



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

**Factores de riesgo y de protección de las
autolesiones no suicidas en población adolescente española**



Tesis Doctoral
Presentada por:
Blanca Gallego Hernández de Tejada



Dirigida por:
Dra. María Sandra Pérez Rodríguez
Dr. José Heliodoro Marco Salvador



Valencia, 23 de julio de 2019

Resumen

Las Autolesiones No Suicidas (ANS), como cortarse, quemarse o golpearse intencionadamente son comportamientos con consecuencias potencialmente perjudiciales y se requieren estudios empíricos para conocer cómo poder prevenirlas concretamente en la población adolescente.

Los objetivos de esta tesis fueron investigar la prevalencia, los métodos, las características, las funciones y la estructura dimensional de las ANS en una gran muestra comunitaria de adolescentes españoles, de la misma manera que examinar la relación entre las ANS y distintas variables como los Ambientes Invalidantes, la Desregulación Emocional, la Desesperanza, la Carga Percibida, la Pertenencia Frustrada, la insatisfacción con la Imagen Corporal y el Sentido de la Vida. Si bien las investigaciones existentes indican que las ANS prevalecen entre las muestras clínicas y comunitarias tanto de adolescentes como de adultos jóvenes, pocos estudios han examinado empíricamente los modelos de factores involucrados en la etiología y el mantenimiento de estos comportamientos. Por ello, otro de los objetivos del presente estudio ha sido poner a prueba un modelo con las variables anteriormente nombradas.

El estudio ha tenido un diseño transversal. Se han evaluado mediante cuestionarios de autoinforme a 1.733 adolescentes de toda la región española, con edades que abarcan desde los 11 a los 19 años.

Respecto a los resultados obtenidos, el 24.2% de los adolescentes refiere haberse autolesionado al menos una vez en la vida y el 12.7% lo hace de forma grave. La funcionalidad de las ANS es principalmente intrapersonal, es decir, tienen como finalidad aliviar o eliminar estados emocionales negativos. En relación con el segundo objetivo, los resultados apoyaron la unidimensionalidad de las ANS. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes que se autolesionan y los que no se autolesionan. Los que se autolesionan muestran mayores niveles de Ambientes Invalidantes en la familia, están más desesperanzados, se encuentran más desregulados emocionalmente, se perciben como una carga para los demás y manifiestan un elevado nivel de Pertenencia Frustrada. Por último, también se encontraron mayores niveles de insatisfacción con la Imagen Corporal en los adolescentes con ANS.

Por otro lado, se ha observado que los adolescentes que se autolesionan tienen menor Sentido de la Vida que los que no lo hacen. A su vez, se ha observado que el Sentido de la Vida moderó y amortiguó la asociación entre la Desregulación Emocional y las ANS graves. El modelo predictivo de las ANS se ajustó de forma adecuada, siendo capaz de explicar significativamente el 16.3% de la varianza de las ANS.

Respecto al modelo, se encontró que los Ambientes Invalidantes afectaron de forma positiva a la Desregulación Emocional que, a su vez, afectó a la Desesperanza también significativa y positivamente. La Desesperanza afectó tanto a la Carga Percibida como a la Pertenencia Frustrada. Mientras que el modelo sí mostró un efecto significativo y fuerte sobre la Carga, el efecto sobre la Pertenencia Frustrada no fue significativo. Asimismo, tanto la Carga como la Pertenencia predijeron significativamente la Imagen Corporal. Finalmente, únicamente la Carga fue predictor estadísticamente significativo de las ANS.

En conjunto, esta tesis ha demostrado que las ANS prevalecen en los adolescentes españoles y los hallazgos contribuyen a la discusión de un posible diagnóstico de las ANS. Es importante considerar el efecto de los Ambientes Invalidantes, la Desesperanza, la Desregulación Emocional, la Carga Percibida y la insatisfacción con la Imagen Corporal en

relación con las ANS en adolescentes, así como el papel moderador del Sentido de la Vida. La evaluación de las funciones de refuerzo específicas de las ANS y de la estructura del factor subyacente puede ser útil para desarrollar tratamientos individualizados funcionalmente relevantes.

Capítulo 1. Marco teórico

1. Las autolesiones no suicidas

1.1. Evolución conceptual y diagnóstica.

Las autolesiones no suicidas (ANS) han sido una inquietud constante por parte de las personas dedicadas al ámbito de la salud mental desde hace décadas. Ya en los años 60, se definía la conducta autodestructiva como una conducta disfuncional que se caracterizaba por ser aquella que implicaba cualquiera de una serie de comportamientos por los cuales el individuo produce daño físico a su propio cuerpo (Tate y Baroff, 1966). En los Estados Unidos, Graff y Mallin (1967) ya reconocían la autolesión como un problema del ámbito psiquiátrico que se empezaba a cronificar. Debido a que en muchos hospitales de aquella época hubo un aumento de los pacientes que llevaban a cabo intentos de suicidio a través de cortes en las muñecas, estos autores realizaron un estudio con la intención de comprender el perfil de personalidad de aquellas pacientes, principalmente mujeres, que sufrían el síndrome de lo que denominaron cortadores de muñecas (wrist cutter). El resultado fue la observación de un patrón de comportamiento común derivado de la privación temprana materna, generando una incapacidad para poder ofrecer y recibir una comunicación significativa. A su vez, en Reino Unido se llevó a cabo un estudio similar basado en una revisión de 27 pacientes cuya intención era la de describir la experiencia del corte, tanto desde el punto de vista del paciente como la del terapeuta. Concluyeron que las circunstancias que llevaban a una persona a cortarse eran debidas a un estado de ego alterado, comparando la acción de cortarse con la despersonalización (Pao, 1969). Los esfuerzos por conocer el alcance y la naturaleza del problema aumentaron en la década de 1970, publicándose un número importante de trabajos que intentaban comprender la funcionalidad de esta conducta (Carr, 1977; Tate, 1972).

