



https://surrealism.website/Stella_snead.html

**Manifestaciones cognitivas, emocionales y sociales
presentes en los comportamientos autolesivos (cutting)**

**Cognitive, emotional and social manifestations present in
self-injurious behaviors (cutting)**

**Paula Andrea Cuartas Rodríguez
Jessica Valeria Sánchez López
Mariela Narváez Marin**

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo identificar los factores cognitivos, emocionales y sociales presentes en una adolescente que ha presentado prácticas de cutting, a la luz de los planteamientos propuestos por Alber Ellis en la TREC, específicamente en el modelo ABC y las creencias irracionales. La técnica utilizada para la recolección de la información fue la historia de vida, la cual se realizó mediante entrevistas a profundidad llevadas a cabo con la adolescente en el contexto escolar. El análisis de la información se realizó mediante el AtlasTi. Los resultados permitieron identificar que la adolescente presentó baja tolerancia a la frustración y una fuerte tendencia a los pensamientos de tipo tremendista, absolutista y condenatorio. Los pensamientos tremendistas solo le permitían analizar las situaciones y experiencias de vida de una manera rígida, absolutista y negativa, llegando a extremos poco saludables que le impidieron considerar otras opciones de análisis. El tipo de emociones que se evidenciaron en la adolescente fueron de tipo no saludable o insano, llevándola a sentirse abatida y muy triste ante situaciones adversas de su diario vivir, limitando su capacidad de reacción racional ante ellas. Las emociones insanas la ubican en un estado de dolor y sufrimiento que la paraliza, haciendo insoportable las adversidades que experimentó.

Palabras clave: cutting, terapia racional emotiva conductual, pensamiento, emoción.

Abstract

This research aimed to identify the cognitive, emotional and social factors present in an adolescent who has presented cutting practices, in light of the approaches proposed by Alber Ellis in the TREC, specifically in the ABC model and irrational beliefs. The technique used to collect the information was the life history, which was carried out through in-depth interviews carried out with the adolescent in the school context. The information analysis was carried out using the AtlasTi. The results made it possible to identify that the adolescent had a low tolerance for frustration and a strong tendency to thoughts of a tremendous, absolutist and condemnatory type. Tremendous thoughts only allowed him to analyze life situations and experiences in a rigid, absolutist and negative way, reaching unhealthy extremes that prevent him from considering other analysis options. The type of emotions that were evident in the adolescent were unhealthy or unhealthy, leading her to feel dejected and very sad in the face of adverse situations in her daily life, limiting her ability to rationally react to them. Unhealthy emotions place her in a state of pain and suffering that paralyzes her, making the adversities she experienced unbearable.

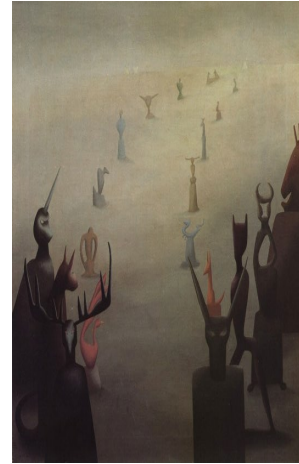
Keywords: cutting, adolescence, rational behavioral emotional therapy, thought, emotion.

Para citar este artículo

Cuartas, P. A., Sánchez, J. V. y Narváez, M. (2021). Conciencia emocional y roles del bullying en un grupo de estudiantes pertenecientes a una institución educativa de la ciudad de Manizales. *Tempus Psicológico*, 4(2), 1-27. <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.4.1.3338.2021>

Artículo de investigación

Recibido: 1019 – Aprobado: 09/019
ISSN - 2619-6336



Manifestaciones cognitivas, emocionales y sociales presentes en los comportamientos autolesivos (cutting)

Cognitive, emotional and social manifestations present in self-injurious behaviors (cutting)

Paula Andrea Cuartas Rodríguez¹
Jessica Valerian Sánchez López²
Mariela Narváez Marín³

¹ Psicóloga, Magíster en Desarrollo Infantil.

² Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Docente Universidad de Manizales. Orcid: 0000-0002-7596-1872 - Correo: jvaleriasanchez@hotmail.com

³ Psicóloga, docente Universidad de Manizales. orcid: 0000-0003-1019-8535. correo: maye888@gmail.com

Introducción

Todos los seres humanos comparten una inclinación innata por sobrevivir, para lo cual realizan acciones diarias que procuren su bienestar y contribuyan a prolongar su existencia. Pese a ello también se ha observado que existen personas que se comportan de manera contraria a este instinto de conservación, llevando a cabo actos que atentan contra su vida, como lo es la violencia autoinflingida.

La Organización Mundial de la Salud -OMS- (2002) define el término violencia como: “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad que cause, o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo, privaciones o la muerte” (párr. 8). Divide la violencia en tres grandes categorías, según el que ejerce el acto: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva.

Para el caso que nos ocupa, la violencia autoinflingida comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones, de las cuales las modalidades más conocidas son: golpes, quemaduras, cortes en la piel, rasguños, rascado o mordeduras. Estos comportamientos son denominados conductas autolesivas, entendiéndose como la destrucción directa y deliberada del propio tejido corporal en ausencia de intención letal; una conducta aparentemente en desacuerdo con un deseo de salud y longevidad (Nock, 2010).

Los cortes en la piel, comúnmente llamados cutting, han sido la práctica autolesiva más recurrente en países como Colombia. Consiste en la producción deliberada de cortes sobre el propio cuerpo, dejando marcas difíciles de borrar. Aunque en este comportamiento autolesivo no se ha observado una intención de morir, en la práctica clínica puede encontrarse en algunos casos ambivalencia al respecto y no puede negarse que representa un factor de riesgo para el suicidio.

En Colombia, la investigación sobre el comportamiento autolesivo en adolescentes es escasa, debido a que este comportamiento se comprende como un síntoma asociado a diferentes trastornos mentales o del comportamiento; así mismo, como una acción que emerge de la ideación o intento suicida. Hablar de cutting parece ser un tema con varias connotaciones que van desde lo peyorativo hasta un problema de salud pública. Para la sociedad en general el cutting es una cuestión de moda entre adolescentes, frase que se encuentra en diferentes noticias nacionales habladas y escritas, que minimizan el hecho y a la persona que lo realiza, definiendo el acto como algo meramente impulsivo, rebelde, contagioso y poco racional entre este grupo poblacional. Lo anterior no permite que, desde los entornos primarios como la familia y el colegio, se logre identificar, abordar, tratar y menos prevenir este tipo de situación; derivando entonces bajos reportes ante las entidades de salud y con ello poco conocimiento de la población afectada.

Dentro de los estudios realizados en Colombia, se encuentra el de Flórez (2017) el cual surge de la experiencia, estudio y análisis del fenómeno de cutting en 48 estudiantes entre los 11 y 18 años de edad, en el marco del acompañamiento psicológico realizado en una institución educativa de la ciudad de Medellín durante el año 2014. El estudio revela que el cutting puede ser la forma que encuentran algunos sujetos para enfrentar todas aquellas situaciones que alteran su estado emocional, probablemente

por la incapacidad de pasar por la palabra las emociones intensas, lo que daría cuenta de una dificultad para nombrar el malestar, y dicha represión emocional puede hacer que pasen al acto de cortarse, como otra manera de comunicar su malestar, sin tener la pretensión de suicidarse.

Pese a que aún se requiere de mayor investigación y nuevas aproximaciones conceptuales alrededor del cutting, Colombia es uno de los pocos países que se ha interesado por ir más allá de considerarlo como una problemática netamente clínica, teniendo una visión un poco más abierta que plantea la posibilidad de analizar qué otros factores se encuentran presentes en este tipo de comportamientos con el fin de orientar acciones preventivas.

