

LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO. UNA REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE

SELF-INJURIOUS BEHAVIORS IN PRISON. A REVIEW OF THE STATE OF THE ART

Xavier Roca Tutusaus¹, Joan Guàrdia Olmos² y Adolfo Jarne Esparcia³

¹Centre Penitenciari Brians. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya. ²Universitat de Barcelona. Institut de Recerca en Cervell, Cognició i Conducta IR3C. ³Universitat de Barcelona

Tradicionalmente, las conductas autolesivas han sido consideradas como síntomas de un trastorno; por lo que en la mayoría de los estudios, se han estudiado en relación con la presencia de trastornos a las que asociarlas. De este modo, son pocos los estudios que proponen el estudio de estas conductas en relación con el entorno y medio en el que ocurren (en el medio comunitario, prisión, institución psiquiátrica, etc.). El enfoque en el estudio de la conducta autolesiva ligada a la definición de algún trastorno con las que se la relaciona ha dificultado, en nuestra opinión, la comparación y la profundización de los rasgos definitorios de estas conductas, puesto que en la mayoría de los casos se han entendido desde la perspectiva del trastorno psicopatológico y no como una entidad propia. Así, en este trabajo se propone una exhaustiva revisión de las distintas definiciones de las conductas autolesivas, así como de los principales estudios tanto en el ámbito comunitario como en el penitenciario, centrando nuestra atención en las propiedades y variables identificadas a partir de esas definiciones.

Palabras clave: Autolesiones, Prisiones, Psicopatología.

Traditionally, self-injurious behaviors were considered as symptoms of a disorder which, in most studies, have been studied in relation to the presence of a disorder they associate. Similarly, there are few studies that suggest the study of these behaviors regarding the environment in which they occur (in the community context, prison, mental institution, etc.). This effort to focus the study of the self-injurious behaviour and the conceptual differences that have been proposed over them always linked to the definition of a disorder with which they are related has been difficult to compare and deepening of the traits that define these behaviors, as in most cases have been understood from the perspective of psychopathology and as a separate entity. Thus, this paper proposes a comprehensive review of the different definitions of self-injurious behavior and relationships with various disorders at both the community and in the prison, focusing our attention on the properties and variables identified on the basis of these definitions.

Key words: Self-injurious behavior, Prison, Psychopathology.

Los seres humanos han mostrado, a lo largo de su existencia, una amplia muestra de conductas agresivas ante distintas situaciones y con objetivos y motivaciones diferentes. Así, en situaciones de peligro, estas conductas tienen un elevado valor adaptativo de supervivencia mientras que en otras situaciones son valoradas en algunas ocasiones como desadaptativas e inaceptables en otras. En este último caso, cada sociedad ha determinado distintas respuestas para aislarlas, castigarlas y modificarlas. Sin embargo, hay un grupo de conductas agresivas, las autolíticas y las autolesivas, que resultan más difíciles de abordar debido a que no tienen una función adaptativa o de supervivencia. La di-

ficultad de entender este tipo de conductas ha conllevado la ausencia de modelos, tanto teóricos como prácticos, para su comprensión, intervención y evaluación a pesar de ser una de las conductas que más problemas genera en las unidades de urgencias de los hospitales (García Velasco y Martínez Cordero, 1994) y en las instituciones penitenciarias (Roca, 2009).

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS

La definición y la delimitación de lo que entendemos o de lo que se puede considerar una conducta autolesiva no es fácil. Para empezar existen, dentro de la literatura científica, diferentes palabras para describir estas conductas como automutilaciones, autolesiones, parasuicidios o intentos de suicidio, entre otros. Es evidente que todas estas expresiones hacen referencia o bien a los resultados de la conducta o bien a su intencionalidad independientemente del tipo de autolesión o de su gravedad. Así, cada autor ha realizado sus estudios

Correspondencia: Joan Guàrdia Olmos. Facultat de Psicologia. Departament de Metodologia de les Ciències del Comportament. Universitat de Barcelona. Passeig de la Vall d'Hebrón, 171. 08035 Barcelona. España. E-mail: jguardia@ub.edu

Parte de los autores de este trabajo pertenecen al Grup de Recerca Consolidat SGR 388 de la Generalitat de Catalunya.



con su propia definición, dificultando la comparación y la generalización de los resultados de los diferentes trabajos. Nos encontramos así con un número de estudios que, o bien se centran en una tipología muy concreta de autolesiones, o bien incluyen un abanico muy amplio de conductas (incluso las conductas suicidas); lo cual supone englobar en una misma categoría conductas muy heterogéneas sin disponer de estudios que justifiquen de manera clara el poder incluirla en una misma categoría de análisis.

EN RELACIÓN CON LA DEFINICIÓN DE CONDUCTA AUTOLESIVA

La definición más generalizada de autolesión es la de destrucción deliberada del tejido corporal sin intención suicida consciente (Chapman, Gratz, y Brown, 2006; Favazza, 1989; Favazza, Simeon, y Rosenthal, 1993; Pattison y Kahan, 1983; Winchel y Stanley, 1991). Esta definición, a pesar de ser la más citada, ha sido criticada por distintos aspectos. En primer lugar, define la autolesión por exclusión del suicidio, y esta exclusión se basa únicamente en la intencionalidad de la conducta, hecho totalmente interno al sujeto y, por lo tanto, difícilmente medible de manera fiable. Por otra parte, deja de lado todo un tipo de conductas autolesivas, como tragarse objetos extraños (pilas o clavos, por ejemplo) o la dislocación voluntaria de extremidades, por ejemplo (Barr, Leitner, y Thomas, 2007). 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 y dificultades de generalización de resultados (Suyemoto, 1998). Otra definición de autolesión es la que la refiere como autoagresión física directa y repetitiva que no pone en peligro la vida de la persona (Herpertz, 1995; Scharfetter, 1992). En casos de autolesiones graves el riesgo para la vida puede ser elevado, aunque no sea ésta la intención del sujeto y, por lo tanto, en la mayoría de trabajos no incluyen a estas personas que, a nivel cualitativo, son las que más importancia tienen ya que son las que mostrarían un mayor riesgo y, en consecuencia, el grupo de personas sobre los cuales se tendría que intervenir para evitar futuras autolesiones. Dentro de esta categoría se puede entender la conducta autolesiva como aquella conducta parasuicida que se realiza sin tener intención de causar la muerte (Chapman, et al., 2006; Kreitman, 1977). Otros auto-

res, como Babiker y Arnold (1997), destacan que lo que diferencia la conducta de suicidio de la conducta de autolesión es que la segunda permite que el sujeto continúe viviendo. También ha sido conceptualizada como un indicador de una estrategia de *coping* o afrontamiento de estrés (Haines y Williams, 1997), o como el hecho de dirigir la ira y el castigo hacia uno mismo (Favazza y Rosenthal, 1993).

Todos estos problemas con el concepto y la definición de la conducta autolesiva han comportado problemas para definir de manera más operativa qué conductas pueden ser consideradas como autolesivas y cuáles como intento de autólisis. Así, nos podemos encontrar estudios que incorporen como conducta autolesiva intentos de suicidio, o por el contrario, otros que consideren ciertas conductas autolesivas como intentos de suicidio y que por este motivo no las incluyan en su análisis. Esta dificultad se ve aumentada cuando estudiamos estas conductas en distintos medios o entornos. En este sentido, Bostock y Williams (1974) ya sugirieron que los sujetos que utilizan las conductas autolesivas para manipular su entorno tienen más tendencia a repetir estas conductas, ya que son conscientes del impacto de la misma y de sus consecuencias.