En los inicios de los años 80, Pattinson y Kahan (1983) publicaron un trabajo sobre las autoagresiones deliberadas en el que analizaron 56 casos, revelando un patrón típico en la adolescencia tardía, con episodios recurrentes de baja letalidad a lo largo de los años. Durante este tiempo, inspirado por el psicoanálisis, la autolesión comenzó a ser considerada como un síntoma del trastorno límite de la personalidad (TLP) (Gilman, 2013). Cuando apareció el TLP en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), se incluyó en su descripción la afirmación de que frecuentemente existía un impulso y comportamiento impredecible que era potencialmente autodestructivo físicamente (APA, 1980). Sin embargo, Pattison y Kahan (1983) propusieron por primera vez que el manual diagnóstico de trastornos mentales en su cuarta edición, DSM-IV (APA, 1994), recogiera esta clasificación como un síndrome diagnóstico separado de otros trastornos. Por su parte, Ross y McKay (1979) indicaron que mientras que el comportamiento autolesivo (al que se refirieron

como self-harm behavior) se producía con mayor frecuencia en los trastornos de personalidad límite e histriónico, no existía una asociación directa entre este comportamiento y una personalidad específica. Además, se hizo hincapié en que el comportamiento autolesivo y las tendencias suicidas son clínicamente comportamientos distintos. Por último, se consideró que, mientras que este comportamiento se asocia a veces con la psicosis, la mayoría de las conductas autolesivas no son manifestaciones de un proceso psicótico. Su trabajo fue consistente con la nosología del DSM-III, argumentando que cumplía las tres características esenciales de los trastornos del control de los impulsos: 1) el fracaso para resistir un impulso, 2) el aumento de la tensión antes de cometer el acto, y 3) la experiencia del placer, gratificación o liberación en el momento de cometer el acto. El síndrome de autoagresión deliberada (deliberate self-harm syndrome), debía considerarse, según su propuesta, como un diagnóstico del Eje I (Chowanec, Josephson, Coleman y Davis, 1991).

En las últimas décadas ha existido una gran dificultad en la recogida de información respecto a este tipo de conductas. Durante mucho tiempo han sido diversos los términos que se han utilizado para definirlos, hecho que ha ido asociado a la ambigüedad del constructo (Andover, Morris, Wren y Bruzzese, 2012). Un resultado de la falta de nomenclatura estándar es que diferentes términos se utilizaban a veces de manera reemplazable para hacer referencia a un único concepto, mientras que un solo término podía ser utilizado para hacer referencia a varios conceptos diferentes (Silverman, 2006).

Las ANS y el suicidio tienen en común la provocación de daño deliberado hacia uno mismo, diferenciándose en su motivación que en el caso del suicidio tiene como objetivo el quitarse la vida. Por ello, algunos investigadores plantean que estos términos forman parte de un continuo (Stanley, Winchel, Molcho, Simenon, y Stanley, 1992). Los distintos conceptos que se encuentran en la literatura para hacer referencia a las ANS variaban en función de la localización geográfica. Por una parte, en Europa y en Australia se utilizaba el término deliberate self-harm, refiriéndose a las conductas que tienen relación con las lesiones que se autoinflige la persona tanto si existe o no intención suicida. Y, por otra parte, se encontraban las investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos y Canadá donde se utilizaba el término non-suicidal self-injury, término que no incluía las conductas con intención suicida. Esta diferencia en su conceptualización ha dificultado la investigación del constructo hasta la aparición del trastorno de autolesiones no suicidas en el DSM-5 (APA, 2013; Muehlenkamp, Claes, Havertape, y Plener, 2012).

Se han hecho varios intentos para clasificar los comportamientos autolesivos en su acepción más amplia (o deliberate self-harm). Un ejemplo claro lo representan los trabajos de Pattison y Kahan (1983) y Kahan y Pattison (1984), en los que se clasificaron estos comportamientos en base a tres dimensiones diferentes: directo-indirecto, baja letalidad frente a alta y episodios únicos versus episodios múltiples. Postularon que las autolesiones deliberadas (deliberate self-harm) se caracterizaban por patrones de episodios recurrentes con baja letalidad a pesar de múltiples métodos, comenzando en la adolescencia tardía, a menudo continuando durante años, y se asociaron con ciertos estados psicológicos. Por otro lado, otros estudios presentaron un sistema integral para clasificar las autolesiones dividiendo el comportamiento en cuatro categorías: (1) estereotípico, (2) mayor, (3) compulsivo, e (4) impulsivo (Favazza, 1987, 1996; Favazza y Rosenthal, 1990, 1993). La extracción del pelo y de la piel son ejemplos ilustrativos de formas compulsivas, mientras que el corte y las quemaduras de la piel se clasifican como autolesiones impulsivas (Simeon y Favazza, 2001).

En la nomenclatura diagnóstica las ANS se habían limitado a un síntoma del TLP (APA, 1994). Por este motivo, se fueron presentando diferentes argumentos para que fueran consideradas una entidad de diagnóstico separada. Como señalaron Shaffer y Jacobson (2009), uno de estos argumentos se refiere a la relación entre ANS y TLP. Existe un consenso general respecto a que existe una clara asociación entre TLP y ANS (Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico y Gibb, 2005; Glenn y Klonsky, 2009; Jacobson, Muehlenkamp, Miller y Turner, 2008; Klonsky, Oltmanns y Turkheimer, 2003), pero también respecto a que las ANS no son únicamente exclusivas del TLP (Glenn y Klonsky, 2013). También están asociadas con otros trastornos de la personalidad (Klonsky et al., 2003; Nock et al., 2006), con otros trastornos del Eje I (Andover et al., 2005; Darche, 1990; Favazza y Conterio, 1989; Klonsky et al., 2003; Nock et al., 2006), pudiendo también estar presente sin comorbilidades psiquiátricas (Wilkinson, 2013). El hecho de clasificar las ANS puramente como un criterio del TLP implicaba que no tuvieran importancia clínica fuera del contexto del mismo (Glenn y Klonsky, 2013). Sin embargo, el hecho de que las tasas de ANS en adolescentes son mucho más altas que las tasas de TLP (Jacobson et al., 2008; Nock et al., 2006), podía llevar a que se diagnosticara en exceso este trastorno, cuestionando la adecuación del diagnóstico de TLP en adolescentes (Wilkinson, 2013). Aunque algunos autores sostienen que es posible (Courtney-Seidler, Klein y Miller, 2013), existe una reticencia general a diagnosticar trastornos de la personalidad en adolescentes (Griffiths, 2011; Laurensen, Hutsebaut, Feenstra, Van Busschbach y Luyten, 2013) Por lo tanto, a pesar de que pueden constituir un problema grave que requiere un tratamiento específico, a las ANS no se les había otorgado un significado psicopatológico hasta la publicación DSM-5 (Wilkinson, 2013).