En Colombia no se cuenta con registros específicos de estos comportamientos. Si bien el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses presenta datos de las lesiones de causa externa, esta no abarca cifras de la violencia autoinflingida, lo que podría deberse, entre muchas causas, a la falta de reportes de los afectados y de las personas cercanas en sus contextos cotidianos, en muchos casos porque los niños, adolescentes y jóvenes que realizan esta práctica lo hacen de manera secreta, lo que dificulta que se tengan registros de los casos y sea muy difícil llegar a tener cifras reales de esta situación.

Albert Ellis, psicólogo que desarrolló la terapia racional emotiva conductual (TREC), postula que no es la situación ni la adversidad la que provoca directamente el malestar emocional, sino que es la persona misma, con sus creencias y pensamientos, la que autogenera el sufrimiento; las personas son en gran parte responsables de sus sentimientos perturbados. La TREC no considera que la única manera de obtener conocimiento sea mediante la razón, sino que se obtiene a través de la emoción y la acción. No obstante, la razón es la que facilita el cambio (Ellis, 1990).

Para la TREC, pensamiento, emoción, sensación y conducta están estrechamente relacionados, considerando que una de las causas principales de la perturbación emocional se debe al sistema de creencias. Aunque las emociones pueden condicionarse en estructuras subcorticales y tener un procesamiento automático, pueden verse afectadas por estructuras corticales, cambios en el pensamiento y tener un procesamiento controlado (Ellis, 1990).

Todo lo anterior llevó al planteamiento del objetivo de esta propuesta: identificar los factores cognitivos, emocionales y sociales presentes en una adolescente que ha presentado prácticas de cutting, a la luz de los planteamientos propuestos por Alber Ellis en la TREC.

Método

Es una investigación cualitativa, diseño fenomenológico. Se analizaron las entrevistas a profundidad realizadas a una adolescente de 14 años, estudiante de grado 7 de un colegio público de la ciudad de Manizales. El análisis cualitativo permite describir la experiencia desde el punto de vista del participante, conservando su lenguaje y expresiones e identificar los patrones presentes en los datos e interpretarlos para darles sentido y responder al planteamiento del problema. La fenomenología, por su parte, facilita la comprensión de las vivencias de una persona relacionadas con el fenómeno de estudio, centrándose en la esencia de esa experiencia. (Hernández et al., 2014).

La técnica utilizada para la recolección de la información fue la historia de vida, la cual se realizó mediante entrevistas a profundidad llevadas a cabo con la adolescente en el contexto escolar, previa autorización de las directivas de la institución y el padre de ella. Igualmente, se obtuvo el asentimiento informado por parte de la adolescente. La información obtenida se analizó mediante el software AtlasTi.

Resultados

La adolescente, en búsqueda de calma y alivio emocional, inicia prácticas de cutting que posteriormente debe realizar de manera compulsiva para lograr el mismo efecto inicial, repitiéndose durante dos años, tiempo en el que entró en un círculo de pensamientos, emociones y cortes, alterando su estado anímico, comportamental y, en general, teniendo consecuencias negativas para su vida, en los diferentes contextos donde se desenvolvía.

Se identifica la marcada tendencia de los pensamientos de la adolescente, los cuales guardan relación con tremendismo, absolutismo, condenación, baja tolerancia a la frustración, directamente relacionados con la emoción y la conducta.

Pensamiento

El pensamiento es un proceso mental complejo que permite ordenar, dar sentido e interpretar la información, y así cada persona puede crear, regular y desarrollar ideas acerca de sí misma, del entorno y de los demás. El pensar responde a una motivación que tiene su origen en la persona, en su ambiente natural, social y cultural y genera también una respuesta para las diferentes situaciones en las que se encuentre.

En la participante fueron evidentes creencias de tipo absolutista y exigente, donde no hay espacio para la flexibilidad, pensamientos que se dieron de forma permanente en los que valoraba a las personas en los diferentes contextos donde se desenvolvía. Como ella misma los expresó: Mi mamá es buena pero me gustaría que fuera más tierna, que nos dedicara tiempo, que supiera lo que me pasa, lo que pienso y que, sobre todo, me demostrara que saber eso es importante para ella, porque pienso que como ve en la casa y portándome bien, cree saberlo todo. Yo considero que soy buena hija, buena novia, buena amiga, pero no recibo lo mismo de los demás y eso me hace sentir triste y vacía.