Así pues, y de manera resumida, los problemas de definición y de consenso alrededor del concepto de "conductas autolesivas" se centran en los siguientes aspectos concretos: a) la intencionalidad de la conducta, b) la gravedad de las heridas. c) la repetición de la conducta, d) la inclusión de las automutilaciones. Estos cuatro aspectos son los que determinan una parte importante de las diferencias entre la mayoría de los estudios. Nosotros proponemos la siguiente definición (Roca, 2009): entendemos como Autolesión toda herida o daño físico que se causa una misma persona sin tener la intención de perder la vida. Esta definición coincide con la propuesta por Isaccsson y Rich (2001). Consideramos que las autolesiones o automutilaciones que se realizan cuando la persona tiene la intención de perder la vida tendrían que ser estudiadas como intentos de suicidio o conductas parasuicidas. En el caso de personas que consiguen perder la vida y han dejado clara su intención (mediante carta, mensajes o cualquier otra manera), se tienen que categorizar como suicidas. Las personas que mueren sin haber dejado clara su intencionalidad se tendrían que estudiar como un grupo diferenciado del de personas suicidas dado que no podemos disponer de información respecto a la intencionalidad de su conducta. Por lo tan-



to, el concepto de Automutilación haría referencia a la pérdida voluntaria o expresa de una parte del propio cuerpo y, aunque serían un tipo de autolesiones tendríamos que estudiarlas de manera diferenciada hasta que se pudiera demostrar su similitud y congruencia con las autolesiones.

EN RELACIÓN CON LA CLASIFICACIÓN DE CONDUCTA AUTOLESIVA

Otra dificultad en la investigación en este campo es la amplia variedad de conductas que pueden clasificarse como autolesivas. Esta variedad, por un lado, obliga a hacer definiciones muy amplias y, por otro, es un indicador de que probablemente el fenómeno es mucho más amplio, más heterogéneo de lo que se ha supuesto hasta ahora. En muy pocas ocasiones se diferencian las conductas autolesivas en función de la extensión de la lesión, localización de la herida o gravedad de la misma (Rosen y Heard, 1995). Uno de los pocos intentos de sistematizar el fenómeno proviene de Favazza et al, que en 1993 establecieron tres subtipos. El primer grupo estaba formado por pacientes diagnosticados de esquizofrenia y suponía la existencia de autolesiones muy graves. El segundo grupo estaba relacionado con el consumo de estimulantes y retraso mental y presentaban autolesiones que se ejecutaban de una manera rítmica o estereotipada. El tercer grupo suponía la existencia de autolesiones superficiales o moderadas.

Un estudio realizado en nuestro país (Pérez de los Cobos, Trujols, Ribalta y Pinet, 2009) intentó clasificar a un grupo de 164 adictos a la heroína en función de las conductas autolesivas que habían realizado a lo largo de su vida. Los resultados apuntaban a una clasificación en tres grupos: El primero estaba formado por la mayoría de la muestra (98 sujetos, 59.7%) que los autores nombraron "Grupo de baja frecuencia de autolesiones" porque informaban de menos conductas autolesivas que el resto de la muestra. El segundo grupo ("Grupo de arrancarse las costras") y el tercer grupo ("Grupo de cortes y sangre") reportaban un número de cualquier tipo de conducta autolesiva superior al del primer grupo. El segundo grupo se diferenciaba del tercero por que se habían arrancado las costras más veces que los del tercer grupo y manifestaban menos cortes y autolesiones con sangre. En este estudio se desarrolló una escala con el fin de valorar, de manera retrospectiva, las autolesiones. Este instrumento tenía 15 categorías y el análisis factorial se acercaba mucho al encontrado por Favazza

y Simeon (1995) aunque en lugar de tres factores, Pérez de los Cobos, Pinet, Ribalta, Trujols, y Casas (1994) encontraban 4, que explicaban el 69.3% de la variancia. La solución factorial era la siguiente; Factor 1 Autolesión cutánea con objetos que explicaba el 27.3% de la variancia, Factor 2 Autolesión cutánea sin objeto con el 18.2% de la variancia, Factor 3 Autolesión por golpes, 12.3% de la variancia, Factor 4 Autolesión para arrancarse costras, 11.5 % de la variancia. El factor 4 era el único que Favazza y Simeon (1995) no habían descrito, mientras que el resto de factores eran casi idénticos. Otro de los aspectos que se abordaron en este trabajo de Perez de los Cobos et al. (2009) es el de los intentos de suicidio. En la muestra estudiada, 164 adictos a la heroína, se observó que los adictos que pertenecían al grupo tercero ("Grupo de cortes y de sangre") mostraban un mayor número de intentos de conducta autolítica, referenciada por los mismos adictos, que en los otros dos grupos. Por otra parte, estas diferencias no se daban en relación al número de sobredosis o con respecto a las variables relacionadas con el consumo de heroína. Estas diferencias apuntan la posibilidad de la existencia de un grupo de personas adictas que, con independencia de su consumo, son diferentes del resto de adictos en relación con su conducta autolesiva y autolítica, presentando mayor tendencia hacia estos comportamientos.

LA CONDUCTA AUTOLESIVA EN EL ÁMBITO COMUNITARIO Y EN PRISIÓN

Las conductas autolesivas dentro de las prisiones que más a menudo se describen son las de cortarse, quemarse y producirse abrasiones (Liebling y Krarup, 1993), aunque no existen estudios exhaustivos en este sentido. El estudio de Jackson (2000), realizado en un hospital de máxima seguridad, apunta la existencia de personas con un riesgo elevado; de su muestra de 127 pacientes, 5 acumulaban el 67% (de 122) de todos los incidentes relacionados con autolesiones.

Un estudio de Borrill, et al. (2003) realizado con un grupo de 301 mujeres encarceladas en prisiones inglesas planteaba, aunque no de forma concluyente, la idea de que la dependencia de las drogas podría ser un predictor de autolesiones en la población encarcelada de color. Con respecto a la población en general, y en un servicio de urgencias de un hospital en el que se registraron todos los actos autolesivos durante 2 años seguidos, se pudo observar que el método de autolesión más utilizado fue el de la ingesta de fármacos en un 72.6%



de los casos (Hidalgo, Santiago, García y González, 1994) mientras que el número de autolesiones graves fue de un 6.4% del total.

Dentro de las prisiones, las conductas autolesivas son un tipo de conducta que causa un número importante de problemas y que genera unos altos niveles de estrés, tanto entre los profesionales que trabajan, como entre los mismos internos. A menudo suponen una alteración del ritmo normal del funcionamiento del centro penitenciario que puede afectar a un número importante de actividades. Existen pocos estudios en nuestro país de autolesiones en prisión. En concreto, destacan los trabajos de Laliga, Mendaña, Traserra y Gómez (1991) y los estudios de Mohino et al. (2004). En el trabajo de Laliga et al. (1991) se registraron 73 conductas autolesivas que se dieron en 46 sujetos durante el año 1990 en una prisión de jóvenes. De estos 46 sujetos, 30 se autolesionaron 1 vez, 9 en dos ocasiones, 3 se autolesionaron tres veces y 4 internos lo hicieron en cuatro ocasiones. Las heridas fueron mayoritariamente en el brazo (un 64.4%) mientras un 11% fueron heridas en el vientre y un 8.2% se realizaron mediante la ingesta de un cuerpo extraño y 8,2% fueron ahorcamientos. El resto de tipologías de autolesiones suponían el 8.2%. Uno de los datos más relevantes que se obtuvieron fue el de constatar que de los 46 internos que se autolesionaron, el 84.7% eran consumidores de drogas por vía parenteral.