En la misma línea, otro argumento para que las ANS fueran una entidad diagnóstica separada, concierne a la relación entre ANS e intentos de suicidio. En el DSM-IV (APA, 1994), el criterio de TLP relativo a la presencia de comportamientos suicidas y ANS no separa ambos tipos de conductas, lo que podía conducir –como se ha comentado anteriormente– a una categorización de casos inexacta, a una evaluación de riesgos, y a un tratamiento con una hospitalización iatrogénica (Glenn y Klonsky, 2013). También existe la preocupación de que la falta de distinción entre autolesiones suicidas y no suicidas puede conducir a tasas de prevalencia de suicidio más elevadas en la investigación epidemiológica. Los autores a favor de un diagnóstico de ANS independiente afirmaban que las ventajas son múltiples, entre ellas, una definición más precisa y unas consecuencias más claras respecto a pronóstico y tratamiento (Glenn y Klonsky, 2013; Ward et al., 2013; Wilkinson, 2013; Wilkinson y Goodyer, 2011).

Así pues, se lleva argumentado desde los años 90 que las ANS deberían estar clasificadas como un síndrome independiente distinto del TLP y el suicidio (Favazza, 1996; Favazza y Rosenthal, 1990, 1993; Herpertz, 1995; Kahan y Pattison, 1984; Muehlenkamp, 2005; Pattison y Kahan, 1983; Tantam y Whittaker, 1992). A principios de la década de los 80 se describieron los patrones típicos de un síndrome de autolesión deliberada –proponiendo que debería incluirse en el DSM-IV (APA, 1994)–, definiéndola como aquella conducta en la que se da una incapacidad para resistir el impulso de lastimarse, una mayor sensación de tensión antes del acto y la experiencia de liberación/alivio después de la realización de la conducta como características esenciales (Kahan y Pattison, 1984; Pattison y Kahan 1983). Más tarde, Favazza y Rosenthal (1990, 1993) sugirieron la inclusión en el DSM-IV del síndrome de autolesión repetitiva y complementaron las descripciones anteriores al agregar una preocupación por hacerse daño.

Por lo que respecta a la investigación empírica que ha puesto a prueba la propuesta de criterios del Trastorno de ANS, Glenn y Klonsky (2013) evaluaron la presencia del trastorno de ANS en 198 adolescentes psiquiátricos hospitalizados (12-18 años) utilizando los criterios del

DSM-5 propuestos. El cincuenta por ciento de la muestra total y el 78% de la muestra que se autolesionaba cumplían con los criterios del trastorno de ANS. Compararon aquellos que cumplían los criterios con un grupo de adolescentes clínicos sin autolesiones, encontrando que más chicas que chicos cumplieron los criterios, y que el grupo de participantes con trastorno de ANS tenía más trastornos del Eje I que el grupo de comparación. Hubo una superposición significativa entre el trastorno de ANS y el TLP, pero la superposición diagnóstica entre TLP y otros trastornos fue similar. El grupo con trastorno de ANS informó de más ideas e intentos de suicidio, así como de mayor Desregulación Emocional y soledad que el grupo de comparación clínica. Las asociaciones entre el trastorno de ANS y el deterioro clínico se mantuvieron significativas al controlar el TLP.

Así pues, en la Sección III del DSM-5: Medidas y Modelos Emergentes, en el apartado de aquellos trastornos que requieren de mayor estudio (APA, 2013), apareció el Trastorno de Autolesiones No Suicidas. En la siguiente tabla se describen los criterios DSM-5.

Tabla 1

Criterios del DSM5 de la Autolesión no suicida

- A. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p. Ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión solo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).
- B. El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:
 - 1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
 - 2. Para resolver una dificultad interpersonal.
 - 3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.

Nota: El alivio o respuesta deseados se experimentan durante poco o después de la autolesión y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.
- C. Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:
 - 1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.
 - 2. Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.
 - 3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.
- D. El comportamiento no está aceptado socialmente (p. ej., piercings, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.
- E. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.
- F. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia a

sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p.ej., trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello], trastorno de excoriación [dañarse la piel]).

Nota. Tomado del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ª ed. (Copyright © 2013). Asociación Americana de Psiquiatría.

Lengel y Mullins-Sweatt (2013) solicitaron a 119 médicos y expertos que evaluaran si los criterios del trastorno de ANS representaban casos o síntomas prototípicos de un paciente que se autolesionaba. Con respecto al criterio A, la mayoría de los participantes estuvieron de acuerdo en que la descripción de la ANS en el DSM-5 encajaba con la autolesión prototípica. También hubo un acuerdo general con respecto a los otros criterios, pero con cierta variabilidad. Las emociones o pensamientos negativos previos a la ANS se consideraron un síntoma prototípico, como era la anticipación de una consecuencia, mientras que la necesidad frecuente de participar en las ANS y la angustia o interferencia clínicamente significativa resultante de la ANS, tenían un respaldo por debajo del 50% como síntomas prototípicos.

Odelius y Ramklint (2014) llevaron a cabo un estudio piloto en el que evaluaron los criterios del DSM-5 sugeridos, entrevistando a 39 pacientes psiquiátricos jóvenes con autolesiones suecos, con edades comprendidas entre 13 y 25 años. El 46% cumplieron los criterios para el diagnóstico de ANS. Los pacientes habían recibido varios diagnósticos no concomitantes con el TLP. El 43% no recibieron un diagnóstico de ANS debido a que no cumplían con el criterio de angustia o interferencia. Los entrevistadores consideraron que este criterio era difícil de evaluar, ya que los pacientes tendían a informar que sus autolesiones eran útiles. No hubo diferencias entre el grupo con ANS y el grupo sin ANS con respecto a los diagnósticos comórbidos (incluido el TLP). Hubo una tendencia hacia una mayor frecuencia de ideación suicida en el grupo ANS y también tenían un mayor riesgo de suicidio.