Estas creencias irracionales le dificultaron la estructuración de metas y proyectarse a mediano y largo plazo, pues los pensamientos rígidos y terribles son compulsivos y repetitivos ocupando la mayor parte del tiempo, considerando además que debe esperar que las cosas cambien en su vida. También alteraron su atención, sueño y comportamiento.

Emoción

Las emociones son fenómenos subjetivos, fisiológicos, funcionales y expresivos de corta duración que nos preparan a reaccionar en forma adaptativa a los sucesos importantes en nuestras vidas. Es una reacción de tipo afectivo que es breve pero intensa y que da lugar a cambios en varios componentes del organismo que están interconectados. (Reeve, 2003). Al organizar estos aspectos de la experiencia dentro de un patrón consistente, las emociones permiten anticipar y reaccionar de manera adaptativa a los sucesos importantes de la vida.

Las emociones están ligadas directamente a los pensamientos y van mostrando congruencia entre sí; igualmente con la conducta. En la participante se identificaron pensamientos absolutistas, tremendistas y con baja tolerancia a frustración, los cuales guardan relación con la necesidad de aprobación y aceptación. La adolescente mostró tendencia marcada a exigencias altas hacia los demás y demanda de atención; al no recibirla, de acuerdo con sus creencias, se generaba tristeza pasando por estados de melancolía y dolor emocional.

La adolescente mencionaba lo siguiente en su discurso: Yo no quería vivir sintiendo que no era aceptada y que me veían como un bicho raro en la familia. Yo no quiero que ellos se preocupen y prefiero irme para mi pieza a pensar en mis cosas y a hacerme muchas preguntas y a desear que pudiera

hablar con ellos de mí, de verdad. Lo único que calmaba mi dolor y ese sufrimiento era poder sentirme viva y para eso me cortaba, porque, si no, estaba casi muriendo en vida.

Conducta

La conducta está relacionada con el modo que tiene una persona de comportarse en los diversos ámbitos de su vida. El modelo A-B-C (Ellis, 1990) muestra la relación entre pensamientos, creencias y emociones con la conducta, donde A es la situación activadora, la adversidad o el problema; B, los pensamientos y creencias; y C, las consecuencias de estos pensamientos. Al tener un acontecimiento activador se producen las creencias y estas a su vez producen consecuencias. Es decir, que lo que causa la alteración o dificultad emocional no es lo que sucede en el punto A, sino que las personas crean una estructura de creencias en el punto B y refuerzan estas creencias en una forma negativa y muchas veces perjudicial, lo cual se manifiesta en las reacciones conductuales o emocionales, el punto C.

Ellis considera que en gran medida se pueden manejar las emociones a través de las creencias personales según se interpreten los acontecimientos en la vida de cada persona, mediante las acciones que se eligen para que ello suceda. A la forma funcional y práctica de pensar y evaluar lo que nos sucede, Ellis lo denomina pensamiento racional; y a la forma contraria, es decir, cuando nos comportamos de una forma poco funcional y práctica debido a la evaluación que damos a los hechos, lo ha llamado pensamiento irracional.

Lo anterior se hizo evidente en las conductas de la adolescente: A mí me dio como esas ganas, como esa curiosidad por lo que ellas me decían, que eso mataba el aburrimiento o el dolor que uno estuviera sintiendo y que ver la sangre era como bueno para ver que, a pesar de todo, uno está vivo. Cuando yo empecé con tantos problemas fue que me dio por hacérmelo y la verdad me gustaba mientras me cortaba, a veces dolía más que otras. Cuando ya había pasado el día de cortarme y me estaba bañando eso me ardía mucho y ahí volvía a recordar ese dolor, esa tristeza y me daban más ganas de hacerlo otra vez y otra vez... así me volví como adicta a eso, a cortarme y lo hacía muchas veces y cuando las heridas iban sanando, volvía a hacerme otras.