Además, el 45.65% de los participantes presentaban autolesiones desde antes del estudio y el 90.5% de éstos eran consumidores de drogas por vía parenteral. Este trabajo les permitió hacer una clasificación de 3 tipos de autolesiones que relacionadas con variables demográficas, clínicas y criminológicas les permitía proponer la existencia de dos patrones básicos de autolesiones: uno penitenciario y otro no penitenciario, que consideraban relevantes a la hora de establecer estrategias terapéuticas.

El estudio más reciente llevado a cabo por Mohino et al. (2004) comparó a una muestra de 26 internos con conductas autolesivas del Centro Penitenciario de Jóvenes de Catalunya con un grupo control de 81 internos del mismo centro que no presentaban estas conductas. En el trabajo no se observaron diferencias significativas entre variables sociodemográficas ni tampoco en variables penales o penitenciarías. Los resultados señalaban la importancia de síntomas como la ansiedad, depresión y consumo de alcohol en la conducta autolesiva. De hecho, los datos recogidos indicaban una mayor prevalencia de dependencia de alcohol que de otras drogas en estas personas. Con res-

pecto a los trastornos de personalidad, los resultados apuntaban que los internos que se autolesionaban tenían puntuaciones más elevadas en las escalas de trastorno de personalidad borderline, negativista y antisocial y que estas tres escalas eran suficientes para clasificar correctamente en el 92.6% de la muestra.

Otro motivo de interés para estudiar las autolesiones es la asociación entre esta conducta y el suicidio. Aunque esta asociación no está demostrada, algunos estudios plantean ambas conductas como síntomas de un mismo trastorno y/o un *continuum* en el tipo de comportamiento. De hecho, hay datos relevantes que señalan una mayor prevalencia de autolesiones entre internos que se suicidan que en la población general (Liebling, 1992). En esta línea, Hawton y Catalan (1987) señalan que los internos que se autolesionan tienen una tasa de suicidio más elevada, aproximadamente 100 veces superior a la población general. En este sentido, hay que señalar que, en entrevistas realizadas a internos en el ámbito penitenciario, es fácil observar cómo los internos diferencian sin ningún problema, y de manera clara, entre autolesiones sin intencionalidad y con intencionalidad de suicidio cuándo hablan de manera retrospectiva. Es un tema del que los internos pueden hablar fácilmente, dado que este tipo de conducta no implica ningún tipo de expediente disciplinario o de castigo por parte del Reglamento Penitenciario.

ANÁLISIS PSICOPATOLÓGICO DE LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS

Las conductas de los sujetos pueden variar en el tiempo por diferentes motivos y los factores culturales o sociales influyen de manera importante en estos cambios de comportamiento. Por ejemplo, en los años 90, a las personas que llevaban tatuajes se las relacionaba con subculturas muy marginales y/o delincuenciales hasta el punto de que hay trabajos en los que se encuentran correlaciones significativas entre la superficie de piel tatuada y el trastorno de personalidad antisocial (Aluja, 1991). Desde el punto de vista psicopatológico nos encontramos que dentro del DSM-IV la conducta autolesiva suele presentarse como síntoma o criterio diagnóstico en el trastorno límite de personalidad (en el eje II), y de manera indirecta en el trastorno ficticio del eje I (APA, 2000). Esta carencia nos indica que, conceptualmente, no está claro que la autolesión y/o automutilación pertenezcan a un grupo diagnóstico determinado. También se puede argumentar que esta conducta ha sido utilizada como un indicador o termó-



metro de un trastorno ya detectado y al que se le atribuye la responsabilidad de la conducta autolesiva. No deja de sorprender que una conducta que puede generar problemas sanitarios, especialmente de urgencias, sea conceptualizado como un indicador inespecífico y de segundo orden y no haya recibido más importancia en la línea de comprenderla y relacionarla con el resto de psicopatología. La experiencia clínica sugiere que las posibilidades diagnósticas son más amplias que las que sugieren los manuales. En la práctica clínica nos podemos encontrar pacientes con diferentes diagnósticos y que presentan, al mismo tiempo, conductos autolesivos de diferente importancia y consideración.

AUTOLESIÓN Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

En el criterio 5 del diagnóstico de trastorno límite de personalidad se hace referencia a la presencia de automutilación así como comportamientos, intentos o amenazas de suicidio (Tantam y Whittaker, 1992). En un sentido estricto tendríamos que dejar de lado la autolesión ya que existen diferencias lo bastante importantes entre la autolesión, automutilación y el intento de suicidio. Algunos estudios acerca del trastorno límite han encontrado resultados interesantes. Por ejemplo, Herpertz, Sass, y Favazza (1997) encontraron en una muestra de pacientes con autolesiones que en torno al 48% cumplían los criterios de trastorno límite y que, cuando el criterio de autolesión era excluido, la tasa bajaba al 28%. Rusch, Guastello y Mason (1992), hallaron en una muestra de 89 pacientes que cumplían los criterios diagnósticos de trastorno límite y dichos criterios mostraban una estructura factorial con tres factores: (I) Inestabilidad, compuesto por los criterios de ira inapropiada, relaciones inestables, y conducta impulsiva, (II) Autodestrucción / Impredecibilidad; compuesto por autolesiones e inestabilidad emocional, y (III) Trastorno de identidad.

El factor II lo presentaban 82 de los pacientes mientras que el factor I se hallaba presente en 25 pacientes y el factor III solamente en 21 pacientes. Rusch et al. (1992) creen que los datos sugieren que o bien la autolesión es el síntoma más relevante del trastorno límite de la personalidad o bien existe la tendencia a asignar esta categoría diagnóstica en todo paciente que manifiesta una conducta autolesiva. Un estudio de Hill, Rogers y Bickford (1996) intentó comprobar si el trastorno psicopático de la personalidad (evaluado por la escala PCL-SV) tenía alguna capacidad predictora tanto en relación con el suicidio, con las autolesiones, con agresiones y riesgo de

huida en una unidad psiquiátrica penitenciaria. Los datos obtenidos señalan que la puntuación en la escala de la PCL-SV sola puede predecir la conducta agresiva y el no cumplimiento de normas terapéuticas. Cuando se ha estudiado una muestra de 1986 militares (Klonsky, Oltmanns, y Turkheimer, 2003) los resultados que se obtienen es que solo un 4% de la muestra refiere antecedentes de autolesiones. Esta muestra del 4% destacaba del resto de la población por que obtenían puntuaciones más elevadas en relación con los síntomas de trastornos de personalidad límite, esquizotípico, dependiente y evitación.