Para resumir los resultados de los estudios empíricos, los autores concluyeron que sus hallazgos respaldaban que las ANS constituían una entidad de diagnóstico distinta y clínicamente significativa (Glenn y Klonsky, 2013; Lengel y Mullins-Sweatt, 2013), y, en definitiva, sugerían que los criterios del DSM-5 propuestos para el trastorno de ANS eran útiles y necesarios para promover la investigación sobre la etiología, el curso y el desarrollo de estrategias de tratamiento e intervenciones efectivas para adolescentes con ANS (In-Albon, Ruf, y Schmid, 2013).

Como se desprende de lo expuesto, el término “autolesión no suicida” en los criterios de ANS del DSM-5 sugeridos, establecen por definición que el comportamiento no es suicida y, como tal, debe distinguirse de los intentos de suicidio. La intencionalidad, como se ha señalado, es otra de las características definitorias de la ANS, relativa al hecho de que la autolesión es deliberada, no tratándose, por tanto, de accidentes o intentos ambiguos (Walsh, 2006). La intencionalidad, junto con la baja letalidad, marca la diferencia con los intentos de suicidio. El daño físico que se autoinflige la persona, por definición, no tiene como intención poner en riesgo su vida (Nixon y Heath, 2009) aunque, como se comentará más adelante, en casos de

autolesiones frecuentes y graves, esta intencionalidad no es siempre tan clara (Joiner et al., 2009; O'Connor, 2011).

1.2. Prevalencia.

Las tasas de prevalencia de autolesiones en adolescentes han variado enormemente. Se desconoce la prevalencia real de las ANS ya que, como se ha comentado, la dificultad en torno a la definición del concepto no ha permitido obtener resultados concluyentes. Muehlenkamp, Claes, Havertape y Plener (2012) estudiaron la prevalencia de estas conductas en población internacional, obteniendo tasas de prevalencia muy variables, siendo la media del 18%. Se encontraron desde prevalencias muy elevadas como en Italia, con un 42% (Cerutti et al., 2011), hasta muy bajas, como en Noruega, con un 2.9% (Larsson y Sund, 2008).

Otro factor que afecta el estudio de la prevalencia es la forma en que se registran las ANS. Si el método que se utiliza para evaluar es de un único ítem con respuesta dicotómica se obtiene una prevalencia menor que cuando se utilizan otro tipo de registros, como listados de conductas o de múltiples ítems (Nock y Prinstein, 2004). Madge et al. (2008) registraron una prevalencia del 12.5% siguiendo el primer método y del 23.6% empleando la opción de múltiples ítems.

Tanto en una revisión (Muehlenkamp et al., 2012) como en un metaanálisis más reciente (Swannell, Martin, Page, Hasking y St John, 2014), se encontró que la herramienta de evaluación influyó fuertemente en las estimaciones de prevalencia de las ANS. Las listas de verificación resultaron en tasas de prevalencia más altas que las preguntas de un solo elemento. Algunas listas de verificación cubren una amplia gama de métodos de autolesión, lo que aumenta las tasas de prevalencia, como sucede en el caso de autolesiones más leves, tales como arrancarse costras o morderse el labio (Nock, 2010). Se encuentran diferencias adicionales cuando los cuestionarios son anónimos o los participantes son identificables, así como la autoadministración vs. entrevista. Cuando el cuestionario es autoadministrado y se garantiza el anonimato, las estimaciones de prevalencia aumentan (Muehlenkamp et al., 2012; Swannell et al., 2014). Originalmente, la mayoría de los estudios se llevaban a cabo en países anglosajones, pero actualmente existen estudios epidemiológicos de ANS en adolescentes en varios países del mundo. Después de ajustar la metodología, no se observaron diferencias en la prevalencia entre las diferentes regiones geográficas en el metaanálisis de Swannell et al. (2014), siendo las tasas de prevalencia estimadas del 17.2% en adolescentes, del 13.4% en adultos jóvenes y del 5.5% en adultos.

A nivel internacional, las tasas de prevalencia de ANS en muestras comunitarias de adolescentes suelen oscilar entre un 7-25% en todo el mundo (Baetens et al., 2011; Brunner et al., 2007; Brunner et al., 2014; Guan, Fox y Prinstein, 2012; Hankin y Abela, 2011; Jacobson y Gould, 2007; Kelada, Hasking, y Melvin, 2016; Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Martin, Swannell, Hazell, Harrison y Taylor, 2010; Muehlenkamp y Gutiérrez, 2004; Muehlenkamp, Williams, Gutiérrez y Claes, 2009; Nixon, Cloutier, y Jansson, 2008; Plener, Libal, Keller, Fegert, y Muehlenkamp, 2009; Plener, Fischer, In-Albon, Rollett, y Groschwi, 2013; Ross y Heath, 2002; Tolmunen et al., 2008; Zoroglu et al., 2003). En Estados Unidos la prevalencia se extiende del 7.3% al 28% (Brausch y Gutierrez, 2010; Hankin y Abela, 2011; Hay y Meldrum, 2010; Hilt et al., 2008; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, y Kelley, 2007; Muehlenkamp y Gutierrez, 2007; Muehlenkamp et al. 2009; Prinstein et al., 2010; Taliaferro, Muehlenkamp, Borowsky, McMorris y Kugler 2012; Yates, Carlson y Egeland, 2008). En Canadá se sitúa en un 38% (Hamza y

Willoughby, 2014), mientras que, en Australia, sin embargo, las tasas de prevalencia son más bajas, del 5.1% al 8.3% (Martin et al., 2014; Moran et al., 2012; Voon, Hasking y Martin, 2014). En China, en un reciente estudio de la prevalencia de las ANS realizado con 15.623 adolescentes, en el que tuvieron en cuenta el criterio de frecuencia del DSM-5 (es decir, si el adolescente se autolesionó más de 5 veces al año), se observó que un 12% de los mismos cumplían con los criterios DSM-5 sugeridos, y aproximadamente el 29% informó de un historial de ANS de al menos una vez durante el último año (Tang et al., 2018). En el estudio más reciente, desde nuestro conocimiento, que se ha realizado con una muestra comunitaria de adolescentes chinos, la prevalencia era del 26.4% (Gong et al., 2019).

