



# XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

## **CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS: BREVE REVISIÓN. CONCEPTUALIZACIÓN, CLÍNICA Y CAUSAS.**

Jesús Lull Carmona, Neus Francés Sanjuan, Carmen Pascual Calatayud, Rocío Roselló Miranda, Yolanda Morant Luján, Elisa Ibáñez Soriano.

[jesusmedicin@gmail.com](mailto:jesusmedicin@gmail.com)

### **RESUMEN**

La conducta autolesiva es aquella conducta premeditada, con la intencionalidad de realizarse daño somático a uno mismo sin la intención de provocarse la muerte. Estos comportamientos son tratados tanto como síntomas presentes en diferentes psicopatologías, así como síndromes independientes. Observando las diferentes formas de presentación clínica, se ha elaborado una clasificación con la finalidad de comprenderlas así como la elaboración de unos modelos biopsicosociales para explicar sus causas. Una de las líneas de investigación de las que se habla en los últimos años es la del posible patrón adictivo seguido por estas conductas, en la que se han llegado a proponer hipótesis que las relacionan con el sistema opioide.

### **INTRODUCCIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN**

A lo largo de la historia, se ha explicado que los animales poseen el instinto innato de supervivencia. La teoría de la evolución habla de que es este instinto lo que lleva a los animales a velar por la supervivencia del propio individuo y la de sus genes. Para conseguir dicha hazaña, se realizan auténticas proezas como la de seleccionar la pareja más adecuada, hacer sacrificios por los hijos y estar constantemente tomando decisiones para asegurar la propia integridad del individuo.

Sin embargo, en la naturaleza se observan comportamientos contrarios a estos principios, incluso conductas que se podrían considerar completamente opuestas, lo que supone un giro desconcertante a estos razonamientos. Un ejemplo son las conductas de autolesión sin intención suicida, que suponen una destrucción directa e intencionada del propio tejido del cuerpo, sin intención letal, que aparentemente entran en conflicto con el deseo innato de salud y longevidad.

Las conductas autolesivas han sido descritas a lo largo de toda la historia registrada. Incluso en la Biblia, se encuentra una de las apariciones más antiguas documentadas. Posteriormente, se

## **CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS: BREVE REVISIÓN. CONCEPTUALIZACIÓN, CLÍNICA Y CAUSAS.**

muestran infinitas apariciones dentro de incontables ámbitos: informes antropológicos, descripciones de casos clínicos, fuentes literarias, fuentes artísticas y un largo etcétera.

En las últimas décadas, se ha presenciado un aumento del interés por este tipo de conductas, tanto clínico como científico y social; ya que se trata de conductas cada vez más frecuentes (lo que conlleva un problema clínico), provoca daños psicológicos y físicos significativos a los individuos que se autolesionan y ocasiona sufrimiento a amigos y familiares. Además de ser un comportamiento actualmente poco comprendido (incluyendo el sector médico asistencial, en el que genera sentimientos de ambivalencia entre el personal). También se especula que la comprensión de este tipo de conductas podría ayudar a entender un poco más las conductas poco saludables que adopta la humanidad como, por ejemplo, beber alcohol o fumar.

Pero existen numerosos obstáculos para llevar a cabo el estudio de este tipo de conductas. Uno de los mayores obstáculos encontrados, es que los investigadores y los médicos a menudo utilizan términos y definiciones vagas e imprecisas para referirse a un mismo concepto a investigar. Es por este motivo que, a lo largo de la historia, se encuentran múltiples términos para referirse a las conductas autolesivas no suicidas, como por ejemplo: tendencias suicidas, autoagresión deliberada, automutilación, parasuicidio, etc. (*Deliberate self harm, non suicidal self injury, self destructive behaviors, autoinjurious behaviors o cutting*; son algunos ejemplos en inglés).

Afortunadamente, en los últimos años, como la investigación sobre el pensamiento y la conducta autolesiva ha aumentado, los investigadores y los médicos han empezado a hacer distinciones más cuidadosas y a utilizar términos y definiciones más claras y concisas para referirse a estos comportamientos.