Por otra parte, un estudio de Engström Alsén, Gustavsson, Schalling y Träskman-Bendz (1996) en el que intentaban analizar si existen diferencias de temperamento y/o de personalidad en sujetos que han intentado suicidarse observaron que existe una heterogeneidad muy importante y, por lo tanto, no hay una "personalidad suicida"

AUTOLESIÓN Y TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO

Las autolesiones son utilizadas a menudo como mecanismos de regulación de la tensión experimentada en situaciones estresantes, por lo que en personas con trastornos del estado de ánimo pueden convertirse en una estrategia muy fácil para regular el estado de ánimo o para afrontar situaciones o sensaciones de distress psicológico. Por este motivo, el diagnóstico de estos trastornos en pacientes que manifiestan conductas autolesivas tiene que ser hecho con mucho cuidado y contrastar la información que nos da el paciente con la que puede aportar la familia. Los datos del estudio de Klonsky et al. (2003) señalan que la muestra de militares con antecedentes de autolesión, que compararon con el resto de militares sin antecedentes presentan puntuaciones más elevadas en relación a los síntomas de ansiedad y de depresión. En otro estudio (Haw, Houston, Townsend, y Hawton, 2002) se señaló que la depresión era el diagnóstico más habitual entre los pacientes que presentan autolesiones e intentos de suicidio. A pesar de estos datos, hay otros trabajos que no encuentran esta relación. En concreto, en los estudios de Herpertz, Steinmeyer, Marx, Oidtmann, y Sass (1995); Simeon, et al. (1992) no se encuentran diferencias en las puntuaciones del Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961) entre sujetos que se autolesionaban y los que no (muestra control ajustada a varias variables) en el primer trabajo y entre diferentes sujetos que se autolesionaban de manera impulsiva o intencionada en el caso del segundo trabajo.



AUTOLESIÓN Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Existen algunos estudios que señalan cierta relación entre las conductas autolesivas y los trastornos alimenticios. Favazza (1996) señala 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 (igual que con las autolesiones). Es evidente, sin embargo, que las autolesiones son uno de los mecanismos más utilizados para abordar la tensión interna que experimenta un paciente o para solucionar un conflicto con otra persona y, por lo tanto, se puede dar el caso de que las autolesiones sirvan para resolver los sentimientos de culpa relacionados con episodios de bulimia. El estudio de Welch y Fairburn (1996) señala esta dirección. Estudiaron las autolesiones en una muestra de pacientes bulímicas. Este grupo de pacientes obtuvo unas puntuaciones similares al grupo control en relación al consumo de alcohol, pero presentaban un consumo más importante de otras drogas y una tasa superior de autolesiones que el grupo control. Existen diferentes trabajos que demuestran cómo la conducta alimentaria (en concreto, la bulimia) mejora con el tratamiento de naltrexona (Jonas y Gold, 1986, 1988), que a su vez es utilizada también en el abordaje de las conductas autolesivas (Barrett, Feinstein, y Hole, 1989; Bernstein, Hughes, Mitchell, y Thompson, 1987). El trabajo de Pérez de los Cobos et al. (1994), con un grupo de pacientes adictos en tratamiento con naltrexona, encontró que existían tres subgrupos diferentes, de los cuales uno estaría compuesto por personas con graves déficits de control de impulsos (trastornos de bulimia incluidos), un segundo grupo compuesto por sujetos que en el momento que inician la abstinencia en opiáceos inician también las conductas bulímicas y un tercer grupo que se caracteriza por realizar conductas bulímicas cuando está consumiendo pero que desaparecen cuando se mantiene abstinentemente.

AUTOLESIÓN Y TRASTORNO DEL CONTROL DE IMPULSOS

El DSM-IV (APA, 2000) utiliza unos criterios (especialmente en lo que hace referencia al Trastorno de Control de Impulsos no especificado) que se ajusta en muchas de las descripciones que hacen los pacientes de los episodios de autolesiones, y por este motivo, es uno de los diagnósticos más utilizados con una persona con conductas autolesivas. También se tiene que destacar, como hacen Dawes, Tarter, y Kirisci (1997), las altas relaciones entre impulsividad y consumo de drogas. En su estudio, estos autores encontraron que los hijos de

padres con problemas de drogas tenían puntuaciones más altas en diferentes pruebas relacionadas tanto con la impulsividad como con el trastorno por déficit de atención. Por otra parte, los criterios que se utilizan en relación al consumo de drogas por el DSM-IV se caracterizan por reflejar cierto comportamiento impulsivo. Por ejemplo, tomar cada vez más sustancias y durante más tiempo de lo que el paciente quería, el deseo continuado de querer disminuir el consumo o que la sustancia se consuma a pesar del conocimiento de las consecuencias derivadas de su consumo. Existen diferentes trabajos en relación con la comorbilidad entre trastornos por/para el control de impulsos y de conductas adictivas (Brady, Myrick, y McElroy, 1998). En estos trabajos se expone que los delincuentes con conductas impulsivas tienen una prevalencia de abuso de drogas entre el 20 y el 100%. Esta relación tan alta ha hecho que algunos autores entiendan el estudio de la impulsividad en función del número de conductas diferentes en las que el sujeto tenga un déficit de control más que la falta de control en una conducta determinada (Stanford y Barratt, 1992).

La estrecha relación entre conductas agresivas, impulsividad y consumo de drogas podría tener su razón de ser en una posible alteración del sistema opioide, hecho que podría explicar porque algunos toxicómanos mejoran su control conductual (a nivel de agresividad y de conductas bulímicas) con la administración de antagonistas opiáceos, como la naltrexona (Pérez de los Cobos et al., 1994; Rosen y Heard, 1995). El estudio de Herpertz, et al. (1995), en el que estudiaba sujetos que se autolesionan de manera impulsiva y sujetos que se autolesionan de manera planeada, encontraban que los primeros tienen puntuaciones más altas en las escalas de impulsividad de Barratt pero no en las escalas de agresividad (STAXI) y de depresión (Beck Depression Inventory). Hay que señalar la necesidad de disponer de instrumentos específicos de impulsividad para la población penitenciaria ya que los existentes actualmente no tienen capacidad discriminativa suficiente.

AUTOLESIONES Y SUICIDIOS

No se sabe mucho de la relación entre las autolesiones y el suicidio, y en una situación tan especial como prisión, es posible que las motivaciones que generan una conducta u otra sean muy diferentes en relación con las conductas del mismo sujeto cuando se encuentra en libertad (Dooley, 1990). De hecho, la mayoría de estu-



dios están realizados mediante metodología de caso único o bien estudian únicamente a una población muy específica (Wilkins y Coid, 1990). También en la mayoría de los estudios se observa la dificultad de medir de manera fiable y válida los conceptos de autolesión y de intento de suicidio, debido a que las definiciones operativas utilizadas no diferencian de manera clara ambas conductas (Kreitman, 1977; Ennis, 1983). Fulwiler, Forbes, Santangelo y Folstein (1997) realizaron un estudio para intentar diferenciar internos que se automutilaban y los que intentaban suicidarse. Aunque la muestra no era demasiado importante (16 automutiladores y 15 internos que intentaron suicidarse) su trabajo señalaba que el suicidio estaba asociado con algún trastorno afectivo (86.6%) mientras que no pasaba lo mismo con los automutiladores (solo un 12.5% manifestaron un trastorno afectivo). También se observó que un 75% de los automutiladores tenían una historia de hiperactividad infantil mientras que esta característica solo se daba en un 6.67% de los internos con un intento de suicidio (Fulwiler et al., 1997).