Plener, Libal, Keller, Fegert, y Muehlenkamp (2009) no encontraron diferencias en las tasas de prevalencia de ANS entre EE.UU. y Alemania. Sin embargo, Plener et al. (2013) encontraron diferencias significativas entre Austria y Suiza (7.6% y 14.6, respectivamente), utilizando el mismo instrumento de evaluación (Ottawa Self-Injury Inventory, OSI; Cloutier y Nixon, 2003).

En un estudio llevado a cabo con población comunitaria española, se observó que el 50% de la muestra afirmó haberse implicado en conductas de ANS durante el último año, y que el 32.2% había llevado a cabo conductas graves de ANS (Calvete, Orue, Aizpuru y Brotherton, 2015). El instrumento utilizado para el estudio de la prevalencia en esta investigación fue una versión modificada del Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM; Lloyd, Kelley y Hope, 1997), escala que evalúa un amplio rango de tipos de autolesiones que abarcan desde autolesiones más leves como morderse el labio y pellizcarse hasta cortarse o quemarse.

Respecto a la prevalencia del número de ANS a lo largo de la vida, las tasas oscilaron entre un 7% y un 66% entre los adolescentes, variaciones que dependieron de la definición de ANS y las herramientas de evaluación utilizadas (Sommer et al., 2015; Tang et al., 2016; Zetterqvist, Lundh, Dahlström y Svedin, 2013).

Los estudios que han examinado el trastorno de ANS utilizando los criterios completos del DSM-5 son escasos (Zetterqvist, 2015). Sin embargo, la evidencia emergente de estudios epidemiológicos sugiere que la prevalencia del trastorno puede ser bastante baja en muestras comunitarias. En un estudio realizado con una muestra comunitaria de 1.071 adultos jóvenes entre 19 y 26 años de edad residentes de la Ciudad de México, sólo el 0.22% de la muestra total y el 6.96% de los que se autolesionaron en los últimos 12 meses cumplían los criterios completos propuestos por el DSM-5 (Benjet et al., 2017). A su vez, en una muestra representativa de la población alemana (N = 2.509) observaron que el 3.1% de todos los participantes informaron un historial de ANS al menos una vez durante la vida. Al mismo tiempo, según los criterios diagnósticos del DSM-5 del trastorno de ANS, se encontró una prevalencia del 0.3% (Plener et al., 2016).

En consonancia con el trabajo con jóvenes adultos de la población general (Benjet et al., 2017), se realizó otro estudio con jóvenes universitarios (N = 4.565) observando que los criterios del DSM-5 propuestos conducen a estimaciones de prevalencia más conservadoras cuando se considera las ANS graves. Aunque aproximadamente uno de cada seis informó un historial de ANS, y uno de cada diez informó de ANS en el año previo, sólo el 0.8% cumplió con los criterios para el trastorno de ANS (Kiekens et al., 2018).

Por lo que respecta a la prevalencia de ANS en muestras clínicas de adolescentes, se pueden observar estimaciones entre el 40-61% (Darche, 1990; DiClemente, Ponton, y Hartley,

1991; Klonsky y Muehlenkamp, 2007; Kumar et al., 2004). Nock y Prinstein (2004) encontraron una prevalencia del 82% en una muestra de pacientes hospitalizados. En una muestra clínica adolescente española, se destacó que el 22% había manifestado tener ANS al menos una vez en su vida (Díaz de Neira et al., 2013).

La literatura existente es inconsistente con respecto a la presencia de diferencias de sexo en la prevalencia de ANS. Mientras que algunos estudios no informan de ninguna diferencia en las tasas de ANS entre sexos (p. ej., Gratz, 2001; Klonsky, Oltmanns, y Turkheimer, 2003; Muehlenkamp y Gutiérrez, 2004), otros informan tasas significativamente más altas entre las mujeres (p.ej. Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Rodham, Hawton y Evans, 2004). En un reciente meta-análisis se observó que las mujeres tenían una probabilidad significativamente mayor de informar una historia de ANS que los hombres. Los análisis del componente moderador mostraron que la diferencia en función del sexo era mayor para las muestras clínicas, en comparación con muestras comunitarias. Las mujeres tenían más probabilidades de utilizar algunos métodos de ANS (p. ej., cortarse) en comparación con los hombres, pero para otros métodos no hubo diferencias significativas (p. ej., perforación) (Bresin y Schoenleber, 2015).

Por otro lado, existen algunas incertidumbres con respecto a la cuestión sobre si las ANS realmente han aumentado con el tiempo. En Suecia hubo un aumento en la atención hospitalaria de las ANS durante la primera década del 2000, disminuyendo algo durante los años 2009 y 2010 (Socialstyrelsen, 2013). Sin embargo, un aumento en las estadísticas de pacientes hospitalizados no puede interpretarse automáticamente como un aumento real de las ANS. En la revisión de Muehlenkamp et al. (2012), las tasas medias de prevalencia no habían aumentado durante los últimos cinco años, lo que puede interpretarse como una estabilización reciente. Swannell et al. (2014) encontraron que las tasas de prevalencia habían aumentado con el tiempo antes de que se ajustaran los factores metodológicos y, cuando éstos se tuvieron en cuenta, no se encontró evidencia de dicho aumento.

