
- Marín Tejeda, M. I. (2013). Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan.
- Marín-Basallote, N., & Navarro-Repiso, C. (2012). Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del

- Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(3), 80–85.
- Martínez, A., & Hinojal, R. (2012). Manejo del paciente violento en prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 1(1).
- Martínez Cordero, A., Hinojal Fonseca, R., Bodes Garcia, J. B., & Martínez Jarreta, B. (1994). Diferencias epidemiológicas en delincuentes con relación a sus antecedentes psiquiátricos. *Actas Luso Espanolas de Neurologia Psiquiatria Y Ciencias Afines*, 22(4), 153–157.
- Martínez, D. V. (2007). Autolesiones deliberadas-DSH-, Una aproximación a su corporalidad. In *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Martínez, D. V. (2008). Autolesiones deliberadas y corporalidad. primeras observaciones. In *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Martínez-Cordero, A., & Amo-Fernández, J. (2013). Autolesión producida por punción e introducción de un objeto alargado a través de la pared abdominal. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15(3), 114–115.
- Martínez-Cordero, A., González-Marqués, J., Amo-Fernández, J., González-Blanco, E., & Pérez-Velasco, P. (2012). Ingesta voluntaria de un cortauñas: seguimiento mediante radiografía simple de abdomen. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(1), 36–37.
- Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Chiba, Y., Asami, T., Iseki, E., & Hirayasu, Y. (2004). Patterns of self-cutting: A preliminary study on differences in clinical implications between wrist-and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(4), 377–382.
- Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Chiba, Y., Asami, T., Iseki, E., & Hirayasu, Y. (2005). Self-burning versus self-cutting: Patterns and implications of self-mutilation; a preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in a Japanese juvenile detention center. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(1), 62–69.
- McDonald, D., & Thomson, N. J. (1993). Australian deaths in custody, 1980-1989. 2. Causes. *The Medical Journal of Australia*, 159(9), 581–585.
- McKay, D., Neziroglu, F., & Yaryura-Tobias, J. A. (1997). Comparison of clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(4), 447–454.
- McLane, J. (1996). The Voice on the Skin: Self-Mutilation and Merleau-Ponty's Theory of Language. *Hypatia*, 11(4), 107–118.

- Mendieta Colmenero, J. (2013). El Efecto de las condenas largas en prisión en Cataluña: Prisonización y Riscanvi.
- Mendoza, Y., & Pellicer, F. (2002). Percepción del dolor en el síndrome de comportamiento autolesivo. *Salud Mental*, 25(4), 10–16.
- Menninger, K. A. (1935). A psychoanalytic study of the significance of self-mutilations. *The Psychoanalytic Quarterly*.
- Menninger, K. A., & Debrigode, P. (1972). *El hombre contra sí mismo*. Ediciones Península.
- Messer, J. M., & Fremouw, W. J. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(1).
- Micale, M. S., & Lerner, P. (2001). *Traumatic pasts: history, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870-1930*. Cambridge University Press.
- Michelmores, L., & Hindley, P. (2012). Help-Seeking for Suicidal Thoughts and Self-Harm in Young People: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(5), 507–524.
- Mikolajczak, M., Petrides, K. V., & Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(2).
- Miller, D. (2005). *Women who hurt themselves: A book of hope and understanding*. Basic Books.
- Mira, A., & Marlon, D. (2012). Aproximación Multidisciplinar a la Violencia Autoinfligida.
- Mohino, S., Ortega, L., Planchat, L. M., Dolado, J., Martí, G., & Cuquerella, A. (2012). Diferencias clínicas y psicosociales entre jóvenes reclusos con episodios de autolesiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 4(3).
- Montes, S. A., Ledesma, R. D., & Poó, F. M. (2011). Evaluación psicométrica de una versión modificada de la Escala de Experiencias Disociativas (DES-M). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(1), 67–90.
- Mora Ríos, K. V. (2013). Cortes en el cuerpo: respuesta sintomática en el adolescente y su incidencia en la institución educativa.
- Mosquera, D. (2008). *La autolesión: el lenguaje del dolor*. Pléyades.
- Mouján, O. F. (1974). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Ediciones Nueva Visión.

- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 12–23.
- Muehlenkamp, J. J., Walsh, B. W., & McDade, M. (2010). Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: The signs of self-injury program. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 306–314.
- Mundt, A. P., Alvarado, R., Fritsch, R., Poblete, C., Villagra, C., Kastner, S., & Priebe, S. (2013). Prevalence rates of mental disorders in Chilean prisons. *PloS One*, 8, 1–8.
- Muñagorri Sansalvador, R., & Peñalver Peña, M. (2008). Intentos autolíticos en prisión. Un análisis forense.
- Nader, A., & Boehme, V. (2003). Automutilación: ¿ Síntoma o Síndrome. *Boletín Sociedad de Psiquiatría Y Neurología de La Infancia Y Adolescencia*, 14 (1), 32–37.
- Nader, A., & Morales, A. M. (2008). Síndrome de automutilación en adolescents: Análisis comparativo de comorbilidad. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc*, 19(2), 21–28.
- Neziroglu, F., McKay, D., Todaro, J., & Yaryura-Tobias, J. A. (1997). Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid axis II diagnoses. *Behavior Therapy*, 27(1), 67–77.
- Nixon, M. K., Cloutier, P., & Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178(3).
- Nixon, M. K., & Heath, N. L. (2008). *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. Taylor & Francis.
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65–72.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885.
- Oliveira, G., Khaski, S., & Achenbach, R. E. (2014). Lesiones en la piel por auto-injuria. *Revista Argentina de Dermatología*, 95(1), 47–48.
- Oliver Olmo, P. (2005). La acción colectiva en las prisiones y el cambio social: los presos comunes como sujetos históricos. Proyecto de investigación, véase en: <http://www.uclm.es/profesoradO/poliver/pdf/desorden/accionColectivaPrisiones.pdf>.
- Oliver Olmo, P. (2009). Prisionización y bioprotesta. *Mendiola Gonzalo, I.: Rastros Y Rostros de La Biopolítica, Barcelona*.

- Olmo, P. O. (2009). Prisionización y bioprotesta. In *Rastros y rostros de la biopolítica* (pp. 247–270). Anthropos.
- Ortega, A. J. M. (2004). E. La inadaptableidad como signo de trastorno mental en reclusos. Libro de Comunicaciones del V Congreso Nacional y VI Europeo sobre Trastornos de la Personalidad. *Zaragoza Junio*.
- Ortet, G., Ibáñez, M., Moro, M., & Silva, F. (2008). Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck: versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS). TEA Ediciones: Madrid.
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I., & Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20): un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55–76.
- Páez, F., Jiménez, A., López, A., Raull Ariza, J. P., Ortega Soto, H., & Nicolini, H. (2013). Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik.
- Pao, P. (1969). The syndrome of delicate self-cutting*. *British Journal of Medical Psychology*, 42(3), 195–206.
- Para ASeFo, J. F. G., & Foro, A. S. (n.d.). Autolesión: Guía de medidas anticontagio y contra las desventajas de Internet.
- Parfitt, G., & Eston, R. G. (2005). The relationship between children's habitual activity level and psychological well-being. *Acta Paediatrica*, 94(12), 1791–1797.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive Psychiatry*, 35(4), 301–305.
- Parkar, S. R., Dawani, V., & Weiss, M. G. (2006). Clinical diagnostic and sociocultural dimensions of deliberate self-harm in Mumbai, India. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(2), 223–238.
- Participan, M. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(4), 226–235.
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867–872.
- Patton, J. H., & Stanford, M. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774.
- Pelios, L., Morren, J., Tesch, D., & Axelrod, S. (n.d.). El impacto de la metodología del análisis funcional en el tratamiento optativo para la auto-lesión y la conducta agresiva.

- Penado Abilleira, M. (2012). Agresividad reactiva y proactiva en adolescentes: efecto de los factores individuales y socio-contextuales.
- Peña, B. A. (2009). Instituciones y crianza. *Cuadernos de Psiquiatría Y Psicoterapia Del Niño Y Del Adolescente*, 167.
- Pérez, E. J. P., Monje, M. T. R., Alonso, F. G., Girón, M. F., López, M. P., & Romero, J. C. (2007). Validación de un instrumento para la detección de trastornos de control de impulsos y adicciones: el Multicage CAD-4. *Trastornos Adictivos*, 9(4), 269–278.
- Piña, C. R. R., & Salcido, M. R. E. (2012). La percepción del clima familiar en adolescentes miembros de diferentes tipos de familias. *Psicología Y Ciencia Social/Psychology and Social Science*, 10(1 y 2).
- Pitman, A., & Tyrer, P. (2008). Implementing clinical guidelines for self harm—highlighting key issues arising from the NICE guideline for self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(4), 377–397.
- Pont, F. M. (2007). Aplicación de las técnicas psicodiagnósticas en el medio penitenciario. *Anuario de Psicología Jurídica*, 17, 179–207.
- Porter, S., & Woodworth, M. (2006). Psychopathy and aggression. *Handbook of Psychopathy*, 481–494.
- Power, K. G., & Spencer, A. P. (1987). Parasuicidal behaviour of detained Scottish young offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 31(3), 227–235.
- Robles, R., Páez, F., Marín, M. (2011). Trastornos disociativos y somatomorfos. En Caballo, V., Salazar, I., Carrobles, J. Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Madrid: Pirámide.
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1).
- Rodríguez, A. C. D., Sandoval, A. M. G., & Minor, N. (2008). La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos.
- Rodríguez, M., & Guerrero, S. (2005). *Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario*. Red Revista Colombiana de Psiquiatría.
- Rodríguez, P. D. A. (n.d.). La autolesión: Posibles causas y consecuencias, y su manejo exitoso.