Por esto, y en un sentido más acotado, la conducta autolesiva no suicida se definiría como aquella conducta premeditada, destinada a realizarse daño somático a uno mismo sin la intención de provocarse la muerte. Por consiguiente, esta definición excluye tanto la ideación suicida como los actos con intención suicida, así como los rituales y las prácticas culturales. Hay que mencionar también, que el hecho que se trate de una conducta premeditada, comporta que sea de manera deliberada, es decir, no accidental, pero sí intencionada y directa sobre uno mismo.

Dentro de esta definición, la mayoría de los investigadores establecen una clara distinción entre las conductas cuya finalidad es la lesión corporal (es decir, conductas autolesivas directas) y aquellas en las que el daño corporal es una consecuencia no intencionada derivada del acto (es decir, conductas autolesivas indirectas), como son las conductas nocivas que tiende a adoptar la humanidad, entre las que encontramos: beber alcohol, fumar, comer en exceso, etc; ya que dichas conductas no se realizarían con la finalidad de morir, sino de obtener placer (aunque

## **CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS: BREVE REVISIÓN. CONCEPTUALIZACIÓN, CLÍNICA Y CAUSAS.**

indirectamente puedan acarrear la muerte). Por tanto, solamente se incluirían en esta definición las conductas autolesivas directas.

Revisando la literatura, se encuentra que estos comportamientos son tratados tanto como síntomas presentes en diferentes psicopatologías (depresión mayor, trastorno de pánico, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, etc.) así como síndromes independientes.

### **EPIDEMIOLOGIA**

La edad de inicio suele estar comprendida entre los diez y quince años. Su inicio después de los treinta años es muy infrecuente.

Dentro del grupo de los adolescentes, se observa que este tipo de conductas son más frecuentes en el sexo femenino; mientras que dentro del grupo de los adultos, no se aprecian diferencias significativas entre sexos.

En cuanto a la prevalencia, se observa que la conducta autolesiva no suicida presenta una prevalencia en general muy elevada. En la población general es de un 21% de los adolescentes y de un 5% de los adultos. Mientras que dentro de la población que ha sido diagnosticada o ha precisado de ingreso hospitalario en psiquiatría en algún momento de su vida, la prevalencia aumenta desde un 21% en los adultos hasta un 35% en los adolescentes. Estas prevalencias tan elevadas pueden responder a las grandes limitaciones que existen en la investigación de dichas conductas. Estas limitaciones pueden ser, por una parte, la histórica falta de precisión en la definición de una misma conducta que influye en los criterios de inclusión en los estudios, por otra parte, la falta de realización de estudios epidemiológicos a gran escala, las características de las muestras, los métodos de reclutamiento de individuos y los métodos de recogida de datos.

### **FACTORES DE RIESGO Y MÉTODOS EMPLEADOS**

Como en la mayoría de patologías existentes en el campo de la medicina, se contemplan múltiples factores de riesgo. Algunos de los más destacables son: sexo femenino, adolescencia, estrés, bajo nivel socioeconómico, ambiente familiar adverso, abuso en la infancia, trastorno psiquiátrico, trastorno neurológico y abuso de tóxicos, entre otros.

Entre los métodos más comunes empleados para la autolesión se encuentran: cortes y golpes en las extremidades o abdomen (realizados con objetos punzantes o cortantes), la excoriación de la piel mediante el rascado, quemaduras o la introducción de objetos en el espacio subdérmico. Otros métodos menos frecuentes, pero que hay estudios que los catalogan como conductas autolesivas y otros que no, son: morderse, morderse las uñas y tirarse de los pelos.

## **CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS: BREVE REVISIÓN. CONCEPTUALIZACIÓN, CLÍNICA Y CAUSAS.**

La literatura hace referencia a que, dentro del sexo femenino, la forma más frecuente de autolesionarse es mediante cortes en antebrazos, mientras que en el sexo masculino, son los golpes o quemaduras en las extremidades.

### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Referente a las formas de presentación clínica, encontramos una clasificación realizada por Simeon y Favazza quienes diferencian 4 modos de presentación clínica:

1. **Conductas autolesivas mayores:** son conductas infrecuentes y de aparición impulsiva. Provocan gran daño físico como, por ejemplo, la enucleación ocular, la amputación o la castración. El 75% de estas conductas están descritas durante episodios psicóticos.
2. **Conductas autolesivas estereotipadas:** son conductas que se presentan de manera repetitiva con un patrón inflexible. Consisten en que el individuo se golpea de manera repetida en la cabeza; se muerde los labios, la lengua, las mejillas...; se escorían la piel; se tiran del pelo; etc. Estas conductas son típicas del trastorno del espectro autista, del retraso mental severo y de ciertas patologías neurológicas. La magnitud del daño realizado suele ser moderada.
3. **Conductas autolesivas compulsivas:** son conductas repetitivas que siguen un patrón compulsivo, tales como excoriaciones de la piel secundarias al rascado reiterado de esta, tirarse del pelo y morderse las uñas. La intensidad del daño autoinfligido puede variar desde leve a moderada.
4. **Conductas autolesivas impulsivas:** son conductas repetitivas que se presentan de manera ocasional y, a veces, de modo ritualizado. Dentro de este tipo de conductas, encontramos la realización de cortes o quemaduras dérmicas y la introducción de objetos punzantes en el espacio subdérmico. La magnitud del daño provocado suele ser de leve a moderada. Dichas conductas se observan de manera más frecuente en el sexo femenino y en individuos con antecedentes de abuso sexual en la infancia. Son también asociadas a trastorno de la personalidad cluster B (Trastorno Límite de la personalidad sobretudo), trastorno de estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de la esfera anímica y a trastorno disociativo.

Este tipo de conductas se puede dividir en 2 subtipos:

## CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS: BREVE REVISIÓN. CONCEPTUALIZACIÓN, CLÍNICA Y CAUSAS.

- a. Autolesiones impulsivas episódicas:** son conductas vividas con egodistonia, ya que el individuo presenta un temor constante a realizarse daño, por lo que intenta resistirse a los impulsos de autolesionarse, pero finalmente acaba claudicando y cediendo a dichos impulsos de manera reiterativa. Es objetivable un aumento de la tensión preautolesión y un alivio posterior a la autolesión.
- b. Autolesiones impulsivas repetitivas:** es una conducta que sigue un patrón compulsivo-adictivo, es decir, aparece con frecuencia casi diaria y sin factor desencadenante. Se describe cierta predisposición obsesiva-compulsiva.

### MODELOS DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA

Ya analizados los tipos de manifestaciones clínicas que pueden mostrar las conductas autolesivas no suicidas, surge la siguiente incógnita: ¿cuál es el motivo por el que los individuos acaban adoptando este tipo de conductas de manera repetitiva?

Para despejar esta incógnita, existen varios modelos que intentan explicar el porqué de la reiteratividad.

#### A. Modelos biopsicosociales de Klonsky

- 1.- Modelo de la regulación de los afectos: en el que se plantea que la existencia de ambientes adversos durante la infancia, podría entorpecer el desarrollo de estrategias adecuadas para gestionar el estrés, por lo que el individuo se efectuaría la autolesión como una estrategia para aliviar afectos negativos insoportables.
- 2.- Modelo de la disociación: la conducta autolesiva se realizaría como respuesta a un estado de disociación, de despersonalización o de desrealización para, a través del dolor, poner fin a este estado y contactar, de nuevo, con la realidad.
- 3.- Modelo de conducta suicida alternativa: la conducta autolesiva se realizaría como una alternativa para resistirse al deseo de morir presente en la ideación suicida.
- 4.- Modelo de influencia interpersonal: la conducta buscaría influir sobre terceros. Debe interpretarse como un aviso, ya que el individuo puede presentar sentimientos de abandono o minusvalía.
- 5.- Modelo de los límites interpersonales: manifiesto en individuos que no han desarrollado el sentido de identidad integrado y, por este motivo, el individuo corta su piel (que es lo que lo separa del resto) para discernir su identidad física y reafirmar así su autonomía.
- 6.- Modelo del castigo: surge de la hipótesis que un ambiente desfavorable durante la infancia reforzaría el castigo como necesario para modelar comportamientos. Por lo tanto, es una

## **CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS: BREVE REVISIÓN. CONCEPTUALIZACIÓN, CLÍNICA Y CAUSAS.**

conducta que se vive con egosintonía (porque el individuo siente que controla los cambios que realiza, que el cambio está en sus manos).