En la condenación, la tendencia es a evaluar como “mala” la valía de alguien o de uno mismo como resultado de la conducta individual. Es así como la persona piensa que alguien vale como amigo, familiar o pareja con base en lo que la persona hizo o dejó de hacer, de acuerdo con las demandas que esa persona haya construido. Esta condena se aplica al mundo y a la vida en general. La participante muestra su tendencia a la condenación cuando expresa: Pero en mi casa es más bien como preocuparse por la rutina desde que uno se levanta hasta que se vuelve a acostar. Que si ya me alisté, que coma bien, que me arregle, que esté bien presentada, que cumpla con las tareas, que me porte bien, que llegue rápido a la casa... esas cosas. Pero ella (madre) cree que lo único que necesitamos son cosas materiales y que por eso mi hermana y yo no tenemos problemas. Yo creo que mi mamá a veces piensa que estoy loca, o que soy muy rara, a mí nadie me entiende. Mis papás siempre han creído que con llevar comida, pagar arriendo y darnos estudio ya tenemos la vida completa; y eso no es así.

La conducta de cutting en la adolescente surgió a partir de la relación entre las creencias irracionales (sentir que no merecía afecto y aceptación), las emociones insanas (sentirse culpable de la violación) y el medio ambiente familiar de aislamiento y privación afectiva. La manera como ella evaluó los hechos externos, presentes o pasados, influyó en sus emociones. El manejo terapéutico permitió la adolescente reestructura sus pensamientos mejorando su estado afectivo y contribuyendo así a que cesara esta conducta.

Discusión y Conclusiones

Ángel (2014) plantea que en las personas que se autolesionan hay varios elementos constantes: el hecho de repetir el acto, el tema recurrente del cuerpo, los sentimientos de angustia y dolor, así como de culpa y no encontrarle sentido a la vida, elementos encontrados en la adolescente estudiada.

Acerca de la función que cumple el cutting en relación con el manejo de algunos estados emocionales, varios psicólogos (Suyemoto & MacDonald, 1995; Connors, 1996; Figueroa, 1998, citados por Manca, 2011) plantean que ayuda a contrarrestar estados intensos de frustración, ira, vergüenza, contribuyendo así a autorregular la afectividad. En la adolescente tuvieron mayor peso la vergüenza y la culpa, resultantes de la violación de que fue objeto, y el cutting le ayudaba a manejarlos (Suyemoto & MacDonald, 1995; Connors, 1996; Figueroa, 1998, citados por Manca, 2011).

Es así como esta autolesión o herida física en la piel de los brazos y otras partes del cuerpo, genera la aparición y salida de la sangre; y es el observar dicha sangre lo que se convierte en una forma de confrontación, que les permite recuperar el sentido de sí mismos (Acero, 2015). Entonces, esta sangre vertida por las heridas es una declaración de estar vivo, es decir, redime su propia existencia (Manca, 2011). Por lo tanto, el cuerpo, sus heridas y cicatrices sirven para unir el mundo interior con el exterior (Acero, 2015). Practicar cutting es una manera de sentirse vivo en medio de las situaciones difíciles y que les cuesta trabajo afrontar, conducta que se vuelve adictiva. Se explica en el DSM-5 que, cuando el comportamiento aparece con frecuencia, puede asociarse con una sensación de urgencia y de ansias, ocasionando un patrón de comportamiento que se asemeja a una adicción (APA, 2014).

El adolescente, para controlar y apropiarse de su cuerpo, arremete contra este por medio de la autolesión, la cual se convierte en una estrategia compensatoria para que ese dolor emocional, interno y silenciado, pueda tener una ruta de escape, de alivio y consuelo (Manca, 2011) como también para enfrentar las vicisitudes, enigmas y avatares propios de la adolescencia. Se trata de una acción deliberada (Ángel, 2014; Ávila y Pachar, 2016) y comúnmente repetitiva, la cual puede implementarse de forma crónica como una forma de reducir el estrés o malestar emocional. En otros casos se considera como una forma de lenguaje socialmente construida por los adolescentes (Mora, 2015).