- Rodríguez-Arrebola, E. (2012). Abordaje psiquiátrico de los trastornos de personalidad en el medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 7(3).
- Rosen, P. M., & Heard, K. V. (1995). A Method for Reporting Self-Harm According to Level of Injury and Location on the Body. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(3), 381–385.
- Rosen, P. M., Walsh, B. W., & Rode, S. A. (1990). Interpersonal Loss and Self-Mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.
- Rospigliosi Tudela, S. F. (2011). Autolesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima Metropolitana.
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1).
- Rubio, C. L. (2006). «El mal necesario» o la política penitenciaria en la transición. *Mientras Tanto*, 85–98.
- Rubio Larrosa, V. (1992). Trastornos de la Personalidad en población penitenciaria. In *Actas I Congreso Nacional de Psiquiatría Legal*. Zaragoza.
- Rubio, V., Varona, J., Muro, C., Valls, E., Bosqued, M., & Granada, J. M. (1992). Trastornos de personalidad en población penitenciaria. In *Actas del I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal* (pp. 1–3).
- Ruiz Cerón, I., & Gallardo Cruz, J. A. (2002). Impacto psicológico de la negligencia familiar (leve versus grave) en un grupo de niños y niñas.
- Ruiz Sánchez, J. J., & Cano Sánchez, J. J. (1992). Manual de psicoterapia cognitiva.
- Saçarçelik, G., Türkcan, A., Güveli, H., & Yeşilbaş, D. (2011). The prevalence of deliberate self-harm behavior and its association with sociodemographic features in patients referred to secondary care psychiatric clinic for adolescents and young adults. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 24(4), 253–264.
- Sadock, J. (2004). Speech acts. *Handbook of Pragmatics*.
- Sánchez, J. M. P. (2006). Eficacia del programa IRIS para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios (Doctoral dissertation, Universidad de Extremadura).
- Sanz, J., Gómez-Pintado, P., Ruiz, A., Pozuelo, F., & Arroyo, J. M. (2014). Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM): valoración tras cuatro años de funcionamiento. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(3), 91–102.
- Scilletta, D. (2009). Autolesiones mediante cortes reiterados en piel. *Subjetividad Y Procesos Cognitivos*, 13(2), 183–197.

- Scilletta, D. B. (2011). Pulsiones, defensas y su estado en los episodios que anteceden a los cortes autoinfligidos en piel. Estudio exploratorio a partir de los relatos de dos pacientes mujeres en tratamiento en un hospital público.
- Scilletta, D. B. (2012). Aplicación de un método de investigación sistemática al discurso de pacientes que se autoinfligen cortes en piel. Contraste entre los diferentes resultados obtenidos.
- Scotta, P. M., de Tesis Metodológico, T., Alonso, P. R. G., Scaglioni, M. P., Lagos, O., & Rosario, S. (n.d.). La elección de autoincineración como forma de suicidio.
- Schmidt, V. (2010). Las bases biológicas del neuroticismo y la extraversión, ¿por qué nos comportamos como lo hacemos? *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2(1), 20–25.
- Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., & Joiner Jr, T. E. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(2), 167.
- Serrano, P. G. (1995). La génesis de los dioses frígios: Cibele y Atis. *Ilu. Revista de Ciencias de Las Religiones*, 105.
- Sevilla, L. G., Pérez, J., & Tobeña, A. (1979). Fiabilidad y validez de la versión castellana del EPI (Eysenck Personality Inventory). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 11(3), 393–402.
- Simeon, D., Stanley, B., & Frances, A. (1992). Self-mutilation. *Am J Psychiatry*, 1(49), 221.
- Sivak, R., Wiater, A., & Lolas, F. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos: teoría y clínica*. Paidós.
- Solbes, M., & Manuel, V. (2006). Actitudes de los internados en prisión, menores de veintiún años, ante la función reeducadora del medio penitenciario en el ámbito andaluz.
- Solomon, Y., & Farrand, J. (1996). “Why don’t you do it properly?” Young women who self-injure. *Journal of Adolescence*, 19(2), 111–119.
- Souza, M. M., & Cruz, M. L. (n.d.). Modificaciones corporales, autolesión y salud.
- Speckens, A. E. M., Van Hemert, A. M., Spinhoven, P., Hawton, K. E., Bolk, J. H., & Rooijmans, H. G. M. (1995). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *Bmj*, 311(7016), 1328–1332.
- Spitz, R. A. (1953). Aggression: Its Role in the Establishment of Object Relations.

- Springer-Kremser, M., Leithner, K., Fischer, M., & Löffler-Stastka, H. (2003). Gender and perversion—what constitutes a “Bad Mother.” *Archives of Women’s Mental Health*, 6(2), 109–114.
- Stengel, E. (1964). Suicide and attempted suicide.
- Stengel, E., & Cook, N. G. (1961). Contrasting suicide rates in industrial communities. *The British Journal of Psychiatry*, 107(451), 1011–1019.
- Stoff, D. M., Pollock, L., Vitiello, B., Behar, D., & Bridger, W. H. (1987). Reduction of (–3H)-imipramine binding sites on platelets of conduct-disordered children. *Neuropsychopharmacology*.
- Struckman-Johnson, C., & Struckman-Johnson, D. (2000). Sexual coercion rates in seven Midwestern prison facilities for men. *The Prison Journal*, 80(4), 379–390.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531–554.
- Suyemoto, K. L., & MacDonald, M. L. (1995). Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(1), 162.
- Swadi, H. (2004). Self-mutilation among adolescents and youth: Some clinical perspectives. *New Zealand Family Physician*, 31(6).
- Taboada, E. (n.d.). Autolesiones (segunda parte).
- Taboada, E. (2007). Autolesiones. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología, Y Praxis*, 5(3), 7–31.
- Tolmunen, T., Rissanen, M.-L., Hintikka, J., Maaranen, P., Honkalampi, K., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2008). Dissociation, self-cutting, and other self-harm behavior in a general population of Finnish adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(10).
- Turner, V. J. (2002). *Secret scars: Uncovering and understanding the addiction of self-injury*. Hazelden Publishing.
- Tutusaus, X. R., Olmos, J. G., & Esparcia, A. J. J. (2012). Las conductas autolesivas en el ámbito penitenciario. Una revisión del estado del arte. *Papeles Del Psicólogo*, 33(2), 116–128.
- Tyrer, P., Gunderson, J., Lyons, M., & Tohen, M. (1997). Special feature: Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 242–259.
- Ulloa Flores, R. E., Contreras Hernández, C., Paniagua Navarrete, K., & Victoria Figueroa, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental*, 36(5), 421–427.

- Vahos Sarrias, M. I., & Peláez Vélez, M. T. (2013). Formas de violencia en la primera infancia: los niños y las niñas entre objetos de protección y sujetos de derechos.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, *148*(12).
- Van IJzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, *16*(5), 365–382.
- Vanderlinden, J. (1997). *Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders*. Psychology Press.
- Vásquez Contreras, C. F. (2011). Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana.
- Vázquez, O. G., Benjet, C., García, F. J., Castillo, E. R., & Riveros, A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, *38*(4), 253–258.
- Velasco, C. (2000). Personalidad y alexitimia. *Páez D. Y Casullo M. (Comp.) Cultura Y Alexitimia. ¿Cómo Expresamos Aquello Que Sentimos*, 15–33.
- Verger-Pratoucy, J. C. (1970). Prehistoric maxillo-dental mutilations. *Bulletin Du Groupement International Pour La Recherche Scientifique En Stomatologie*, *13*(2), 133.
- Vicente, J. M. M. (2011). La Psicopatía y su Repercusión Criminológica: Un modelo Comprehensivo de la Dinámica de Personalidad Psicopática *Psychopathy and its Criminological Impact: A Comprehensive Model of the Psychopathic*. *Anuario de Psicología Jurídica*, *21*, 57–68.
- Vives, F. M., i Raga, M. J. C., & i Colet, A. V. (2005). Características psicométricas de las versiones reducidas del cuestionario de agresividad de Buss y Perry. *Psicothema*, *17*(1), 96–100.
- Walmsley, R. (2003). *World prison population list*. Home Office London,, England.
- Walsh, B. (2007). Clinical assessment of self-injury: A practical guide. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(11), 1057–1068.
- Walsh, B. W. (2012). *Treating self-injury: A practical guide*. Guilford Press.
- Waugh, A. C. (1986). Autocastration and biblical delusions in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, *149*(5), 656–658.
- White, V. E., McCormick, L. J., & Kelly, B. L. (2003). Counseling Clients Who Self-Injure: Ethical Considerations. *Counseling and Values*, *47*(3), 220–229.