1.3. Métodos.

Las formas más comunes de autolesión incluyen desde cortes, arañazos, impedir e inferir en la cicatrización de heridas, talla de palabras o símbolos en la propia piel (tallarse), golpearse en diversas partes del cuerpo, clavarse agujas, las excoriaciones con material abrasivo (trozos de madera, tapas de envases, etc.), hacerse quemaduras con cigarrillos e irritaciones con material químico, tales como jabón, detergente, ácido, etc. (Levenkron, 2006). Muchos respaldan el empleo de varios métodos, tanto en muestras de adolescentes como de adultos (Favazza y Conterio, 1989; Gratz, 2001; Klonsky, 2011; Klonsky y Glenn, 2009; Klonsky y Muehlenkamp, 2007; Nock, 2010; Rodav, Levy y Hamdan, 2014; Turner, Layden, Butler y Chapman, 2013; Victor, Glenny y Klonsky, 2012; Whitlock, Eckenrode y Silverman, 2006). Realizarse cortes en la piel es uno de los métodos más comunes que se han registrado (Andrews, Martin, Hasking y Page, 2013; Csorba, Dinya, Plener, Nagy y Páli, 2009; Favazza, 1996; Klonsky, 2007; Klonsky y Muehlenkamp, 2007; Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Moran et al., 2012; Muehlenkamp, Kerr, Bradley y Larsen, 2010; Nixon et al., 2008; Nock y Prinstein, 2004; Nock et al., 2006; Plener, Libal, Keller, et al., 2009; Victor et al., 2012; Whitlock et al., 2008). Otros métodos comunes son quemarse, golpearse, rascarse, morderse, y pincharse (Andrews et al., 2013; Csorba et al., 2009; Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Muehlenkamp, Kerr, et al., 2010; Nixon et al., 2008; Nock y Prinstein, 2004; Rodav et al., 2014; Ross y Heath, 2002; Whitlock et al., 2006).

En población adolescente, Zetterqvist et al. (2013) observaron, en un grupo de 205

adolescentes que habían realizado ANS durante el año anterior, que el tipo de ANS más comúnmente informado fue morderse (56%), seguido por golpearse (43.7%), frotarse la piel (32.8%) y cortarse (32.6%). Estos resultados concordaban con otros resultados a nivel internacional (Guertin et al., 2001; Lloyd Richardson et al., 2007; Nock y Prinstein, 2004).

Respecto a las diferencias entre sexos, los hallazgos de los estudios en estudiantes universitarios sugieren que las mujeres y los hombres no difieren en el número de métodos ANS utilizados (Andover, Primack, Gibb y Pepper, 2010; Whitlock, et al., 2011), pero sí se en el tipo de método elegido. Los hombres fueron significativamente más propensos a realizarse quemaduras y las mujeres fueron significativamente más propensas a realizarse cortes o rascarse fuertemente. No hubo diferencias entre sexos en lo que respecta a la talla de dibujos o palabras en la piel, en la interferencia con la cicatrización de heridas, en los pinchazos de agujas o los golpes. Los métodos más comúnmente informados entre las mujeres fueron cortarse (n = 14) y rascarse (n = 14), mientras que el método más común entre los hombres fue golpearse (n = 9) (Andover et al., 2010). Bresin y Schoenleber (2015), en la misma línea, encontraron que ciertos métodos de ANS se informaron con mayor frecuencia entre las mujeres (cortes), mientras que otros métodos no mostraron una disparidad entre sexos (quemaduras o golpes).

En un extenso estudio con universitarios observó que las áreas del cuerpo con mayor probabilidad de lesionarse eran los brazos, seguido de las manos, las muñecas, los muslos y el estómago (Whitlock et al., 2006). En otro estudio más reciente (Victor et al., 2018) se observó que las ubicaciones corporales más comúnmente elegidas para autolesionarse fueron brazos (88.21%), seguido de piernas (59.74%) y abdomen/estómago (30.98%). Los hombres informaban de menos ubicaciones corporales que las mujeres. Las mujeres tenían más probabilidades de autolesionarse en el abdomen/estómago y piernas, y los hombres tenían más probabilidades de autolesionarse en su torso/pecho.

Es importante tener en cuenta que los comportamientos asociados al uso de sustancias o a otros trastornos, tales como el abuso del alcohol, los atracones de comida, y las purgas no son consideradas autolesiones, dado que el daño resultante suele ser un efecto colateral no intencionado. Asimismo, las perforaciones del cuerpo y los tatuajes no son típicamente considerados autolesiones, porque son formas de expresión cultural o artística socialmente no sancionados. Sin embargo, los límites no siempre están bien definidos. En algunos casos, comportamientos que generalmente quedarían fuera de los límites de la autolesión pueden ser considerados si se realizan con la intención explícita de causar daños en los tejidos (Klonsky, 2007). Stirn y Hinz (2008) realizaron un estudio sobre la vinculación entre las ANS y las modificaciones corporales (piercings, tatuajes, etc.). Observaron que una parte de las personas que se autolesionaban detuvieron esta práctica después de haberse sometido a alguna modificación corporal. También hallaron que las personas que se autolesionaban tuvieron significativamente más perforaciones en el cuerpo y complicaciones graves que otros participantes. Los autores referían que esto último podría deberse al hecho de que esas modificaciones corporales se realizaron con mayor frecuencia por personal no profesional y, por lo tanto, con estándares de higiene más bajos. Además, atribuyeron gran importancia terapéutica al hecho de poder modificar su cuerpo y admitieron ser adictos a la práctica. Esto difiere sustancialmente de la actitud más indiferente hacia las modificaciones corporales que tenía la muestra que no se autolesionaba.

1.4. Edad de inicio y duración.

La edad de inicio de las ANS se encuentra consistentemente entre los 12 y los 14 años (p. ej., Ammerman, Jacobucci, Kleiman, Uyeji y McClosky, 2018; Gandhi et al., 2018; Heath, Schaub, Holly, Nixon, 2008; Jacobson y Gould, 2007; Kumar et al., 2004; Muehlenkamp y Gutierrez, 2007; Nixon, Cloutier, y Aggarwal., 2002; Nock, 2009; Rodham y Hawton, 2009; Swannell et al., 2014; Zetterqvist et al., 2013). La aparición de casos nuevos de ANS en los jóvenes adultos son considerablemente más bajas (Whitlock et al., 2013), siendo de los 18 a los 20 años la segunda edad más común para las ANS, después de los 14 años (Gandhi et al., 2018; Whitlock et al., 2011),

Plener, Schumacher, Munz y Groschwitz (2015) realizaron una revisión sistemática de la literatura, seleccionando 32 estudios que evaluaban las ANS de forma longitudinal. En general, las ANS mostraron una alta variabilidad entre los distintos momentos de evaluación. Algunos estudios informaron un aumento, mientras que otros informaron una disminución de los comportamientos autolesivos a lo largo del tiempo. Incluso en un mismo estudio hubo altas tasas de interrupción vs. nueva iniciación de las conductas. En los estudios que se realizaban con adolescentes jóvenes existía una tendencia al alza en las tasas de ANS, mientras que en los estudios en los que la muestra estaba compuesta por adolescentes tardíos o adultos jóvenes se observaba una disminución en las tasas. Esto podría apuntar a un curso natural de las ANS, con un aumento en los inicios de la adolescencia y una disminución en la adolescencia tardía y adultez joven.