De tal manera que el dolor emocional puede suscitar la autolesión con el propósito “de reconectar-se con el sentido de mismidad y propiedad corporal a través del dolor, permitiéndoles sentirse reales y revitalizados (Villarreal, Jerez, Montenegro, Montes, Igor & Silva, 2013). Por lo tanto, “el dolor es el corazón del cutting” (Schnitter, 2017). Todo ello producto del análisis rígido y exigente de las situaciones y experiencias de vida, donde los pensamientos tremendistas le imposibilitan considerar otras creencias.

Cabe anotar que, además de los cambios hormonales y corporales, son características de este periodo la búsqueda de la identidad y el desarrollo de la personalidad (Viejo y Ortega, 2015). El adolescente se sitúa en una etapa de diferenciación en la que existe una clara desvinculación de la familia para pertenecer a un grupo de referencia con sus iguales (Zacarés et al., 2009). Aunque la mayoría de ellos presenta un desarrollo normal, este proceso, unido al desarrollo fisiológico, del autoconcepto y al incremento de las relaciones sociales, los convierte en una población de riesgo que puede desencadenar ciertas patologías o hábitos que se pueden presentar de forma transversal, tales como consumo de sustancias, conductas sexuales de riesgo, trastornos de conducta, conductas suicidas, autolesiones no suicidas, juego patológico y trastornos del comportamiento alimentario (Toro, 2010).

Las creencias irracionales, relacionadas con la condenación hacia las situaciones y hacia los demás, desencadenan una posición de victimización, generando culpa y, por ende, merecedor de castigo por parte sí mismos, lo que logran por medio de la autolesión.

En los pensamientos tremendistas y absolutistas la persona tiende a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, a percibirlo como completamente malo. Ellis formuló que la tendencia a terribilizar/catastrofizar es un determinante cognitivo de la perturbación emocional que consiste en que las personas tienden a ver los comportamientos propios o ajenos y los sucesos malos de la vida como terribles y horribles, en vez de desafortunados y desagradables. Esta conclusión conduce a la ansiedad y la depresión, y está basada en la filosofía exigente de que ciertas acciones o cosas no deberían pasar en absoluto y, si suceden, devendrán en una catástrofe (Ellis, 1990).

la TREC asume que las personas tienden a exagerar las situaciones (o condiciones de la vida) hasta definirlas como insoportables («no-puedo-soportantitis») en lugar de incómodas o difíciles. Esta conclusión conduce a sentirse angustiado o deprimido, a quejarse, lloriquear, compadecerse y victimizarse, y es fruto de una filosofía dogmática y exigente en que «las cosas tienen que suceder como yo quiero», y, si no es así, no es posible vivir y ser feliz (Ellis, 1990). Esta creencia es irracional porque la persona considera que no será capaz de soportar una situación, problema o condición. La consideración de un suceso como insoportable infravalora las capacidades de la persona para hacer frente a estas adversidades (Ellis, 1990).

A lo anterior se agregan las emociones insanas que sienten los adolescentes, que los ubican en un estado de dolor y sufrimiento que, a su vez, los paraliza, haciendo insoportable las adversidades que experimentan, lo que se convierte en un círculo vicioso de autocondenación, sufrimiento y dolor. Estos estados emocionales pueden derivar en trastornos afectivos como el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar y trastorno adaptativo con ánimo depresivo (Ulloa et al., 2013). Y esto obedece a que los adolescentes no buscan ayuda especializada oportunamente y a que los padres y maestros tienen poco conocimiento de los casos y del impacto que generan en la salud de ellos. Esta conducta en la mayoría de las ocasiones, representa un acting out o demanda de amor, atención y cuidados, sin representar el deseo real de morir (Simeon y Favazza, 2001).