- Whitlock, J. (2010). Self-injurious behavior in adolescents. *PLoS Med*, 7(5), e1000240.
- Whitlock, J., Eells, G., Cummings, N., & Purington, A. (2009). Nonsuicidal self-injury in college populations: Mental health provider assessment of prevalence and need. *Journal of College Student Psychotherapy*, 23(3), 172–183.
- Whitlock, J., & Knox, K. L. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(7), 634–640.
- Winchel, R. M., & Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *The American Journal of Psychiatry*, 148
- Winnicott, D. (1975). 'El psicoanálisis y el sentimiento de culpabilidad. *Proceso de Maduración En El Niño*.
- Winnicott, D. W. (1995). The psychology of madness: a contribution from psychoanalysis. *New formations*, 45–53.
- Wolff, N., Blitz, C. L., Shi, J., Siegel, J., & Bachman, R. (2007). Physical violence inside prisons: Rates of victimization. *Criminal Justice and Behavior*.
- Woods, J. (1988). Layers of meaning in self-cutting. *Journal of Child Psychotherapy*, 14(1), 51–60.
- Wool, R. J., & Dooley, E. (1987). A study of attempted suicides in prisons. *Medicine, Science and the Law*, 27(4), 297–301.
- Yaryura-Tobias, J. A., Neziroglu, F. A., & Kaplan, S. (1995). Self-mutilation, anorexia, and dysmenorrhea in obsessive compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17(1), 33–38.
- Yip, K., Ngan, M., & Lam, I. (2003). A qualitative study of parental influence on and response to adolescents' self-cutting in Hong Kong. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 84(3), 405–416.
- Z Bango, A. N. L., & Galo, A. A. G. (2015). Trabajo final de grado.
- Zila, L. M., & Kiselica, M. S. (2001). Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling & Development*, 79(1).
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1).
- Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaş, H. A., Ozturk, M., ... Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(1), 119–126.

- Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savas, H. A., Ozturk, M., ... Kora, M. E. (2003). Resisting Urges to Self-Injure. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 119–126.
- Zuaznábar, M. A. B., Concepción, O. F., Nellar, C. J. P., Fernández, G. L., Entenza, C. M., Cabrera, A. P., ... Concepción, A. M. (2007). Guías de práctica clínica. *Medisur*, 5(1), 1.
- Zweig-Frank, H., Paris, J., & Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie*.

- Alcoholismo y negación. Obtenida el 28 de junio de 2012, de <https://piensasolucionesenpsicologia.wordpress.com/page/22/>
- Alex Mercer, Clinic and Psique. Personas que se autolesionan... ¿Qué es la autolesión? Investigación y alternativas. Obtenida el 21 de junio de 2013, de <http://clinicandpsique.blogspot.com/2013/06/personas-que-se-autolesionan-que-es-la.html>
- ASeFo: Autolesion Selfinjury Foro. (s.f.). Obtenido de ASeFo: Autolesion Selfinjury Foro: <http://www.autolesion.com/2011/11/16/autolesion-definicion-causas-factores-de-riesgo-sintomas-diagnostico-tratamiento-y-prevencion/>
- ASeFo. Clasificación de las autolesiones. <http://www.autolesion.com/guia-autolesion/para-entender-la-autolesion/que-es-autolesion/>
- ASeFo. ¿Qué es la autolesión?. Obtenida el 8 de mayo de 2011, de <http://www.autolesion.com/guia-autolesion/para-entender-la-autolesion/que-es-autolesion/>
- ASeFo autolesion self injury. <http://www.autolesion.com/guia-autolesion/para-entender-la-autolesion/que-es-autolesion/>
- Clasificación de la autolesion? Obtenida el 4 de enero de 2011, de <http://foro-autolesion.blogspot.com/2011/01/que-es-exactamente-la-autolesion.html>
- Dolores Mosquera. Autolesiones en la historia. N.d. <http://free-from-harm.tumblr.com/post/50853943398/autolesiones-en-la-historia>
- Dora Santos Bernard. Clasificación de las autolesiones. n.d. <http://free-from-harm.tumblr.com/post/50849294470/clasificacion-de-las-autolesiones>
- Dra. Dora Santos Bernard, ASeFo. Autolesión no Suicida del DSM-V (Manual de trastornos mentales). Obtenida el 19 de abril de 2012, de <http://www.autolesion.com/2012/04/19/diagnosticos-propuestos-de-autolesion-no-suicida-en-el-manual-de-trastornos-mentales-dsm-v-traduccion/>
- Elisabeth Rigo Andrews. Autolesiones, por qué lo hacen, todo lo que necesitas saber y como enfrentarte a ellas. Obtenida el 18 de octubre de 2013, de <http://www.autolesion.com/2013/10/18/autolesiones-porque-lo-hacen-todo-lo-que-necesitas-saber-y-como-enfrentarte-a-ellas-trigger/>
- La Conducta Autolesiva: "La necesidad de hacerse daño". N.d. de <http://psicologiainfantil.cl/conductaautolesiva.html>.
- Luz María Huerta (2013), Algunas Consideraciones Psicoanalíticas sobre las Autolesiones.

<http://spm.mx/home/algunas-consideraciones-psicoanaliticas-sobre-las-autolesiones/>

- Mitos sobre autolastimarse. Obtenida el 11 de febrero de 2009, de <http://preppyprincessmuriendofrentealespejo.blogspot.com/2009/02/monstruolandia.html>
- Modelo ABC de la conducta. <http://modeloabc.blogspot.com/2010/03/modelo-abc-de-conducta.html>.
- Mundotlp. Protocolo a actuar sobre las autolesiones. n.d. <http://es.paperblog.com/protocolo-a-actuar-sobre-las-autolesiones-2472088/>
- Pier Puello. Autolesión. n.d. <http://es.slideshare.net/pierjorgepuello/autolesionarse>
- Yocelin Ingle. Suicidio y autolesiones. Obtenida el 18 de noviembre de 2013, de <http://suicidio-y-autolesiones.blogspot.com/>

XI. ANEXOS

XI.1. CUESTIONARIOS

XI.1.1. Encuesta de datos personales³³⁸

Responda a las siguientes preguntas sobre datos personales:

1. SEXO

- Varón Mujer

2. EDAD (en número)

2. ESTADO CIVIL

- Soltero (sin convivir con su pareja)
 Casado
 Conviviendo con su pareja
 Separado / Divorciado
 Viudo

4. N° DE HIJOS

5. N° DE HERMANOS (incluyéndose a usted mismo)

6. ¿Dónde (o con quién) VIVE habitualmente?:

- Vive con familia o amigos
 Vive solo
 Vive en establecimiento colectivo (residencia, geriátrico, centro juvenil, etc)
 Internado en institución penitenciaria
 Sin domicilio

³³⁸ López Barrachina, R. (2009).

7. NACIONALIDAD:

- Española
- Extranjera (ESPECIFICAR)
- Española y otra (ESPECIFICAR)

8. NIVEL DE ESTUDIOS

- Sin estudios
- Estudios primarios
- Estudios secundarios
- Formación profesional
- Estudios medios Universitarios
- Estudios superiores
- Otros no reglados

9. ¿Ha tenido o tiene alguna de estas ENFERMEDADES (debe haber sido previamente diagnosticada por un médico)?:

Traumatismo Craneoencefálico

- SI
- NO

Accidente Cerebrovascular (Embolia, Trombosis, Ictus)

- SI
- NO

Epilepsia

- SI
- NO
- NO LO RECUERDA

10. ¿Ha tenido o tiene alguno de estos PROBLEMAS de SALUD MENTAL (deben haber sido diagnosticados por un médico previamente)?:

Depresión

- SI
- NO

Neurosis

SI NO

Esquizofrenia

SI NO

Trastorno Bipolar (Psicosis Maniaco-Depresiva)

SI NO

Trastorno de la personalidad

SI NO

Oligofrenia (retraso mental)

SI NO

No lo recuerda

SI NO

11. ¿Y algún FAMILIAR DIRECTO?:

Depresión

SI NO

Neurosis

SI NO

Esquizofrenia

SI NO

Trastorno bipolar (psicosis maniaco-depresiva)

SI NO

Trastorno de la personalidad

SI NO

Oligofrenia (retraso mental)

SI NO

No lo recuerda

- SI NO

12. ¿Ha PROBADO alguna de estas SUSTANCIAS?:

Éxtasis, drogas de síntesis

- SI NO

Tranquilizantes y somníferos sin receta médica

- SI NO

Cannabis (marihuana, hachís)

- SI NO

Inhalables (pegamento, etc.)