Franklin (1988) obtiene, en su estudio en la prisión central de Raleigh, unos resultados que sugieren que en torno al 50% de los internos en centros penitenciarios que se autolesionan reconocen que su objetivo es el de la manipulación, mientras que para Power y Spencer (1987) el porcentaje oscila alrededor del 28%. Estos dos estudios confirman lo que muchos de los autores señalan: que la mayoría de las autolesiones en los centros penitenciarios lo son con la intención de manipular, lo que da apoyo a la idea de que cualquier conducta con bajo riesgo para la vida se tiene que interpretar como con finalidades manipuladoras (Haycock, 1989a; Liebling, 1992). A pesar de ello, McDonald y Thomson (1993) encontraron que había un riesgo de suicidio mucho más importante en situaciones de custodia policial que en personas de la población general, calculando que el incremento del riesgo se sitúa en 3 veces por encima del observado en la población normal (Tuskan y Thasse, 1983). Dear, Thomson y Hills (2000), encontraron en su estudio que no se podía diferenciar entre los manipuladores (sujetos que se autolesionaban) y los que intentaban hacer un suicidio. De 81 internos que se estudiaron habiendo hecho una autolesión los tres días anteriores, dos de cada tres que habían hecho algún intento manipulador tenían, al menos, un intento de suicidio de grado moderado, y de cada 6 con autolesiones uno tenía al menos algún riesgo para la vida. Uno de los crite-

rios más operativos con el fin de poder diferenciar ambos comportamientos es el de la intencionalidad. Algunos sujetos pueden llegar a hacer una autolesión muy grave con la que se pueden situar en riesgo de morir, aunque su intencionalidad no fuera esa (Velamoor y Cernovsky, 1992). Por otra parte, podemos encontrar intentos de suicidio con muy poca consistencia y que supongan un bajo riesgo de muerte o peligrosidad. Las tasas estimadas de suicidio en este medio, sin embargo, son altas, especialmente entre internos jóvenes (Thronton, 1990; Zamble y Porporino, 1988).

El dolor también ha demostrado tener su importancia. Así, Theodoulou y Harris (2005), señalan que en una muestra de personas que se autolesionaban, en el 4% de los casos, la experiencia de sentir dolor estaba asociada con las autolesiones pero también obtenían puntuaciones más altas en el índice de deseo de suicidio así como tasas bajas de trastorno psiquiátrico o de consumo de drogas. Algunos estudios también han revisado la relación entre riesgo para la vida y el intento de autólisis. Así, mientras algunos autores encontraban una relación entre ambas conductas (automutilación y autólisis) con el método utilizado (Hamdi, Amin y Mattar, 1991; Pierce, 1977), otros no la encuentran (Power, y Spencer, 1987). Liebling (1992) no encuentra ninguna relación entre el riesgo para la vida e intentos de suicidio en su muestra de internos jóvenes.

Un trabajo de Fanous, Prescott, y Kendler (2004) intentó predecir la ideación suicida en una población de 2164 mujeres gemelas, mediante técnicas multivariantes y Event History Analysis. A pesar del tamaño de la muestra y de las técnicas estadísticas utilizadas los autores no consiguen predecir de manera satisfactoria ninguna de ambas conductas. Un estudio reciente (Barr, et al., 2007) estudió las diferencias a lo largo de 5 años de seguimiento entre los pacientes que se presentaban en un servicio de urgencias que dejaban una nota de suicidio y los que no. Los datos apuntaban que los pacientes que dejaban una nota tenían más riesgo de volver a intentar un suicidio que aquellos que no habían dejado ninguna nota. Brent (1997) destaca la importancia de evaluar y definir estrategias de manejo de los jóvenes con autolesiones con el fin de evitar y disminuir los posibles riesgos de suicidio así como de poder detectar y tratar psicopatología concomitante y establecer un tratamiento que facilite a los pacientes desarrollar habilidades sociales y de resolución de problemas.



Se ha estudiado también la influencia de la étnia. El estudio ya mencionado de Borrill et al. (2003) con mujeres, ya señalaba la posible relación entre la conducta autolesiva y el intento de autolisis, especialmente si se tenía en cuenta la etnia de la población. En hombres encarcelados también se ha encontrado una cierta relación en el sentido que los internos de origen africano podrían presentar una tasa de suicidios menores que los hispánicos, europeos o de origen anglosajón (Haycock, 1989b).

Un dato que sí que resulta relevador para la predicción del suicidio es la de intentos de suicidio anteriores. Un estudio de Fruehwald, Frottier, Matschnig, y Eher (2003), en el que analizaron la historia clínica de 250 internos de prisiones australianas que se habían suicidado entre los años 1975 y 1999, encontró que el 50% de estos sujetos habían realizado algún intento anterior y que un 37% habían expresado ideas de suicidio antes de realizarlo. En este sentido, los autores también remarcan que en un estudio anterior del 2001 (Fruehwald, Frottier, Eher, Benda, y Ritter, 2001) ya habían apuntado la necesidad de que, dentro del ámbito penitenciario, cualquier interno que diera algún indicador de intento de suicidio, amenazara verbalmente o hiciera alguna autolesión tendría que suponer la derivación a consulta psiquiátrica. Otros datos relevantes vienen dados por la historia toxicológica. El estudio de Murphy, Rousanville, Eyre, y Kleber (1983) encuentra que, en una muestra de 533 adictos, las variables que diferencian entre sujetos con antecedentes de suicidio y los que no era el número de problemas relacionados con el alcohol, el uso importante de anfetaminas, tranquilizantes e inhalantes, así como un uso más suave de marihuana entre aquellos sujetos con intentos de suicidio. Los adictos con más riesgo de suicidio tenían un perfil caracterizado por menos recursos personales y menos habilidades. Carter, Reith, Whyte y McPherson (2005) encontraron en una muestra de 31 pacientes que se habían suicidado, en comparación con un grupo control de 93 pacientes que sólo habían realizado intentos de suicidio, que las variables que indicaban un mayor riesgo de suicidio eran las relacionadas con el área toxicológica (número de sustancias, incremento de las dosis y de la frecuencia del consumo). Finalmente, se añaden como variables relevantes: un diagnóstico reciente de seropositividad al VIH, antecedentes psiquiátricos y antecedentes de autolesiones (Gala et al., 1992).

AUTOLESIÓN Y TOXICOMANÍAS

Podríamos extender esta exposición a un largo listado de trastornos psicopatológicos a los que se ha vinculado la conducta autolesiva, con mayor o menor intensidad. Así, por ejemplo, se ha vinculado la conducta autolesiva con la tricotilomania propia del trastorno obsesivo y más específicamente cuando forma parte del ritual compulsivo (Yaryura-Tobias, Neziroglu, y Kaplan, 1995). Algo parecido sucede con lo que Herman (1992) denomina "trastorno complejo de estrés postraumático" que plantea la conducta autolesiva como un regulador emocional en la respuesta de estrés. Trabajos como los de Leonard, Brann, y Tiller (2005) o Orbach (1994) señalan una tímida relación entre la conducta autolesiva y el trastorno disociativo aunque la califican de poco específica o la más conocida utilización de la autolesión como estrategia de *coping* en situaciones de trastorno de ansiedad. Finalmente, este listado de relaciones debe incluir el trabajo de Haw, Hawton, Sutton, Sinclair, y Deeks (2005) que mediante un meta-análisis de 14 estudios muestra una cierta relación entre algunos factores propios de los trastornos psicóticos y la presencia de autolesiones, interpretando estas últimas como un indicador de severidad del trastorno.

Sin embargo, muchas de ellas son de carácter muy débil y, en consecuencia, con escasa aportación empírica acerca de una cierta estabilidad de esas relaciones. Caso contrario sucede en el caso de las toxicomanías en las que se da una ocurrencia de conducta adictiva y de autolesión que nos permiten pensar en una mucho más estrecha relación entre esas dos entidades, de acuerdo con las propuestas de diversos trabajos como en Lacey y Evans (1986); Linehan, Oldham y Silk (1995); Haines, Williams y Brain (1995); Kennerley (1996); Burgess et al. (2001); Coll, Law, Tobias, Hawton y Tomas (2001); Ros, Peris y Gracia (2004) o Martínez et al. (2005).