La TREC distingue las emociones en saludables (o sanas) y no saludables (o insanas). Esto significa que ante un acontecimiento negativo la persona puede sentirse muy deprimida (emoción insana) y a su vez sentirse muy triste (emoción sana). El objetivo de la TREC no es cambiar la intensidad de la depresión, sino el cambio cualitativo de la depresión a la tristeza. Es así como la tristeza es una emoción saludable porque ayuda a asimilar una pérdida o un fracaso, mientras que la depresión sería una emoción no saludable porque impide asimilarlas. Es importante aclarar que no todas las emociones producto de un pensamiento racional son positivas, ni que las derivadas de un pensamiento irracional son todas negativas.

Cuando una persona siente una emoción, tiende a actuar de una determinada manera en función de lo que siente. Si siente una emoción insana, su primera reacción a corto plazo es protegerse para reducir o eliminar dicha emoción, pero resulta contraproducente a largo plazo. Este tipo de conducta le hace sentir mejor en el momento al minimizar el error, pero no le ayuda a conseguir sus objetivos a largo plazo. Su conducta es una manera de compensar su creencia. Si el comportamiento ayuda a conseguir los objetivos y metas de bienestar y realización personal a largo plazo se tratará entonces de una conducta adaptativa; mientras que si no contribuye a ello se trata de una conducta desadaptativa.

Todo comportamiento humano tiene un propósito o intención, más o menos consciente, de conseguir algo (iniciar, parar, evitar, reducir, intensificar o mantener un estado emocional). Así como provocar una respuesta en el ambiente o en otras personas, ya sea para castigar, culpar, obtener lo que

se quiere, sacar provecho, llamar la atención u obtener el cariño y/o actuar de un modo acorde con los propios valores, normas y metas.

Las situaciones, pensamientos y emociones de la participante muestran la influencia a la conducta de cutting. Si se revisa el modelo ABC propuesto por Ellis, se logra evidenciar la relación entre las creencias irracionales, la conducta y las emociones que desencadenan el sufrimiento y dolor emocional de la adolescente, utilizando el cutting como medio para calmar su fuente de dolor.

Es necesario enfatizar que el cutting no es una conducta suicida pues su fin último no es terminar con la vida; se trata de un mecanismo de enfrentamiento autodestructivo. Estas manifestaciones autolesivas son un problema de salud pública que puede ser prevenible con intervenciones oportunas, que requieren la participación del sistema educativo, las familias, las instituciones de salud e incluso los medios de comunicación. El estudio realizado por Villarroel y otros (2013) enfatiza en la importancia de esclarecer el concepto de conducta autolesiva, estableciendo sus límites y factores de riesgo, lo que permite proponer un apropiado abordaje diagnóstico y terapéutico y una ayuda más eficiente a las personas que la presentan.

Subvalorar la intencionalidad autolítica de un paciente, malinterpretando sus motivaciones, puede conducir a la catástrofe de no identificar ni ofrecer ayuda a un potencial suicida. Finalmente se resalta que el abordaje comprensivo e integrado del paciente con conducta autolesiva y de su ambiente, permitirá planear un óptimo manejo terapéutico multidisciplinario. El apropiado entrenamiento de un profesional de la salud mental, en identificar las características y motivaciones de una conducta autolesiva específica, permite evaluar el riesgo vital de un paciente y planificar las intervenciones terapéuticas necesarias y suficientes en cada situación clínica.

Referencias

- Acero Rodríguez, P. (2015). La autolesión: Posibles causas y consecuencias, y su manejo exitoso. Colombia. http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2015/cf/ccp/doc/conf_paulo_ace-ro.pdf 67
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – DSM-5. Médica Panamericana
- Ángel, C. (2014). Cortes a flor de piel: una aproximación psicoanalítica a la conducta de la autoincisión en la adolescencia. *Katharsis*, 18, 117–140. <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis/article/view/480>
- Autolesión Selfinjury Foro - ASeFo. (2011). Red social de habla hispana sobre Autolesión no suicida. Un punto de unión de pacientes, familiares y profesionales. <http://www.autolesion.com/2012/04/19/diagnosticos-propuestos-de-autolesion-no-suicida-en-elmanual-de-trastornos-mentales-dsm-v-traduccion/>
- Ávila, M. & Pachar, M. (2016). Relación entre conductas autolesivas, ansiedad y depresión en adolescentes, una guía enfocada desde el modelo Cognitivo Conductual. Ecuador.
- Casado, L. C. (2011). Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. Acciones autolesivas corporales en jóvenes. [Tesis doctoral]. Universidad Rovira i Virgili, Tarragona.
- Castro, K., Planellas, I. & Kirchner, T. (2014). Predicción de conducta autodestructiva en adolescentes mediante tipologías de afrontamiento. *Universitas Psychologica*, 13(1). doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-1.pcaa.