- SI NO

Alucinógenos (ácidos, lsd)

- SI NO

Anfetaminas, Speed

- SI NO

Heroína

- SI NO

Cocaína

- SI NO

¿Las consume habitualmente?:

- SI NO

¿Desde hace cuánto tiempo es CONSUMIDOR?:

EDAD a la que se INICIÓ en el consumo:

○ **¿Participa en algún PROGRAMA de DESINTOXICACIÓN?:**

○ SI ○ NO

○ **Nº de veces que ha intentado desengancharse:**

13. ¿Ha sido abusado...?:

Físicamente (produciéndole daños corporales)?

○ SI ○ NO

Emocionalmente (insultándole, menospreciándole o ridiculizándole)?

○ SI ○ NO

Sexualmente (forzándole a mantener relaciones sexuales)?

○ SI ○ NO

• **¿De quién se trata?**

Padre

○ SI ○ NO

Madre

○ SI ○ NO

Hermanos/as

○ SI ○ NO

Pareja sexual-Espos/a

○ SI ○ NO

Hijos/as

○ SI ○ NO

Amigos íntimos

○ SI ○ NO

Vecinos

- SI NO

Compañeros de trabajo

- SI NO

Otro familiar

- SI NO

Otro/s

- SI NO

14. ¿Con qué FRECUENCIA le PEGABAN cuando era niño/a?:

- NUNCA
- EN MUY POCAS OCASIONES
- MÁS O MENOS UNA VEZ AL MES
- MÁS O MENOS UNA VEZ POR SEMANA
- CASI TODOS LOS DÍAS

• **¿CON QUÉ solían PEGARLE?:**

- CON LA MANO CON UNA CHANCLETA O ZAPATILLA
- CON UNA VARA O CORREA CON CUALQUIER OBJETO DURO
- CON TODO LO ANTERIOR

15. ¿Sus padres le dejaban mucho tiempo SOLO en casa o en la calle A SU PROPIO CUIDADO?:

- SI NO

16. ¿Cuántas personas vivían en su casa habitualmente ('estructura familiar')?

- Familia extensa (abuelos, padres, hijos, tíos y primos; ejemplo: familias gitanas)
- Familia nuclear (padres e hijos)
- Familia monoparental (sólo el padre o la madre con/sin hermanos)
- Familia reconstituida (dos familias monoparentales)

XI.1.2. Datos de análisis relacionados con la autolesión

17- Habitualmente, cuando era niño, me decían que tenía que ser fuerte:

- VERDADERO
- FALSO

18- En mi familia no se mostraba mucho afecto:

- VERDADERO
- FALSO

19- De pequeño, mis padres eran muy entrometidos:

- VERDADERO
- FALSO

20- Solían castigarme cuando tenía sentimientos fuertes (enojo, llorar acerca de algo, etc.):

- VERDADERO
- FALSO

21- No suelo encontrar palabras para expresar mis emociones:

- VERDADERO
- FALSO

22- El hecho de no autolesionarme, suele hacerme explotar:

- VERDADERO
- FALSO

23- Suelo autolesionarme como castigo:

- VERDADERO
- FALSO

24- Autolesionarme me ayuda a sentir que tengo el control:

- VERDADERO
- FALSO

25- La autolesión me hace sentir que soy real de nuevo:

- VERDADERO
- FALSO

26- He decidido autolesionarme...:

- IMPULSIVAMENTE SIN PLANIFICAR
- PLANIFICÁNDOLO UNAS HORAS ANTES
- PLANIFICÁNDOLO UNOS DIAS ANTES

27- Después de autolesionarme me siento:

- MEJOR
- SIN CAMBIO
- PEOR

28- La cantidad de dolor que siento al autolesionarme, normalmente es:

- NINGUNA
- UN POCO
- MUCHO

29- La autolesión solía tener como consecuencia que fuera incapaz de mantener un trabajo:

- VERDADERO
- FALSO

30- Tipo de autolesión:

- CORTES
- GOLPEAR COSAS (MANOS Y CABEZA)
- QUEMADURAS
- INTRODUCCION DE CUERPOS EXTRAÑOS
- INGESTION DE CUERPOS EXTRAÑOS.
- ARAÑARSE Y PELLIZCARSE.
- TIRARSE Y ARRANCARSE EL PELO.

31- Valoro la autolesión como una adicción:

- VERDADERO
- FALSO

32- Nº de veces que me he autolesionado:

- SOLO UNA VEZ
- DE 2- 5 VECES
- DE 5-10 VECES
- MAS DE 10 VECES

XI.1.3. Cuestionario IPDE

Actitud ante la vida

(Marque sólo una “cruz” o un “círculo” en la “V” o en la “F” de cada una de las preguntas)

V = Verdadero / F = Falso

1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida. V F
2. Confío en la gente que conozco. V F
3. No soy minucioso con los detalles pequeños. V F
4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser. V F
5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo. V F
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí. V F
7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco. V F
8. Ceder a alguno de mis impulsos me causa problemas. V F
9. Mucha gente que conozco me envidia. V F
10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles. V F
11. Nunca me han detenido. V F
12. La gente cree que soy frío y distante. V F
13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas. V F
14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo. V F
15. La gente tiene una gran opinión sobre mí. V F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales. V F
17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea. V F
18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien. V F
19. Me resulta muy difícil tirar las cosas. V F

20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo. V F
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás. V F
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero. V F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente. V F
24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas. V F
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito. V F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando. V F
27. Para evitar críticas, prefiero trabajar solo. V F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente. V F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos. V F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente. V F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales. V F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas. V F
33. Generalmente me siento solo o desvalido si estoy solo. V F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto. V F
35. No me gusta ser el centro de atención. V F
36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel. V F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mi mismo. V F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí. V F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente. V F
40. A menudo me siento vacío por dentro. V F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más. V F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo. V F
43. Tengo ataques de ira o enfado. V F
44. Tengo fama de que me gusta flirtear (coquetear, ligar). V F
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer. V F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo. V F
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas. V F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero. V F

49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana V F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables. V F
51. Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida. V F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente. V F
53. Soy muy emocional y caprichoso. V F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas. V F
55. Sueño con ser famoso. V F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias. V F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz. V F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas. V F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera. V F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales. V F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido. V F
62. Cuando finalizo una relación, tengo que empezar otra rápidamente. V F
63. Evito las actividades que no me resultan familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas V F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente que estoy diciendo..... V F
65. Prefiero asociarme con gente de talento. V F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación V F
67. No suelo mostrar emoción..... V F
68. Hago cosas para que la gente me admire. V F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos. V F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico V F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales V F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años. V F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo. V F
74. Me resulta difícil no meterme en líos. V F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje. V F

76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho..... V F

77. Tengo amigos íntimos. V F

XI.1.4. CUESTIONARIO EPI

Para terminar, unas cuantas preguntas sobre su **PERSONALIDAD**:

(Marque sólo una "cruz" en cada una de las preguntas)

	N	E	S
	SI	NO	
1.¿Le agrada mucho bullicio y agitación a su alrededor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
2.¿Tiene a usted menudo un sentimiento de desasosiego como si deseara algo pero sin saber qué?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
3.¿Tiene usted casi siempre una respuesta "a punto" cuando la gente le habla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3
4.¿Se siente usted unas veces triste y otras alegre, sin motivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4
5.¿Se queda usted apartado o aislado de los demás en fiestas o reuniones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5
6.¿Se siente algunas veces de mal humor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6
7.¿Es usted una persona caprichosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7
8.¿Le gusta a usted mezclarse con la gente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8
9.¿A perdido usted a menudo horas de sueño, a causa de sus preocupaciones?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9
10.¿Se llamaría a sí mismo una persona afortunada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10
11.¿Ocurre con frecuencia que toma usted sus decisiones demasiado tarde?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11
12.¿Está siempre contento o satisfecho?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12
13.¿Es usted activo y emprendedor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13
14.¿Se siente a menudo cansado e indiferente, sin ninguna razón para ello?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14
15.¿Le agrada trabajar solo?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15
16.¿Se siente con frecuencia "harto" de todo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16
17.¿Puede usted expresar rápidamente, en palabras, sus pensamientos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17
18.¿Ríe usted algunas veces los chistes "verdes"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18
19.¿Se le va la imaginación con frecuencia cuando intenta prestar atención a alguna cosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19
20.¿Se siente a disgusto cuando no lleva sus ropas habituales?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20
21.¿Está usted con frecuencia "en la luna"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21
22.¿Le agradan a usted las bromas entre amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22
23.¿Está completamente libre de prejuicios de cualquier clase?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23
24.¿Deja alguna vez para mañana lo que puede hacer hoy?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24
25.¿Le gusta mucho comer bien?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25
26.¿Piensa usted con frecuencia en su pasado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26
27.¿Estaría dispuesto a vender objetos o a pedir dinero a la gente para una causa buena?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27
28. Cuando está disgustado, ¿necesita algún amigo para contárselo?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	28