La importancia de tal estructura y de su estudio viene dada por una serie de argumentos y observaciones que a continuación detallamos. En primer lugar las conductas autolesivas no han sido estudiadas de manera correcta en este perfil de la población, a pesar de haberse señalado repetidamente el vínculo entre ambas conductas (Borrillet et al., 2003; Brooke, Taylor, Gunn y Maden, 2000; Schwartz y Cohen, 1989). Por otra parte, el consumo de drogas puede entenderse como una conducta autolesiva en sí misma (Favazza, et al., 1993; Murphy, et al., 1983; Pattison y Kahan, 1983), de manera que a veces se ha utilizado el concepto de adicción para defi-





nir y entender la conducta autolesiva (Favazza, et al., 1993; Faye, 1995). Además, los pacientes toxicómanos que se autolesionan producen problemas en las salas de urgencias por su riesgo en relación en el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (García Velasco y Martínez Cordero, 1994; Hidalgo Rodrigo, et al., 1994). De todo ello se deduce la estrecha relación entre ambos fenómenos en el medio carcelario.

Así, en el estudio de Laliga et al. (1991) se encontró una importante relación entre el consumo de drogas y las conductas autolesivas. Un 84.7% de los sujetos que hicieron alguna conducta autolesiva eran consumidores de drogas por vía parenteral mientras que la población del centro estaba formada sólo por un 57.3% de consumidores de drogas por vía parenteral. Si tenemos en cuenta las autolesiones anteriores al ingreso en la prisión se encontró que 21 de los 46 internos tenían antecedentes y de éstos 21 un 90.5% eran consumidores de drogas por vía parenteral. Otro estudio de Stocks y Scott (1991), llevado a cabo durante 5 años en un centro de emergencias de Edimburgo encontró que el 87% de las admisiones debidas a autolesiones estaban relacionadas con sobredosis y un 75% de los pacientes tenían como mínimo una condena.

A nivel teórico y según Faye (1995), 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.

A pesar de estas semejanzas, Faye (1995) no explica de manera clara las diferencias importantes que se observan entre los pacientes que se autolesionan. Esta observación hace que sea necesario primero establecer las diferentes tipologías de conductas autolesivas, si es que las hay. En este sentido, el trabajo de Murphy et al. (1983) señala que la asociación entre sobredosis e intentos de suicidio sugiere la idea de que una sobredosis no letal puede representar un tipo de conducta suicida. Existen otros intentos de encontrar subgrupos de toxicómanos entre pacientes con patología dual. Una de las hipótesis es que los sujetos con dependencia de

estimulantes, cocaína o anfetamina tendrían que manifestar más problemas relacionados con la violencia, autolesiones y mayor número de ingresos hospitalarios (Miles et al., 2003).

COMENTARIO FINAL

Algunos autores, como Favazza y Rosenthal (1993) y Alderman (1997), proponen considerar la conducta autolesiva como un trastorno y no como un síntoma de un trastorno. Su propuesta incluye la consideración de situar este trastorno dentro del eje I del sistema DSM y proponen el nombre de "Trastorno de Autolesión Repetitivo". Argumentan esta propuesta aduciendo que, en algunos casos, la conducta autolesiva se mantiene a pesar de que hayan desaparecido otros síntomas o trastornos y que, en otros casos, esta conducta aparece sin que exista algún otro tipo de trastorno. Otros autores, como Tantom y Whittaker (1992), han señalado que el hecho de autolesionarse puede tener como objetivo coaccionar a otras personas y aliviar el distress experimentado. Por este motivo consideran que a las personas que se autolesionan de manera repetida tendrían que considerarse como personas que presentan una conducta adictiva en lugar de interpretarlo como un síntoma de un trastorno más amplio.

En resumen, en el estudio de los comportamientos autolesivos existe una gran diversidad de trabajos centrados en la relación de estas conductas con trastornos. La heterogeneidad de las tipologías de las conductas autolesivas, la dificultad de relacionar de manera clara la asociación entre la conducta suicida y autolesiva, si es que existe, hacen necesario establecer un análisis más profundo de la tipología de las conductas autolesivas, la relación entre estas y los mecanismos y procesos psicológicos que subyacen.

Ahora bien, esta diversidad de enfoques y concepciones puede verse algo aliviada si nos centramos en el análisis de la conducta autolesiva en prisión, es decir, en un contexto muy determinado y específico que puede prestarse a abordajes más concretos y facilitadores de información mucho más precisa. Trabajos recientes muestran algunas aportaciones interesantes que desearíamos esquematizar para concluir este trabajo (Fagan, Cox, Helfand, y Aufderheide, 2010; Gunter, Chibnall, Antoniak, Philibert, y Hollenbeck, 2011; Lanes, 2009a; 2009b). En esencia la presencia de conducta autolesivas en el medio prisión debe considerarse no tanto como una entidad propia sino como un indicador de psicopa-





tología y su presencia debe tratarse como entidad compleja vinculada con severidad de trastorno y con dificultades de pronóstico. Los estudios citados muestran que en porcentajes muy elevados las conductas anómalas han descendido como efecto recurrente a la intervención psicológica y como consecuencia del propio proceso terapéutico sin que se establecieran diagnósticos específicos y planteamientos terapéuticos exclusivos. Del mismo modo, los resultados terapéuticos han sido moderados con muchas y diversas técnicas pero existe una gran regularidad en que, independientemente del enfoque terapéutico, las conductas autolesivas descienden ante la intervención más global. Por otro lado, esos datos señalan una segunda característica a tener en cuenta en el medio prisión y se centra en el hecho de que más del 65% de los casos con conductas autolesivas se asocia dicho síntoma con trastorno severo y, por tanto, esa concepción de las autolesiones como indicador de severidad no es nada despreciable. Resumiendo, la presencia de autolesiones es un indicador robusto de enfermedad mental severa y escasamente se da en trastornos neuróticos más comunes. Finalmente, buscando algunos aspectos más aplicados de lo anteriormente mostrado, parece existir una amplia coincidencia en que, sea cual sea la forma de analizar las conductas autolesivas en prisión, la intervención urgente es precisa. No solo, que también, por las cuestiones obvias de seguridad, sino por que ese papel de indicador de severidad conlleva que la función de incremento de autolesiones es muy rápido y veloz de manera que no admite muchas demoras en el abordaje clínico. Los trabajos recién citados indican que en la mayoría de los casos en los que aparecieron autolesiones en prisión, la aparición de respuestas patológicas mucho más desestructurado se produjo en un tiempo relativamente breve y de forma especialmente violenta. De este modo parece necesario que más allá de lo que científicamente sepamos sobre las conductas autolesivas en prisión y sea cual sea la posición teórica o fenomenológica desde las que se aborden, es absolutamente importante la intervención clínica en el nivel que se asuma necesario, ya sea de forma específica como un trastorno concreto o de forma más general, como síntoma de estructuras patológicas más complejas.