7.- Modelo de búsqueda de sensaciones: se observa en individuos que necesitan emociones fuertes para sentirse conectado con la vida, por lo que realizan la conducta autolesiva como mecanismo de excitación. Es por este motivo, que la conducta se realiza repetitivamente y puede llegar a ser adictiva.

### **B. Modelo funcional de Nock**

Desde un punto de vista funcional, para el mantenimiento de la autolesión se proponen cuatro posibles procesos de refuerzo según el tipo de eventos precedentes y consecuentes a la conducta autolesiva.

Por una parte, existirían refuerzos intrapersonales, en los que la acción autolesiva podría ir seguida de la disminución inmediata de sentimientos de aversión (como por ejemplo, la tensión y la ira, "para terminar con los pensamientos negativos"), lo que constituiría un refuerzo negativo que podría justificar el mantenimiento de la conducta. Por otra parte, la autolesión también podría desembocar en la aparición de sentimientos buscados por el individuo (como por ejemplo, el castigo, "para sentir algo, aunque simplemente sea dolor"), lo que generaría un refuerzo positivo.

Además, estarían los refuerzos interpersonales, en los que el consecuente de la autolesión sería la disminución de eventos sociales determinados (como por ejemplo, la discusión entre familiares o el acoso escolar, "para evitar algún tipo de castigo"), lo que daría lugar a un refuerzo negativo. En cambio, el refuerzo positivo podría ser dado, después de realizar la conducta, por el aumento de un acontecimiento social deseado (como por ejemplo, conseguir apoyo de amigos o atención familiar, "hacer ver a terceros como se siente el individuo o, simplemente ser el centro de atención").

### **C. Modelo de adicción a las conductas autolesivas**

Se postula que la adicción a las conductas autolesivas no suicidas se puede explicar por medio de mecanismos neurobiológicos y psicológicos.

En cuanto a los mecanismos neurobiológicos, si las conductas autolesivas pueden seguir un patrón típico de las conductas adictivas en algunos casos, es razonable pensar que hay un funcionamiento comprometido de los sistemas de motivación del cerebro, incluyendo el sistema mesocortical de recompensa de dopamina y los sistemas de opioides endógenos, así como una sobreactivación del sistema de estrés mediado por el cortisol.

Por una parte, se sugiere que eventos adversos de la vida podrían desencadenar cambios que activarían el eje Hipotálamo-Hipofisario, lo que provocaría un aumento del cortisol secundario a

## **CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS: BREVE REVISIÓN. CONCEPTUALIZACIÓN, CLÍNICA Y CAUSAS.**

la disminución del nivel de opioides endógenos. Estos cambios, probablemente están involucrados en el desarrollo de una adicción a la conducta de autolesión.

Por otra parte, algunos autores han demostrado la existencia de una elevada liberación de opioides endógenos después de eventos estresantes. La conducta autolesiva tendría una función catártica, lo que estimularía la liberación de opioides endógenos. Este aumento de opioides haría disminuir el cortisol, disminuyendo así el estrés, pero también activaría los circuitos de recompensa mediados por la dopamina. Es por esta razón, que se postula que probablemente la liberación de opioides endógenos al sistema nervioso central sea el responsable del alivio del dolor psicológico. Más aún, dicho aumento de opioides, también podría ser el causante del fenómeno de tolerancia y, como consecuencia, de la adicción en sujetos vulnerables. Además de los opioides, también se hace referencia a la implicación de la oxitocina, neuropéptido que jugaría también un papel importante en la tendencia a la adicción a dichas conductas.