N=	E=	S=
----	----	----

N	E	S
---	---	---

SI	NO
----	----

- 29.¿Prefiere quedarse en casa a asistir a una fiesta o reunión aburrida? O O 29
- 30.¿Alguna vez alardea de algo? O O 30
- 31.¿Es usted quisquilloso en algunas cosas?..... O O 31
- 32.¿Le gusta planear las cosas cuidadosamente y con mucho tiempo por delante? O O 32
- 33.¿Se encuentra a veces tan intranquilo, que no puede permanecer sentado en una silla mucho rato? O O 33
- 34.¿Hace usted las cosas solo, mejor que consultándolas con los demás? O O 34
- 35.¿Tiene usted vértigos? O O 35
- 36.¿Ha sentido usted en alguna ocasión deseos de no acudir al trabajo?..... O O 36
- 37.¿Prefiere usted planear las cosas mejor que hacerlas?..... O O 37
- 38.¿Cuándo recibe una carta la contesta usted tan pronto como puede? O O 38
- 39.Cuando hace nuevas amistades, ¿es normalmente usted quien da el primer paso o el primero que invita? O O 39
- 40.¿Le falta a menudo la respiración, sin haber hecho un trabajo pesado? O O 40
- 41.¿Piensa usted que, en general, las cosas se arreglan solas o que de algún modo se solucionarán? O O 41
- 42.¿Ha sentido en alguna ocasión cierta envidia de un compañero más afortunado?..... O O 42
- 43.¿Sufre usted de los nervios? O O 43
- 44.¿Acostumbra usted a decir la primera cosa que se le ocurre? O O 44
- 45.¿Se pone nervioso en lugares como ascensores, trenes o túneles?..... O O 45
- 46.Excepto con sus amigos muy íntimos, ¿suele ser muy reservado?..... O O 46
- 47.¿Sufre usted dolores de cabeza o jaquecas muy fuertes?..... O O 47
- 48.¿Ha bebido usted alguna vez algo más de lo que debiera? O O 48
- 49.¿Le gusta gastar bromas y contar chistes a los amigos? O O 49
- 50.¿Le cuesta conciliar el sueño por la noche? O O 50
- 51.¿Se para usted a menudo a meditar y a analizar sus pensamientos y sentimientos? O O 51
- 52.¿Se preocupa usted durante mucho tiempo después de haber sufrido una experiencia desagradable? O O 52
- 53.Aunque las circunstancias le sean adversas, ¿cree, sin embargo, que todavía vale la pena probar suerte?..... O O 53
- 54.¿Su estado de humor cambia alguna vez? O O 54
- 55.¿Se mete usted en líos con frecuencia, por hacer las cosas sin pensar? O O 55
- 56.¿Le resulta a usted fácil tener que decir "no" a un vendedor, cuando éste le ofrece insistentemente algún nuevo artículo? O O 56
- 57.¿Siente a menudo molestias digestivas frente a un hecho o situación importante?..... O O 57



N=	E=	S=
----	----	----

XI.1.5. Experiencias Disociativas

(DISSOCIATIVE EXPERIENCES SCALE) (ESCALA DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS)
Eve Bernstein Carlson, Ph. D. Frank W. Putnam, M.D.

INSTRUCCIONES

Este cuestionario consiste de veintiocho preguntas sobre experiencias que puede tener en su vida diaria: Nos interesa cuando a menudo tiene estas experiencias. Es importante, sin embargo, que sus respuestas muestren con qué frecuencia estas experiencias le suceden cuando no está bajo la influencia del alcohol o drogas.

Para responder las preguntas, por favor determine en qué grado la experiencia descrita en la pregunta se aplica a y circule el número que muestre qué porcentaje del tiempo UD tiene la experiencia.

EJEMPLO:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(Nunca)

(Siempre)

CALIFICACIÓN:

Se suman todos los promedios y se dividen entre **28**. Considerar especial atención a las siguientes preguntas:

-Muy Importantes: 3, 4, 7, 9, 11, 22, 26

-Importantes: 10, 13, 27

Fecha _____ Edad _____ Sex M F _____

1. Algunas personas tienen la experiencia de manejar un automóvil y de repente percatarse de que no recuerdan qué ha pasado durante todo o parte del viaje. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

2. Algunas personas encuentran que a veces están escuchando a alguien hablar y de repente se percatan que no estaban escuchando parte o todo de lo que se estaba diciendo. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

3. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse a sí mismos en un lugar y no tener idea de cómo llegaron allí. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

4. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse a sí mismos vestidos con ropas que no recuerdan habérsela puesto. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

5. Algunas personas tienen la experiencia de encontrar nuevas cosas entre sus pertenencias que no recuerdan haber comprado. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

6. Algunas personas en ocasiones encuentran que son abordados por personas que no conocen quien lo llama por otro nombre o insiste en que se han conocido antes. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

7. Algunas personas a veces tienen la experiencia de sentirse como si estuvieran cerca de ellos o viéndose a sí mismo y en realidad se ven a sí mismo como si estuvieran mirando a otra persona. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

8. A algunas personas se les ha dicho que en ocasiones no reconocen amigos o miembros de su familia. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

9. Algunas personas encuentran que no tienen recuerdos de algunos eventos importantes de su vida (por ejemplo, una boda o graduación). Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

10. Algunas personas tienen la experiencia de haber sido acusados de mentir cuando ellos no creen haber mentido. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

11. Algunas personas tienen la experiencia de mirarse en el espejo y no reconocerse a sí mismos. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

12. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que otras personas, objetos y el mundo alrededor de ellos no es real. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

13. Algunas personas tienen la experiencia que sus cuerpos no les pertenecen a ellos. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

14. Algunas personas tienen la experiencia de que en ocasiones están recordando un evento pasado tan vívidamente que sienten como si estuvieran re-viviendo ese evento. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

15. Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguros de si las cosas que ellos recuerdan sucedieron realmente o si solo lo soñaron. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

16. Algunas personas tienen la experiencia de estar en un sitio familiar pero encontrarlo como extraño o desconocido. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

17. Algunas personas encuentran que cuando están viendo televisión o una película están tan absortos en la historia que no se dan cuenta de otros eventos que suceden a su alrededor. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

18. Algunas personas encuentran que se involucran tanto en una fantasía que sienten como si realmente les estuviera sucediendo a ellos. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

19. Algunas personas encuentran que en ocasiones son capaces de ignorar el dolor. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

20. Algunas personas encuentran que en ocasiones están mirando fijamente al espacio, sin pensar en nada, y no se percatan del paso del tiempo. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

21. Algunas personas en ocasiones encuentran que cuando están solos hablan en voz alta a sí mismos. . Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

22. Algunas personas encuentran que en una situación ellos pueden actuar tan diferente comparado con otra situación que sienten casi como si fueran dos personas diferentes. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

23. Algunas personas en ocasiones encuentran que en ciertas situaciones son capaces de hacer cosas con tal facilidad y espontaneidad que usualmente serían difíciles para ellos (por ejemplo, deportes, trabajo, situaciones sociales, etc.). Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

24. Algunas personas en ocasiones encuentran que no pueden recordar si han hecho algo o que solo pensaron en hacerlo (por ejemplo, no saber si han enviado una carta o solo haber pensado en enviarla). Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

25. Algunas personas encuentran evidencias de haber hecho cosas que no recuerdan haber hecho. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

26. Algunas persona encuentran escritos, dibujos o notas entre sus pertenencias que ellos deben haber hecho pero no pueden recordar haberlas hecho. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

27. Algunas personas a veces encuentran que escuchan voces dentro de su cabeza que les dice que hagan cosas o comentarios sobre cosas que ellos están haciendo. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

28. Algunas personas a veces sienten como si estuvieran mirando al mundo a través de una niebla de manera que las personas y objetos parecen alejados o borrosos. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

XI.1.6. Escala de desesperanza de Beck

Estado de ánimo

(Marque sólo una “cruz” o un “círculo” en la “V” o en la “F” de cada una de las preguntas)

V = Verdadero / F = Falso

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo..... V F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo..... V F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así..... V F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años V F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer V F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar..... V F
7. Mi futuro me parece oscuro V F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio V F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda cambiarlas en el futuro V F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro V F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable V F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo..... V F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora..... V F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera V F
15. Tengo una gran confianza en el futuro V F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa V F

17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro V F
18. El futuro me parece vago e incierto..... V F
19. Espero más bien épocas buenas que malas..... V F
20. No hay razón para tratar de conseguir algo deseado, pues probablemente no lo logre..... V F

XI.1.7. Escala de Impulsividad de Plutchik

(Marque una "cruz" en la casilla correspondiente)

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
1. ¿Le resulta difícil esperar en una cola?.....				
2. ¿Hace cosas impulsivamente?.....				
3. ¿Gasta dinero impulsivamente?.....				
4. ¿Planea cosas con anticipación?.....				
5. ¿Pierde la paciencia a menudo?.....				
6. ¿Le resulta fácil concentrarse?.....				
7. ¿Le resulta difícil controlar los impulsos sexuales?.....				
8. ¿Dice Ud. lo primero que le viene a la cabeza?.....				
9. ¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?.....				
10. ¿Es Ud. impulsivo/a?.....				
11. ¿Termina las cosas que empieza?.....				
12. ¿Le resulta difícil controlar las emociones?.....				
13. ¿Se distrae fácilmente?.....				
14. ¿Le resulta difícil quedarse quieto?.....				
15. ¿Es Ud. cuidadoso o cauteloso?.....				