REFERENCIAS

- Alderman, T. (1997). *The Sacred Soul: Understanding and ending self-inflicted violence*. Oakland: New Harbinger.
- Aluja, A. (1991). *Personalidad desinhibida, agresividad y conducta antisocial*. Barcelona: PPU.
- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Babiker, G., y Arnold, L. (1997). *The language of injury: Comprehending self-mutilation*. Leicester: The British Psychological Society.
- Barr, W., Leitner, M., y Thomas, J. (2007). Self-harm or attempted suicide? Do suicide notes help us decide the level of intent in those who survive? *Accident and emergency nursing, 15* (3), 122-127.
- Barrett, R. P., Feinstein, C., y Hole, W. T. (1989). Effects of naloxone and naltrexone on self-injury: a double blind, placebo-controlled analysis. *American Journal of Mental Retard, 93*, 644-651.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Bernstein, G. A., Hughes, J. R., Mitchell, J. E., y Thompson, T. (1987). Effect of narcotic antagonists on self-injurious behavior: a single case study. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 26*, 886-889.
- Borrill, J., Burnett, R., Atkins, R., Miller, S., Briggs, D., Weaver, T., y Maden, A., (2003). Patterns of self-harm and attempted suicide among white and black/mixed race female prisoners. *Criminal Behavior Mental Health, 13*(4), 229-240.
- Bostock, T., y Williams, C. (1974). Attempted suicide and operant behavior. *Archives of General Psychiatry, 31*, 482-486.
- Brady, K. T., Myrick, H., y McElroy, S. (1998). The relationship between substance use disorders, impulsive control disorders and pathological aggression. *American Journal of Addiction, 7*, 221-230.
- Brent, D. A. (1997). The aftercare of adolescents with deliberate self-harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*(3), 277-286.
- Brooke, D., Taylor, C., Gunn, J., y Maden, A. (2000). Substance misuse as a marker of vulnerability among male prisoners on remand. *British Journal of Psychiatry, 177*, 248-251.
- Burgess, S., Geddes, J., Hawton, K., Townsend, E., Jamiison, K., y Goodwin, G. (2001). Lithium for maintenance treatment of mood disorders. *Cochrane Database Systemic Review, 3*, CD003013.
- Carter, G., Reith, D. M., Whyte, I. M., y McPherson, M. (2005). Repeated self-poisoning: increasing severity



- os self-harm as a predictor of subsequent suicide. *British Journal of Psychiatry*, 186, 253-257.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., y Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394.
- Coll, X., Law, F., Tobias, A., Hawton, K., Tomas, J. (2001). Abuse and deliberate self-poisoning in women: a matched case-control study. *Child Abuse Neglect*, 25(10), 1291-302.
- Dawes, M. A., Tarter, R. E., y Kirisci, L. (1997). Behavioral self-regulation: correlates and 2 year follow-ups for boys at risk for substance abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 45, 165-176.
- Dear, G. E., Thomson, D. M., y Hills, A. M. (2000). Self-harm in prison. *Criminal Justice and Behavior*, 27(2), 160-175.
- Dooley, R. (1990). Prison suicide in England and Wales, 1972 - 1982. *British Journal of Psychiatry*, 156, 40-45.
- Engström, G., Alsén, M., Gustavsson, P., Schalling, D., y Träskman-Bendz, L. (1996). Classification of suicide attempters by cluster analysis: A study of the temperamental heterogeneity in suicidal patients. *Personality and Individual Differences*, 21(5), 687-695.
- Ennis, J. (1983). Self-harm: 2. Deliberate nonfatal self-harm. *Canadian Medical Association Journal*, 129(2), 121-125.
- Fagan, T.J., Cox, J., Helfand, S.J., y Aufderheide, D.F. (2010). Self-Injurious Behavior in Correctional Settings. *Journal of Correctional Health Care*, 16 (1), 48-66.
- Fanous, A. H., Prescott, C. A., y Kendler, K. S. (2004). The prediction of thoughts of death or self-harm in a population-based sample of female twins. *Psychological Medicine*, 34(2), 301-312.
- Favazza, A. R. (1989). Why Patients Mutilate Themselves. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(2), 137-145.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd ed). Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Favazza, A. R., y Rosenthal, R.J. (1993). "Diagnostic issues in self-mutilation." *Hospital and Community Psychiatry*, 44(2): 134-140.
- Favazza, A. R., y Simeon, D. (1995). *Self-mutilation*. En A. H. D. J. Stein (Ed.), *Impulsivity and aggression* (pp. 185-200). Chichester: John Wiley y Sons.
- Favazza, A. R., Simeon, D., y Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 4, 134-140.
- Faye, P. (1995). Addictive Characteristics of the Behavior of Self-Mutilation. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 33(6), 36-39.
- Franklin, R. K. (1988). Deliberate Self-harm. Self-injurious behavior within a Correctional Mental Health Population. *Criminal Justice and Behavior*, 15(2), 210-218.
- Fruehwald, S., Frottier, P., Matschnig, T., y Eher, R. (2003). The relevance of suicidal behaviour in jail and prison suicides. *European Psychiatry*, 18(4), 161-165.
- Fruehwald, S., Frottier, P., Eher, R., Benda, N., y Ritter, K. (2001). Did suicidal behavior have relevance for prison suicide? *Psychiatric Praxis*, 28(7), 326-329.
- Fulwiler, C., Forbes, C., Santangelo, S. L., y Folstein, M. (1997). Self mutilation and suicide attempt: Distinguishing features in prison. *Journal of Academy of Psychiatry Law*, 25(1), 1994.
- Gala, C., Pergami, A., Catalan, J., Riccio, M., Durbano, F., Musicco, M., Baldeweg, T., y Invernizzi, G. (1992). Risk of deliberate self-harm and factors associated with suicidal behavior among asymptomatic individuals with human immunodeficiency virus infection. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(1), 70-75.
- García Velasco, G., y Martínez Cordero, A. (1994). Urgencias hospitalarias desde un centro penitenciario. *Atención Primaria*, 13(2), 65.
- Gunter, T.D.; Chibnall, T.J., Antoniak, S.K., Philibert, R.A., y Hollenbeck, N. (2011). Predictors of suicidal ideation, suicide attempts, and self-harm without lethal intent in a community corrections sample. *Journal of Criminal Justice*, 39(3), 238-245.
- Haines, J., y Williams, C.L. (1997). Coping and problem solving of self-mutilators. *Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 177-186.
- Haines, J., Williams, C. L., y Brain, K. L. (1995). The psychopathology of incarcerated self-mutilators. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40(9), 514-522.
- Hamdi, E., Amin, Y., y Mattar, T. (1991). Clinical correlates of intent in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 406-411.
- Haw, C., Hawton, K, Sutton, L., Sinclair, J. I. y Deeks, J. (2005). Schizophrenia and deliberate self-harm: a systematic review of risk factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1): 50-62.