El único estudio que abarcó desde la adolescencia hasta la adultez fue el llevado a cabo por Moran et al. (2012). Aunque se centró en la autolesión deliberada y, por lo tanto, también incluyó el comportamiento suicida, los autores describieron una disminución en el comportamiento autolesivo desde la adolescencia hasta la edad adulta. Dado que este estudio es el que abarca más años de seguimiento y uno de los más importantes en este campo de investigación, parece posible sugerir que las ANS alcanzan su punto máximo en la adolescencia entre los 15 y los 17 años, para remitir desde la edad adulta joven hasta la edad adulta media. Durante la adolescencia, la autolesión recurrente se asoció de forma independiente con los síntomas de depresión y ansiedad, el comportamiento antisocial, el consumo de alcohol de alto riesgo, el consumo de cannabis y el consumo de nicotina. Los síntomas de depresión y ansiedad se asociaron claramente con la autolesión incidental en la edad adulta. Al describir las ANS como un comportamiento que parece cambiar rápidamente, tiene sentido, según estos autores, restringir los posibles criterios de diagnóstico del trastorno de ANS a un corto período de tiempo. Como se propone en la sección tres del DSM-5, debe haber incidentes repetidos de ANS dentro de un año para poder definir el comportamiento (APA, 2013).

1.5. Adolescentes como grupo de riesgo.

La prevalencia de trastornos de salud mental aumenta sustancialmente en la adolescencia (Hankin et al., 1998; Kessler et al., 2005). Las ANS son especialmente prevalentes en este momento evolutivo, convirtiéndose en un periodo relevante tanto para la investigación como para la atención clínica (Díaz de Neira et al., 2015). La adolescencia se configura como una etapa evolutiva de gran inestabilidad emocional, ya que la persona joven debe hacer frente a múltiples

cambios que pueden aumentar su nivel de estrés y, por lo tanto, pueden afectar su ajuste psicológico (Najman et al., 2008). Dentro de este contexto evolutivo, se ha encontrado que la adolescencia en sí misma es una etapa en la que aumenta el riesgo de sufrir ANS (Jacobson y Gould, 2007; Plener et al., 2015).

El hecho de que la adolescencia sea una etapa de alto riesgo para participar en conductas como las ANS supone con toda probabilidad una interacción entre factores neurobiológicos y psicosociales (Patton et al., 2007). En el modelo neurobiológico del desarrollo del cerebro adolescente, Casey et al. (2010) proponen que existe un desequilibrio entre los sistemas cerebrales que son críticos para el procesamiento afectivo (p. ej., regiones límbicas subcorticales, incluyendo la amígdala) en relación con las áreas cruciales para controlar respuestas emocionales (p. ej., la corteza prefrontal). Es posible que esta discrepancia en el cerebro en desarrollo (Casey et al., 2010; Romeo, 2010; Steinberg, 2005, 2010; Yurgelun-Todd, 2007) tenga implicaciones sobre el riesgo de participar en ANS para regular las emociones durante la adolescencia. Patton et al. (2007) encontraron que la edad era un factor de protección contra la autolesión, hecho que puede interpretarse apoyando la hipótesis anterior. Durante la adolescencia hay una gran actividad en las regiones asociadas con la inhibición de la respuesta, la calibración del riesgo, la recompensa y la regulación de las emociones. Una autoconciencia más completa y la capacidad de regular los pensamientos, sentimientos y comportamientos son partes fundamentales del desarrollo adolescente: "parece que los cambios en la excitación y la motivación provocados por la maduración puberal preceden al desarrollo de la competencia regulatoria de una manera que crea una disyunción entre la experiencia afectiva del adolescente y su capacidad para regular la excitación y la motivación" (Steinberg, 2005, 69). Por ejemplo, los aumentos en la capacidad de atención pueden mejorar la capacidad del adolescente para atender los estímulos negativos (Alloy y Abramson, 2007). De manera similar, el desarrollo de circuitos de recompensa neuronal puede llevar a los adolescentes a buscar recompensas más distales que se frustran más fácilmente que las recompensas inmediatas (Davey, Yücel y Allen 2008; Steinberg, 2005).

La adolescencia es también un período que a menudo va acompañado de una mayor experiencia de estrés vital, en la que suelen aparecer factores estresantes interpersonales que pueden desencadenar las ANS (Jacobson y Mufson, 2012). Los cambios que se dan en esta etapa en los estilos psicológicos de respuesta ante las situaciones de estrés, como el aumento de la rumiación y la autoinculpción, juegan un papel en el desarrollo de la depresión adolescente (Piccinelli y Wilkinson, 2000), estilos que especulativamente también podrían tener implicaciones para las ANS. Los adolescentes muestran mayor reactividad emocional y labilidad en comparación con los niños y adultos. Es una etapa con gran variabilidad emocional, con más estados negativos y menos positivos durante la adolescencia temprana, que se vuelven más estables al final de la adolescencia (Larson, Moneta, Richards y Wilson, 2002).