XI.1.8. Escala de Riesgo de Suicidio de Arboleda y Florez (1989): adaptada por Ruiz y Cols (2000)

La escala consta de tres ítems:

1. Ha tenido pensamientos, deseos o fantasías sobre suicidio o morir.
2. En el último año ha realizado algún intento de quitarse la vida.
3. En el último año se ha causado voluntariamente una herida a sí mismo.

El formato de respuesta es Sí o No para cada pregunta, en la calificación se toman en cuenta las puntuaciones para cada ítem y la puntuación total que va de 0 a 3. A mayor puntaje mayor es el riesgo de suicidio.

XI.1.9. Nivel de ajuste a la prisión

Paulus y Dzindolet (1993) y adaptada posteriormente en 2000 por Ruiz y cols.

Está compuesta de 11 ítems que buscan medir el nivel de ajuste a los estresores cotidianos de la vida en prisión, por ejemplo: 1. Cuánto esfuerzo le cuesta aguantar: la escasez de espacio; los rangos de respuesta van desde 1 (nada) hasta 4 (demasiado).

¿Cuánto esfuerzo le cuesta aguantar?

1. La escasez de espacio.
2. La falta de libertad.
3. La presencia de otras personas a su alrededor.
4. La distancia de su familia.
5. La dificultad para hacer lo que se quiere.
6. El paso del tiempo sin tener nada que hacer.
7. La pérdida de intimidad.
8. El no poder satisfacer sus necesidades sexuales.
9. El vivir bajo las normas y reglas del centro.

10. El no poder disfrutar las cosas que le gustan como comidas, actividades.

11. La pérdida de relación con sus amigos.

XI.1.10. Cédulas de indicadores parasuicidas

Responda con la mayor sinceridad posible a las siguientes preguntas:

1) ¿Alguna vez se ha herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito (sin la intención de morir)?:

Sí

Nunca

2) ¿Cuántas veces se ha herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito?:

_____ veces

Nunca lo he hecho

3) ¿Qué edad tenía la primera vez que se hizo daño?:

_____ años

Nunca lo he hecho

4) ¿Qué edad tenía la última vez que se hizo daño?:

_____ años

Nunca lo he hecho

5) La última vez que se hizo daño ¿cuál fue el motivo para hacerlo? (Por favor escriba su respuesta lo más completa posible):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6) La última vez que se hizo daño ¿cómo lo hizo? (Por favor escriba su respuesta lo más completa posible):

.....
.....
.....
.....

7) La última vez que se hizo daño:

- Nunca lo he hecho
- Tuvo que ir al hospital
- Alguien le ayudó, pero no le llevó al hospital
- Recibió apoyo emocional
- Nadie se enteró de lo que pasó

8) La última vez que se hizo daño ¿buscó ayuda o consejo de alguien?:

- Sí
- No

• ¿Por qué?:

.....
.....
.....
.....

• ¿De quién buscó ayuda o consejo?:

- Nunca lo he hecho
- Un familiar (papá, mamá, hermano(a), etc.
- Un sacerdote, pastor, etc.
- Un amigo(a) o compañero(a) de escuela
- Un maestro(a), orientadora, etc.
- Un curandero, acupunturistas, etc.
- Un psicólogo(a), psiquiatra, etc.
- Un médico
- Otros:

XI.1.11. Cuestionario de agresión (AQ)

1. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona: 5 4 3 2 1
2. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos: 5 4 3 2 1
3. Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida: 5 4 3 2 1
4. A veces soy bastante envidioso: 5 4 3 2 1
5. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona: 5 4 3 2 1
6. A menudo no estoy de acuerdo con la gente: 5 4 3 2 1
7. Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que: 5 4 3 2 1
8. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente: 5 4 3 2 1
9. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también: 5 4 3 2 1
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos: 5 4 3 2 1
11. Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar: 5 4 3 2 1
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades: 5 4 3 2 1
13. Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal: 5 4 3 2 1
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos: 5 4 3
2 1
15. Soy una persona apacible: 5 4 3 2 1
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas: 5 4 3 2 1
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago: 5 4 3 2 1
18. Mis amigos dicen que discuto mucho: 5 4 3 2 1
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva: 5 4 3 2 1
20. Sé que mis «amigos» me critican a mis espaldas: 5 4 3 2 1
21. Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos: 5 4 3 2 1
22. Algunas veces pierdo los estribos sin razón: 5 4 3 2 1
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables: 5 4 3 2 1
24. No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona: 5 4 3 2 1
25. Tengo dificultades para controlar mi genio: 5 4 3 2 1

26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas: 5 4 3 2 1
27. He amenazado a gente que conozco: 5 4 3 2 1
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán: 5 4 3 2 1
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas: 5 4 3 2 1

XI.1.12. Test de Adicción Multicage

¿Ha pensado alguna vez que debería beber menos?:

SI NO

¿Se ha sentido molesto cuando alguna persona le ha criticado su manera o forma de beber?:

SI NO

¿Se ha sentido culpable alguna vez por su manera o forma de beber?:

SI NO

¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana es beber alguna bebida alcohólica para relajarse o para eliminar la resaca?:

SI NO

¿Ha tenido usted la sensación de que debería reducir su conducta de juego?:

SI NO

¿Niega u oculta su verdadera conducta de juego ante las posibles críticas de los demás sobre sus supuestos excesos?:

SI NO

¿Ha tenido usted problemas psicológicos, familiares, económicos o laborales a causa del juego?:

SI NO

¿Se siente con frecuencia impulsado irremediamente a jugar a pesar de sus problemas?:

SI NO

¿Ha pensado alguna vez que debería usted consumir menos drogas?:

SI NO

¿Niega usted su consumo de drogas a familiares, amigos o compañeros para evitar que le critiquen?:

SI NO

¿Ha tenido usted problemas psicológicos, familiares, económicos o laborales a causa de su consumo de drogas?:

SI NO

¿Se siente a veces impulsado a consumir drogas aunque haya decidido no hacerlo?:

SI NO

¿Ha probado alguna de estas sustancias?:

- Éxtasis
- Inhalables
- Heroína
- Cocaína
- Alucinógenos
- Anfetaminas
- Cannabis
- Tranquilizantes

¿Las consume actualmente?

¿A qué edad se inicio el consumo?

¿Alguna vez se ha provocado el vómito para evitar engordar?

SI NO

¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?

SI NO

¿Cree usted que está gordo/a aunque los demás le digan que está demasiado delgado/a?

SI NO

¿Está usted obsesionado/a con la comida, las dietas y el control de su peso?

SI NO

¿Dedica más tiempo del que cree que debería a estar conectado a Internet?

SI NO

¿Se han quejado sus familiares de las horas que dedica a Internet?

SI NO

¿Le resulta duro permanecer alejado de Internet varios días seguidos?

SI NO

¿Tiene problemas para controlar el impulso de conectarse a Internet o ha intentado sin éxito reducir el tiempo que dedica a estar conectado?

SI NO

¿Dedica más tiempo del que cree que debería a jugar a la videoconsola o juegos de ordenador?

SI NO

¿Se queja su familia de que pasa demasiado tiempo jugando con la videoconsola o el ordenador?

SI NO

¿Le cuesta trabajo estar varios días sin usar su videoconsola o sus juegos de ordenador?

SI NO

¿Ha intentado sin éxito reducir el tiempo que dedica a jugar con su videoconsola o su ordenador?

SI NO

¿Tiene usted dificultades para controlar su impulso de comprar, gastando con frecuencia más dinero del que debería?

SI NO

¿Ha tenido problemas con sus familiares debido a sus gastos excesivos y su falta de control sobre el dinero?

SI NO

¿Ha tenido problemas con su banco o con familiares por hacer un uso excesivo de las tarjetas de crédito o por haberse quedado sin fondos debido a gastos incontrolados?

SI NO

¿Ha intentado sin éxito controlar su dinero y reducir los gastos innecesarios?

SI NO

¿Su actividad sexual le ha impedido realizar tareas habituales en su vida, como trabajo y obligaciones familiares?

SI NO

¿Se han quejado sus parejas de su excesiva actividad sexual?

SI NO

¿Alguna vez ha considerado que su actividad sexual es excesiva?