- Haw, C., Houston, K., Townsend, E., y Hawton, K. (2002). Deliberate self-harm patients with depressive disorders: treatment and outcome. *Journal of Affective Disorder*, 70(1), 57-65.
- Hawton, K., y Catalan, J. (1987). *Attempted Suicide: A practical Guide to its Nature and Management*. (2nd edn.). Oxford: Oxford University Press.
- Haycock, J. (1989a). Manipulation and suicide attempts in jails and prisons. *Psychiatric Quarterly*, 60(1), 85-98.
- Haycock, J. (1989b). Race and suicide in jails and prisons. *Journal of National Medicine Association*, 81(4), 405-411.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: BasicBooks.
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behavior. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 91, 57-68.
- Herpertz, S., Sass, H., y Favazza, A. R. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*, 31(4), 451-465.
- Herpertz, S., Steinmeyer, S. M., Marx, D., Oidtmann, H., y Sass, H. (1995). The significance of Aggression and Impulsivity for Self-mutilative behavior. *Pharmacopsychiatric*, 28 (Supplement), 64-72.
- Hidalgo Rodrigo, M. I., Santiago Cuervos, M., García Serna, B., y González Manjavacas, C. (1994). Las Conductas Autoagresivas en el Servicio de Urgencias. *Atención Primaria*, 13(1), 25-30.
- Hill, C. D., Rogers, R., y Bickford, M. E. (1996). Predicting aggressive and socially disruptive behavior in a maximum security forensic psychiatric hospital. *Journal of Forensic Science*, 41(1), 56-59.
- Isacsson, G., y Rich, C. L. (2001). Management of patients who deliberately harm themselves. *British Journal of Psychiatry*, 322, 213-215.
- Jackson, N. (2000). The Prevalence and Frequency of Deliberate Self-harm among male Patients in a Maximum Secure Hospital. *Criminal Behavior and Mental Health*, 10, 21-28.
- Jonas, J. M., y Gold, M. S. (1986). Naltrexone reverses bulimic symptoms. *Lancet*, 1, 807.
- Jonas, J. M., y Gold, M. S. (1988). The use of opiate antagonists in treating bulimia: a study of low-dose versus high-dose naltrexone. *Psychiatry Research*, 24, 195-199.
- Kennerley, H. (1996). Cognitive therapy of dissociative symptoms associated with trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 35 (3), 325-340.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., y Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508.
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. London: Wiley.
- Lacey, J. H., y Evans, C. D. H. (1986). The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, 81, 641-649.
- Laliga, A., Mendaña, F., Traserra, G., y Gómez, A. (1991). Autolesiones en el Centro Penitenciario de Jóvenes de Barcelona durante el año 1990. Estudios de sus Características. *IV Simposium Europeo Regional de la AIDSM*, 257-259.
- Lanes, E. (2009a). Identification of Risk Factors for Self-Injurious Behavior in Male Prisoners. *Journal of Forensic Sciences*, 54(3), 692-698.
- Lanes, E. (2009b). The Association of Administrative Segregation Placement and Other Risk Factors with the Self-Injury-Free Time of Male Prisoners. *Journal of Offender Rehabilitation*, 48(6), 529-546.
- Leonard, D., Brann, S., y Tiller, J. (2005). Dissociative disorders: pathways to diagnosis, clinician attitudes and their impact. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(10), 940-946.
- Liebling, A. (1992). *Suicides in Prison*. New York: Routledge.
- Liebling, A., y Krarup, H. (1993). *Suicide attempts in male prisons*. London: Home Office.
- Linehan, M. M., Oldham, J., y Silk, K. (1995). Dx: Personality disorder — now that? *Patient Care*, 29(11), 75-83.
- Martinez, C., Rietbrock, S., Wise, L., Ashby, D., Chick, J., Moseley, J., et al. (2005). Antidepressant treatment and the risk of fatal and non-fatal self harm in first episode depression: nested case-control study. *British Medicine Journal*, 330(7488), 389.
- McDonald, D., y Thomson, N. J. (1993). Australian deaths in custody, 1980-1989. *The Medical Journal of Australia*, 159, 581-585.
- Miles, H., Johnson, S., Amponsah-Afuwape, S., Finch, E., Leese, M., y Thornicroft, G. (2003). Characteristics of subgroups of individuals with psychotic illness and a comorbid substance use disorder. *Psychiatry Services*, 54(4), 554-561.



- Mohino, S., Ortega-Monasterio, L., Planchat, L. M., Cuquerella, A., Talon, T., y Macho, L. J. (2004). Discriminating deliberate self-harm in young prison inmates through personality disorder. *Journal of Forensic Science*, 49(1), 137-140.
- Murphy, S. L., Rousanville, B. J., Eyre, S., y Kleber, H. D. (1983). Suicide attempts in treated opiate addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 24(1), 79-89.
- Orbach, I. (1994). Dissociation, physical pain, and suicide: a hypothesis. *Suicide Life Threatment Behavior*, 24(1), 68-79.
- Pattison, E. M., y Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140, 867-872.
- Pérez de los Cobos, J., Pinet, C., Ribalta, E., Trujols, J., y Casas, M. (1994). Conductas impulsivas en sujetos dependientes de opiáceos tratados con naltrexona. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22(6), 254-260.
- Pérez de los Cobos, J., Trujols, J., Ribalta, E., y Pinet, C. (2009). A typology of heroin-dependent patients based on their history of self-injurious behaviours. *Psychiatry Research*, 167(1-2), 169-177.
- Pierce, D. (1977). Suicidal intents in self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 130, 377-385.
- Power, K. G., y Spencer, A.P. (1987). Parasuicidal behavior of detained Scottish young offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 31(3), 227-235.
- Roca, X. (2009). *Estudi de les conductes autolesives en una mostra de subjectes drogoaddictes a les presons*. Tesis Doctoral. Universitat de Barcelona
- Ros, S., Peris, M.D. y Gracia, R. (2004). *Impulsividad*. Barcelona, Ars Medica.
- Rosen, P. M., y 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.
- Rusch, K. M., Guastello, S. J., y Mason, P. T. (1992). Differentiating symptom clusters of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 48(6), 730-738.
- Scharfetter, C. (1992). Selbstschädigung [Self-harming]. *TW Neurol Psychiatrie*, 6, 763-766.
- Schwartz, R. H., y Cohen, P. (1989). Self-harm behaviors (carving) in female adolescent drug abusers. *Clinical Pediatrics (Phila)*, 28(8), 340-346.
- Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J. J., Winchel, R. M., y Stanley, M. (1992). Self-Mutilation in Personality disorders: Psychological and Biological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 149(2), 221-226.
- Stanford, M. S., y Barratt, E. S. (1992). Impulsivity and the multi-impulsive personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 7, 831-834.
- Stocks, R., y Scott, A. I. (1991). What happens to patients who frequently harm themselves? A retrospective one-year outcome study. *British Journal of Psychiatry*, 158, 375-378.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of Self-Mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.
- Tantam, D., y Whittaker, J. (1992). Personality disorder and self-wounding. *British Journal of Psychiatry*, 161, 451-464.
- Theodoulou, M., y Harris, L. (2005). Pain and deliberate self-harm. An important association. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(4), 317-320.
- Thronton, D. (1990). Self-Injury and attempted suicide amongst the YOI population. In N. L. Fludger, Simmons, I.P. (Ed.), *Proceedings of the prison Psychologists Conference* (Vol. 1:34, pp. 47-55).
- Tuskan, J. J., y Thasse, M. E. (1983). Suicides in jails and prisons. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health*, 21, 224-237.
- Velamoor, V. R., y Cernovsky, Z. Z. (1992). Suicide with the motive "to die" or "not to die" and its socio-anamnestic correlates. *Social Behavior and Personality*, 20, 193-198.
- Welch, S. L., y Fairburn, C. G. (1996). Impulsivity or comorbidity in bulimia nerviosa. A controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 169(4), 451-458.
- Wilkins, J., y Coid, J. (1990). *Self-Mutilation in female remand prisoners: 1. An indicator of severe psychopathology*. Unpublished manuscript.
- Winchel, R. M., y Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 148, 306-317.
- Yaryura-Tobias, J. A., Neziroglu, F.A., y Kaplan, S. (1995). Self-mutilation, anorexia, and dysmenorrhea in obsessive compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17(1), 33-38.
- Zamble, E., y Porporino, F. J. (1988). *Coping, Behavior and adaptation in prison inmates*. New York: Springer-Verlag.