Solamente los individuos vulnerables, con determinadas características de personalidad y con antecedentes de acontecimientos vitales negativos, serían los candidatos a desarrollar una adicción a una conducta autolesiva no suicida.

Por lo que se refiere a los mecanismos psicológicos, Beck mediante su hipótesis de sensibilidad, sugiere que haber presenciado tanto pensamientos como conductas autolesivas en ocasiones anteriores, con el tiempo provocaría que se adoptaran conductas de autolesión de un modo más precipitado frente a situaciones de estrés, con el riesgo de volverse conductas más persistentes y de severidad creciente.

Finalmente, tal como sucede en las adicciones a sustancias, se han observado períodos libres de autolesión (abstinencia), en los que no desaparece el riesgo de recaída ya que de repente, después de un período de estrés o de determinados estímulos ambientales, se vuelve a incidir en estas conductas (recaída).

### **TRATAMIENTO**

Pocos resultados estadísticamente significativos se han desprendido del estudio de posibles tratamientos efectivos para las conductas autolesivas no suicidas. Los trabajos realizados, apoyan el tratamiento psicoterapéutico, donde se obtiene evidencia empírica en varios tipos de psicoterapia, como son: terapia cognitivo-conductual, terapia grupal de regulación emocional, terapia manual asistida cognitivo-conductual, psicoterapia centrada en la transferencia, psicoterapia dinámica deconstructiva y terapia de movimiento de voz.

## **CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS: BREVE REVISIÓN. CONCEPTUALIZACIÓN, CLÍNICA Y CAUSAS.**

También existe evidencia científica en el tratamiento farmacológico, en fármacos como ISRS (fluoxetina), antipsicóticos atípicos (aripiprazol y ziprasidona), ISRN (venlafaxina), opioides (buprenorfina) y antagonistas opiáceos (naltrexona).

No obstante, no existe evidencia suficiente que justifique la indicación de una forma terapéutica determinada en torno al tratamiento de las conductas autolesivas no suicidas.

### **CONCLUSIONES**

Las conductas autolesivas no suicidas suponen un problema tanto social como clínico que ha estado presente a lo largo de la historia.

Es un tema de complejo estudio debido a la dificultad de obtener objetividad y a la dificultad de diagnóstico; por lo que existen múltiples hipótesis lanzadas sobre sus causas, motivos, tratamiento, etc., pero escasa evidencia científica.

Por todo esto, la gran mayoría de estudios y revisiones sobre esta temática presentes en la literatura científica, coinciden en la conclusión de la necesidad de realizarse nuevos estudios que permitan obtener la evidencia empírica suficiente como para poder comprender y abordar este tipo de conductas.

### **BIBLIOGRAFÍA**

Blasco-Fontecilla H, Fernández- Fernández R, Colino L, Fajardo L, Perteguer-Barrio R and de Leon J (2016) The Addictive Model of Self-Harming (Non-suicidal and Suicidal) Behavior. *Front. Psychiatry* 7:8. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00008

Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol* (2010); 6: 339-63.

DOI:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.

Villarroel G Juana, Jerez C Sonia, Montenegro M M. Angélica, Montes A Cristian, Igor M Mirko, Silva I Hernán. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Rev. chil. Neuro-psiquiatr.* (2013); 51 (1): 38-45.

Tess Alexandra Mummé, Helen Mildred & Tess Knight (2016): How Do People Stop Non-Suicidal Self-Injury? A Systematic Review, *Archives of Suicide Research*, DOI:10.1080/13811118.2016.1222319.

Brianna J Turner, MA; Sara B Austin, BA; Alexander L Chapman, PhD. Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions. *CanJPsychiatry* (2014);59(11):576–585.



## **CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS: BREVE REVISIÓN. CONCEPTUALIZACIÓN, CLÍNICA Y CAUSAS.**

A. Ann Emery, Nancy L. Heath & Devin J. Mills (2016): The Role of Basic Need Satisfaction in the Onset, Maintenance, and Cessation of Non-Suicidal Self-Injury: An Application of Self-Determination Theory, *Archives of Suicide Research*, DOI:10.1080/13811118.2016.1211043.