SI NO

¿Ha intentado alguna vez sin éxito moderar su actividad sexual?

SI NO

XI.1.13. Escala de Alexitimia de Toronto

Señale el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual. Conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios:

A: Muy en desacuerdo

B: En desacuerdo

C: Ligeramente en desacuerdo

D: Ligeramente de acuerdo

E: De acuerdo

F: Muy de acuerdo

1. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo..... A B C D E F
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos..... A B C D E F
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden..... A B C D E F
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente..... A B C D E F
5. Prefiero analizar los problemas mejor que solo describirlos..... A B C D E F
6. Cuando estoy mal, no sé si estoy triste asustado o enfadado..... A B C D E F
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo..... A B C D E F
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo..... A B C D E F
9. Tengo sentimientos que casi no puede identificar..... A B C D E F
10. Estar en contacto con las emociones es esencial..... A B C D E F
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas..... A B C D E F
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos..... A B C D E F
13. No sé qué pasa dentro de mí..... A B C D E F
14. A menudo no sé por qué estoy enfadado..... A B C D E F
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos..... A B C D E F

16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos..... A B C D E F
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos..... A B C D E F
18. Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio..... A B C D E F
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales..... A B C D E F
20. Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos..... A B C D E F

XI.2. Índices

XI.2.1. Índice de tablas

Tabla 1.1.- Tabla de contingencia Hombres Autolesionable * Interno o control.....	128
Tabla 1.2.- Tabla de contingencia Mujeres Autolesionable * Interno o control	130
Tabla 2.- Tipo de lesiones-categorías en hombres.....	133
Tabla 3.- Tabla de contingencia Mujeres Autolesionable * Interno o control	135
Tabla 4.1.- Riesgo de suicidio en el centro penitenciario de Ceuta – Categorías (Hombres)..	142
Tabla 4.2.- Riesgo de suicidio en el centro penitenciario de Ceuta – Categorías (Mujeres) ...	144
Tabla 5.1.- Tabla de contingencia Interno o control * Media veces Hombres	148
Tabla 5.2.- Tabla de contingencia Interno o control * Media veces Mujeres	151
Tabla 6.- Tabla de contingencia Autolesionable * Actividad Prisión.....	154
Tabla 7.- Actividades que realizaba antes de su entrada en prisión.....	156
Tabla 8.1.- Relación del estado civil/autolesión (Hombres).....	159
Tabla 8.2.- Relación del estado civil/autolesión (Mujeres)	161
Tabla 9.1.- Relación nivel de estudios autolesión (Hombres).....	163
Tabla 9.2.- Relación nivel de estudios autolesión (Mujeres)	165
Tabla 10.1.- Porcentaje de reincidencia delictiva/autolesión (Hombres).....	168
Tabla 10.2.- Porcentaje de reincidencia delictiva/autolesión (Mujeres)	171
Tabla 11.1.- Relación nacionalidad, religión internos con autolesiones (Hombres)	177
Tabla 11.2.- Relación nacionalidad, religión internos con autolesiones (Mujeres).....	179
Tabla 12.1.- Relación sancionados y autolesiones (Hombres).....	192
Tabla 12.2.- Relación sancionados y autolesiones (Mujeres)	194
Tabla 12.3.- Tipo de sanción (Hombres)	197
Tabla 12.4.- Tipo de sanción (Mujeres).....	199
Tabla 13.1.- Tipo de delito (Hombres).....	204
Tabla 13.2.- Tipo de delito (Mujeres).....	206
Tabla 14.1.- Antecedentes delictivos familiares/autolesiones (Hombres).....	210
Tabla 14.2.- Antecedentes delictivos familiares/autolesiones (Mujeres)	212
Tabla 14.3.- Antecedentes delictivos familiares/autolesiones – Parentesco (Hombres).....	215
Tabla 14.4.- Antecedentes delictivos familiares/autolesiones – Parentesco (Mujeres)	217
Tabla 15.1.- Consumo de drogas centro penitenciario (Hombres).....	220
Tabla 15.2.- Consumo de drogas centro penitenciario (Mujeres).....	221
Tabla 16.- Tipos de drogas/ autolesiones (Hombres)	224
Tabla 17.1.- Cribado problema relacionado con el alcohol/autolesiones (Hombres).....	228
Tabla 17.2.- Cribado problema relacionado con el alcohol / autolesiones (Mujeres)	229
Tabla 18.1.- Cribado problemas relacionado con el juego/autolesiones (Hombres).....	233
Tabla 18.2.- Cribado problemas relacionado con el juego/autolesiones (Mujeres)	234
Tabla 19.1.- Cribado problema de conducta alimenticia “Trastorno de la alimentación” (Hombres)	237
Tabla 19.2.- Cribado problema de conducta alimenticia “Trastorno de la alimentación” (Mujeres)	238
Tabla 20.1.- Cribado problema relacionado con el gasto excesivo (Hombres).....	240
Tabla 20.2.- Cribado problema relacionado con el gasto excesivo (Mujeres)	241
Tabla 21.1.- Cribado problema de actividad sexual (Hombres).....	243
Tabla 21.2.- Cribado problema de actividad sexual (Mujeres).....	244
Tabla 22.1.- Cribado problema relacionado con las drogas y abuso de sustancias tóxicas (Hombres)	246
Tabla 22.2.- Cribado problema relacionado con las drogas y abuso de sustancias tóxicas (Mujeres)	247

Tabla 23.1.- Cribado problema relacionado con adicción a Internet (Hombres)	249
Tabla 23.2.- Cribado problema relacionado con adicción a Internet (Mujeres).....	250
Tabla 24.1.- Cribado problema relacionado con adicción a videojuegos (Hombres)	252
Tabla 24.2.- Cribado problema relacionado con adicción a videojuegos (Mujeres).....	253
Tabla 25.1.- Historial de abuso/autolesión (Hombres).....	255
Tabla 25.2.- Historial de abuso/autolesión (Mujeres)	256
Tabla 25.3.- Tipo de abuso (Hombres)	258
Tabla 25.4.- Tipo de abuso (Mujeres).....	259
Tabla 26.1.- Personas que han ejercido el abuso (Hombres)	261
Tabla 26.2.- Personas que han ejercido el abuso (Mujeres).....	262
Tabla 27.1.- Frecuencia abuso físico, pegar en infancia (Hombres).....	266
Tabla 27.2.- Frecuencia abuso físico, pegar en infancia (Mujeres)	267
Tabla 28.- Con que se les pegaba	269
Tabla 29.1- Prevalencia de conductas violentas hacia la pareja (Hombres).....	271
Tabla 29.2- Prevalencia de conductas violentas hacia la pareja (Mujeres)	272
Tabla 30.1- Soledad niñez (Hombres)	274
Tabla 30.2- Soledad niñez (Mujeres).....	275
Tabla 31. Conductas impulsivas, agresivas y violentas. (Hombres)	282
Tabla 32. Conductas impulsivas, agresivas y violentas. (Mujeres).....	285
Tabla 33.1- Nivel de impulsividad/autolesiones. (Hombres)	288
Tabla 33.2- Nivel de impulsividad/autolesiones. (Mujeres).....	289
Tabla 34.1.- Estructura familiar en la infancia. (Internos)	295
Tabla 34.2.- Estructura familiar en la infancia. (Control)	296
Tabla 35.1.- El ‘Inventario de Personalidad de Eysenck’ (EPI) (Hombres).....	301
Tabla 35.2.- El ‘Inventario de Personalidad de Eysenck’ (EPI) (Mujeres)	302
Tabla 36.1.- Diagnósticos por Tipos de Trastornos de la Personalidad (Hombres).....	307
Tabla 36.2.- Diagnósticos por Tipos de Trastornos de la Personalidad (Mujeres)	309
Tabla 37.- Edad en años la 1ª vez que ingresó en Prisión	314
Tabla 38.1- Incidencias de autolesión según problemas principales (Hombres).....	317
Tabla 38.2- Incidencias de autolesión según problemas principales (Mujeres)	318
Tabla 39.1.- Comunicación afectiva verbal (Hombres)	321
Tabla 39.2.- Comunicación afectiva verbal (Mujeres).....	322
Tabla 40.- Motivos por los que no buscaron ayuda después de la última autolesión.....	325
Tabla 41.- Motivos por los que si buscaron ayuda después de la última autolesión	327
Tabla 42.- Personas de las que buscó ayuda o consejo después de la última autolesión.....	328
Tabla 43.- Escala de estresores cotidianos (EECP) (Hombres)	333
Tabla 44.1.- Análisis de frecuencia de autolesiones según niveles de Alexitimia (Hombres)..	336
Tabla 44.2.- Análisis de frecuencia de autolesiones según niveles de Alexitimia (Mujeres): ..	338