- Doctors, S. (2007). Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia. *Aper-
turas psicoanalíticas*. <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000060>
- Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Desclée de Brouwer
- Flórez Correa, S. (2017). Cutting o cortes en la piel: una práctica que habla. *Revista Poiésis*, 32, 94-100.
- Gallegos, M., Casapia, Y. y Rivera, R. (2018). Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes
de la ciudad de Arequipa. *Interacciones*, 4(2), 143-151. <https://doi.org/10.24016/2018.v4n2.106>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investi-
gación* (6ª. Ed.). McGraw Hill.
- Jorge, C. M. (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y
psicopatológica. *Revista de NeuroPsiquiatría*, 4, 226.
- Manca, M. (2011). Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de los límites del cuerpo o
desafío evolutivo? *Psicoanálisis*, 33(1), 77-88.
- Martínez, D. V. (2014). Autolesiones deliberadas. Entre la restricción y el alivio. *Vertex, Revista Argen-
tina de Psiquiatría*, XXV, 213-219
- Mendoza, Y., y Pellicer, F. (2002). Percepción del dolor en el síndrome del comportamiento autolesivo.
Salud Mental, 25(4), 10-16.
- Mollà, L., Vila, S. B., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., Pérez, V. & Bulbena, A. (2015). Auto-
lesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psico-
patología y Psicología Clínica*, 20(1), 51-61.
- Mora, M. R. (2015). *Comprensión de las conductas autolesivas a partir de la elaboración del estado del
arte*. [Trabajo de pregrado]. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Fundación Universitaria
Los Libertadores.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-63. doi:10.1146/annu-
rev.clinpsy.121208.131258
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*.
Washington, OPS.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y Emoción*. McGraw-Hill
- Rospigliosi, S. (2010). Autolesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima Metropoli-
tana. Lima: PUCP. <http://www.tesislatinoamericanas.info/index.php/record/view/48438>
- Simeon, D., y Favazza, A. R. (2001). Conductas autolesivas: Fenomenología y valoración. En D. Si-
meon & E. Hollander (Eds.), *Comportamientos autolesivos: Evaluación y tratamiento* (pp. 1-28).
American Psychiatric Publishing, Inc.
- Schnitter, M. (2017). Conferencia magistral, clase de Maestría en Psicología. Universidad del Norte
-Barranquilla, Medellín.
- Taboada, E. (2007). Autolesiones (primera parte). *Revista de Psiquiatría Forense y Sexología, Praxis*,
5(3), 7-31.
- Toro, S. (2010). Corporeidad y lenguaje. *Cintamoebio* 37, 44-60. doi:10.4067/S0717-554X2010000100004
- Ulloa, R., Contreras, C., Paniagua, K., & Victoria, G. (2013) Frecuencia de autolesiones y caracte-
rísticas clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil.
Salud Mental, 36(5), 417-420. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pi-
d=S0185-33252013000500010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000500010)
- Vásquez, C. (2011). *Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana*. Lima:
PUCP.
- Viejo, C. y Ortega, R. (2015). Cambios y riesgos asociados a la adolescencia. *Psychology, Society &
Education*, 7(2), 109-118.

- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Montes, C., Igor, M., & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 51(1)
- Zacarés, J. J., Iborra, A., Tomás, J. M., y Serra, E. (2009). Desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de Psicología*, 25(2), 316-329. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16712958014>