Olivia J. Kirtley, Ronan E. O'Carroll and Rory C. O'Connor, Pain and self-harm: A systematic review, *Journal of Affective Disorders* (2016), DOI: 10.1016/j.jad.2016.05.068.

Kathryn R. Fox, Alexander J. Millner and Joseph C. Franklin, Classifying Nonsuicidal Overdoses: Nonsuicidal Self-Injury, Suicide Attempts, or Neither?, *Psychiatry Research* (2016), DOI:10.1016/j.psychres.2016.07.052.

Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, Townsend E, van Heeringen K. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2016), Issue 5. Art. No.: CD012189. DOI: 10.1002/14651858.CD012189.

Blasco-Fontecilla H, Baca-Garcia E, Courtet P, Garcia Nieto R, De Leon J. Horror vacui: emptiness might distinguish between major suicide repeaters and nonmajor suicide repeaters: a pilot study. *Psychother Psychosom* (2015) 84:117-9. DOI:10.1159/000369937.

Blasco-Fontecilla H. The addictive hypothesis of suicidal behavior. *Med Hypotheses* (2012) 78:350. doi:10.1016/j.mehy.2011.11.005.

Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 306-17.

Brunner R, Parzer P, Haffner J, et al. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 641-9.

Martínez D. V. Autolesiones deliberadas. Entre la restricción y el alivio. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.* (2014), Vol. XXV: 213-219.

Blasco-Fontecilla H, Artieda-Urrutia P, Berenguer-Elias N, Garcia-Vega JM, Fernandez-Rodriguez M, Rodriguez-Lomas C, et al. Are major repeater patients addicted to suicidal behavior? *Adicciones* (2014) 26:321-33.

Martínez DV. Autolesiones Deliberadas -DSH-, una aproximación a su corporalidad. En: Memorias de las XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Tomo I. Buenos Aires; Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2007. p. 78-79.

Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 226-39.

Haines J, Williams CL, Brain KL, Wilson GV. The psychophysiology of self-mutilation. *J Abnorm Psychol* 1995; 104: 471-89.

## **CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS: BREVE REVISIÓN. CONCEPTUALIZACIÓN, CLÍNICA Y CAUSAS.**

Blasco-Fontecilla H, Jausent I, Olié E, Béziat S, Guillaume S, Artieda-Urrutia P, et al. A cross-sectional study of major repeaters: a distinct phenotype of suicidal behavior. *Prim Care Companion CNS Disord* (2014) 16(4). DOI:10.4088/PCC.14m01633.

Hyman SE. Addiction: a disease of learning and memory. *Am J Psychiatry* (2005) **162**:1414-22. doi:10.1176/appi.ajp.162.8.1414

Konicki PE, Sschulz SC. Rationale for clinical trials of opiate antagonists in treating patients with personality disorders and self-injurious behavior. *Psychopharmacol Bull* (1989) **25**:556-63.

Ken Tullis (1998) A theory of suicide addiction, *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, 5:4, 311-324, DOI: 10.1080/10720169808402339.

### **PREGUNTAS**

¿Qué son las conductas autolesivas no suicidas?

- a) Conductas accidentales consistentes en provocarse daño a uno mismo, realizadas sin intención de morir.
- b) Conductas accidentales consistentes en provocarse daño a uno mismo, realizadas con intención de morir.
- c) Conductas deliberadas consistentes en provocarse daño a uno mismo, realizadas con intención de morir.
- d) Conductas deliberadas consistentes en provocarse daño a uno mismo, realizadas sin intención de morir.

Respuesta correcta: d).

Según el modelo de la adicción a las conductas autolesivas, ¿Qué elemento sería el encargado de la disminución del dolor psíquico?

- a) Estrés.
- b) Cortisol
- c) Opioides endógenos.
- d) Dopamina.

Respuesta correcta: c).