XI.2.2. Índice de Figuras

Figura 1.- Distribución de las autolesiones	139
Figura 2.- Distribución de las heridas según localización en el cuerpo	140
Figura 3.- Porcentaje de heridas incisas.....	141
Figura 4.- Porcentaje de primarios y reincidentes de hombres en el C.P de Ceuta.....	167
Figura 5. Porcentaje de reincidencia delictiva/autolesión (Hombres).....	169
Figura 6.- Porcentaje de primarios y reincidentes de mujeres en el C.P de Ceuta	170
Figura 7. Porcentaje de reincidencia delictiva/autolesión (Mujeres)	172
Figura 8. Población reclusa española y extranjera	174
Figura 9. Población reclusa española, marroquíes y de otras nacionalidades.....	174
Figura 10. Porcentaje de internos según religión	175
Figura 11. Porcentajes de internos según nacionalidad y religión	175

Figura 12. Presencia de diagnóstico psiquiátrico	188
Figura 13. Tratamiento psiquiátrico, metadona (porcentaje).....	189
Figura 14. Tratamiento psiquiátrico, metadona (Recuento).....	189
Figura 15. Relación de porcentaje de autolesiones con prescripción de psicofármacos y metadona	190
Figura 16. Antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en prisión.....	191

XI.2.3. Índice de Gráficas

Gráfica 1.1.- % Autolesiones en hombres	129
Gráfica 1.2.- % Autolesiones en mujeres	131
Gráfica 2.- Tipo de lesiones-categorías en hombres.....	134
Gráfica 3.- Tipo de lesiones-categorías en mujeres	136
Gráfica 4.1.- Riesgo de suicidio en el centro penitenciario de Ceuta – Categorías (Hombres). 143	
Gráfica 4.2.- Riesgo de suicidio en el centro penitenciario de Ceuta – Categorías (Mujeres) .. 145	
Gráfica 5.1.- Porcentaje del número de veces con autolesiones en casos y control.....	149
Gráfica 5.1 BIS.- Porcentaje del número de veces con autolesiones en casos y control	149
Gráfica 5.2.- Porcentaje del número de veces con autolesiones en casos y control.....	152
Gráfica 5.2 BIS.- Porcentaje del número de veces con autolesiones en casos y control	152
Gráfica 6.- Tabla de contingencia Autolesionable * Actividad Prisión.....	155
Gráfica 7.1.- Actividades que realizaba antes de su entrada en prisión	157
Gráfica 7.2.- Relación de mantener trabajo/autolesión	157
Gráfica 8.1.- Relación del estado civil/autolesión (Hombres).....	160
Gráfica 8.2.- Relación del estado civil/autolesión (Mujeres)	162
Gráfica 9.1.- Relación nivel de estudios autolesión (Hombres).....	164
Gráfica 9.2.- Relación nivel de estudios autolesión (Hombres).....	166
Gráfica 10.1.- Porcentaje de reincidencia delictiva/autolesión (Hombres).....	169
Gráfica 10.2.- Porcentaje de reincidencia delictiva/autolesión (Mujeres)	172
Gráfica 11.- Porcentajes de internos según nacionalidad y religión.....	176
Gráfica 11.1.- Relación nacionalidad, religión internos con autolesiones (Hombres)	178
Gráfica 11.2.- Relación nacionalidad, religión internos con autolesiones (Mujeres).....	180
Gráfica A. Duración de condenas por tramos, porcentaje de internos.....	181
Gráfica B. Condena por tramo, porcentaje de autolesiones	182
Gráfica C. Porcentaje de grupos de edad según sexo	182
Gráfica D. Relación del grupo de edad con autolesiones.....	183
Gráfica E. Presencia de diagnóstico psiquiátrico.....	188
Gráfica F. Relación entre patología psiquiátrica/autolesión	190
Gráfica 12.1.- Relación sancionados y autolesiones (Hombres).....	193
Gráfica 12.2.- Relación sancionados y autolesiones (Mujeres)	195
Gráfica 12.3.- Relación tipo de sanción y autolesionables (Hombres).....	198
Gráfica 12.4.- Relación tipo de sanción y autolesionables (Mujeres)	200
Gráfica 13.- Relación tipo de delitos y sexo	203
Gráfica 13.1- Relación tipo de delitos y autolesión (Hombres).....	205
Gráfica 13.2- Relación tipo de delitos y autolesión (Mujeres).....	207
Gráfica 14.1- Antecedentes delictivos familiares/autolesiones (Hombres)	211
Gráfica 14.2.- Antecedentes delictivos familiares/autolesiones (Mujeres)	213
Gráfica 14.3.- Antecedentes delictivos familiares/autolesiones - Parentesco (Hombres)	215
Gráfica 14.4.- Antecedentes delictivos familiares/autolesiones - Parentesco (Mujeres).....	217
Gráfica 15.- Consumo de drogas centro penitenciario	222
Gráfica 16.- Tipos de drogas/ autolesiones (Hombres)	224
Gráfica 17.- Cribado problema relacionado con el alcohol/autolesiones	230
Gráfica 18.- Cribado problema relacionado con el juego/autolesiones.....	235

Gráfica 19.- Cribado problema de conducta alimenticia “Trastorno de la alimentación”	239
Gráfica 20.- Cribado problema de conducta gasto excesivo	242
Gráfica 21.- Cribado problema de actividad sexual	245
Gráfica 22.- Cribado problema relacionado con las drogas y abuso de sustancias tóxicas	248
Gráfica 23.- Cribado problema relacionado con adicción a Internet.....	251
Gráfica 24.- Cribado problema relacionado con adicción a videojuegos.....	254
Gráfica 25.1- Historial de abuso / autolesión.....	257
Gráfica 25.2- Tipo de abuso	260
Gráfica 26.1- Personas que han ejercido el abuso (Hombres)	261
Gráfica 26.2- Personas que han ejercido el abuso (Mujeres).....	262
Gráfica 26.3- Castigo con motivo de autolesiones	263
Gráfica 27.- Frecuencia abuso físico, pegar en infancia	268
Gráfica 28.- Instrumento con el que se les pegaba.....	269
Gráfica 29.- Prevalencia de conductas violentas hacia la pareja.....	273
Gráfica 30.- Soledad Niñez	276
Gráfica 14.BIS.- Habilidades de los padres para manejar expresiones emocionales en los hijos	277
Gráfica 15.BIS.- Intromisión de los padres.....	277
Gráfica 16.BIS.- Actitud ante situaciones conflictivas.....	279
Gráfica 17.BIS.- Actitud ante desacuerdo y enfado con la pareja.....	280
Gráfica 18.BIS.- Actitud ante desacuerdo y enfado con la pareja/Autolesiones	280
Gráfica 19.BIS.- Relación conductas violentas impulsiva con autolesiones.....	281
Gráfica 31.- Conductas impulsivas, agresivas y violentas. (Hombres).....	283
Gráfica 31.1.- Conductas impulsivas y violentas según plutchick/autolesiones hombres	284
Gráfica 32.- Conductas impulsivas, agresivas y violentas. (Mujeres)	286
Gráfica 32.BIS.- Conductas impulsivas y violentas según Plutchick. (Mujeres).....	287
Gráfica 33.1- Nivel de impulsividad/autolesiones.....	290
Gráfica 33.2- Tiempo de planificación de las autolesiones	290
Gráfica 34.- Estructura familiar en la infancia	297
Gráfica 35.- El “Inventario de Personalidad de Eysenck” (EPI).....	303
Gráfica 36.1- Diagnósticos por Tipos de Trastornos de la Personalidad (Grupo A).....	309
Gráfica 36.2- Diagnósticos por Tipos de Trastornos de la Personalidad (Grupo B)	310
Gráfica 36.3- Diagnósticos por Tipos de Trastornos de la Personalidad (Grupo C).....	311
Gráfica 37.- Edad en años la 1ª vez que ingresó en Prisión.....	315
Gráfica 38.- Incidencias de autolesión según problemas principales	319
Gráfica 39.1- Comunicación afectiva verbal.....	323
Gráfica 39.2- Muestra de afecto.....	323
Gráfica 40.1- Sentimientos después de la autolesión.....	330
Gráfica 40.2- Cantidad de dolor	330
Gráfica 40.3- Pérdida de relaciones con el hecho de autolesionarse	331
Gráfica 40.4- La autolesión es una adicción	331
Gráfica 41.1- Análisis de frecuencia de autolesiones según niveles de Alexitimia (Hombres)..	337
Gráfica 41.2- Análisis de frecuencia de autolesiones según niveles de Alexitimia (Mujeres) ...	339
Sentimientos- castigo.....	341
Gráfica 42.- Sentimientos- castigo	341
Gráfica 43.- Expresión con palabras	342
Gráfica 44.- Síntomas disociativos asociados sin falta de Autolesión.....	343
Gráfica 45.- Síntomas disociativos asociados con falta de Autolesión.....	344
Gráfica 46.- Autolesión y control.....	345
Gráfica 47.- Autolesión y sentimiento de realidad	346
Gráfica 48.- Autolesión y meses del año	347
Gráfica 49.- Autolesión y franjas horarias.....	347
Gráfica 50.- Autolesión y meses del año	348