Whitlock y Rodham (2013) plantean la cuestión sobre las causas por las que los jóvenes tienen la necesidad de realizar este tipo de conductas. Responder a esta pregunta no es tan simple como puede parecer. Aunque se han explorado los factores generales que contribuyen a la aparición de las ANS, todavía no se explica por qué se escoge esta conducta entre otros métodos autodestructivos de afrontamiento, como pueden ser las drogas, el alcohol, los trastornos alimentarios o las relaciones sexuales de riesgo. Algunos estudios han sugerido que las ANS se han ido convirtiendo en una forma de expresión corporal cada vez más aceptada (Lader, 2006), pero esta cuestión sigue siendo una cuestión por explorar.

Las ANS pueden tener un valor simbólico a la vez que expresivo. Conterio y Lader (1998) plantean que las ANS pueden servir como una salida para el dolor emocional derivado del malestar causado al enfrentarse a la vida adulta. Al hablar de valor simbólico nos referimos a una forma de expresar el miedo o malestar relativo a los conflictos inherentes al desarrollo, tales como los relacionados con la autonomía, la conexión, los cambios físicos, los impulsos sexuales, el dominio individual, la pertenencia social y la imagen. Las ANS en la adolescencia también pueden ser, como Favazza (1998) sugiere, un intento físico y metafórico para integrar el espíritu, el cuerpo y la psique. Un episodio de ANS puede ser experimentado por algunos como un acto trascendental, capaz de conferir autenticidad y, aunque fugazmente, sentir hasta un equilibrio físico, mental, emocional y espiritual. Su atractivo particular en los adolescentes puede radicar en su capacidad para servir como un vehículo para la expresión simultánea de dolor y un símbolo de esfuerzo hacia la realización (Whitlock y Rodham, 2013).

A su vez, la adolescencia es un momento intenso de desarrollo de la identidad y algunos adolescentes pueden llegar a formar una identidad en torno a las ANS (Breen, Lewis y Sutherland, 2013; Nock, 2009, 2010). Por otro lado, también existe cierto apoyo en relación al hecho de que las ANS están asociadas con ciertas culturas juveniles y los adolescentes que se identifican con las llamadas subculturas alternativas, como Goth y Emo, tienen más probabilidades de autolesionarse que otros (Young, Sproeber, Groschwitz, Preiss y Plener, 2014; Young, Van Beinum, Sweeting y West, 2007).

Tomados en conjunto, estos diferentes aspectos del desarrollo adolescente pueden arrojar algo de luz sobre la alta prevalencia encontrada durante este período de edad.

1.6. Frecuencia.

Como se ha comentado en apartados anteriores, en el Criterio A del trastorno de ANS se especifica la frecuencia y la duración mínimas del comportamiento para cumplir con un umbral clínico de gravedad. Así pues, las personas deben informar sobre el comportamiento de ANS que causa daños a la superficie del cuerpo en 5 o más días en los últimos 12 meses; es probable que cause sangrado, hematomas u otro dolor y debe participar en ellas sin que exista intencionalidad suicida (APA, 2013). Los mínimos para este criterio se originaron en trabajos teóricos que sugerían que 5 o más actos de ANS en un año se considerarían repetitivos y, por lo tanto, necesitarían atención clínica (Muehlenkamp, 2005; Shaffer y Jacobson, 2009). Los criterios propuestos en el DSM-5 para el trastorno de ANS han mostrado poca fiabilidad en algún trabajo (p. ej., Regier et al., 2013), y los estudios que evaluaron la validez del conjunto de criterios como un todo han mostrado resultados inconsistentes (Washburn, Potthoff, Juzwin y Styer, 2015). Desde que se publicaron los criterios del DSM-5 (APA, 2013), varios estudios han cuestionado repetidamente la utilidad clínica de los criterios de diagnóstico como un todo, y específicamente el Criterio A en su forma actual (Brausch, Muehlenkamp y Washburn, 2016; Muehlenkamp y Brausch, 2016; Selby, Bender, Gordon, Nock y Joiner, 2012).

Para la confirmación del criterio A, una muestra de médicos en la práctica independiente e investigadores expertos en ANS calificaban los criterios propuestos como reflejo preciso de los pacientes que presentaban ANS (Lengel y Mullins-Sweatt, 2013). Sin embargo, varios estudios empíricos han hallado frecuencias de ANS mucho más elevadas que el mínimo planteado en el DSM-5. Por ejemplo, un estudio sueco informó un promedio de 11 actos de ANS en adolescentes de una muestra comunitaria que cumplían los criterios para el trastorno de ANS (Zetterqvist et al., 2013). Andover (2014) encontró que las personas que cumplían con los criterios de

diagnóstico informaron haberse autolesionado un promedio de 86 días en los últimos 12 meses, en comparación con los 6 días del grupo control en una muestra comunitaria. A su vez, en otro estudio se encontró que el grupo con un diagnóstico de ANS informaba haberse autolesionado 76.8 días frente al grupo subclínico que informó una media de 1.9 días (Washburn et al., 2015). En muestras con estudiantes, un estudio identificó, en base a características clínicas diferenciales, dos grupos potenciales de individuos: aquellos con 9 o menos y aquellos con 10 o más actos de ANS en los últimos 12 meses (Muehlenkamp y Brausch, 2016). Asimismo, otras dos investigaciones recientes han apoyado una división entre 5 y 6 ANS en los últimos 12 meses (Ammerman et al., 2018; Kiekens et al., 2018).

Ammerman et al. (2017) examinaron la validez del criterio de frecuencia del trastorno de las ANS, concluyendo que las personas que se autolesionaban 6 veces o más en el último año, en comparación con aquellos que lo hacían 5 veces o menos, podrían representar un grupo de mayor gravedad, ya que estos estudiantes informaron niveles más altos de psicopatología y déficits cognitivo-afectivos, además de una disminución en la calidad de vida. Por su parte, Ammerman, Jacobucci y McCloskey (2019), en la misma línea, apoyaban la frecuencia del criterio A (es decir, 7 a 10 episodios de ANS), y a su vez sugerían que realizar modificaciones en los criterios de diagnóstico proporcionaría una mejor evaluación para las personas que llevan a cabo ANS de forma grave. Por ejemplo, recoger en un criterio haber tenido al menos un episodio de ANS en el mes anterior, o incrementar la frecuencia requerida a aproximadamente 20 episodios en los últimos 12 meses.

La evaluación de la frecuencia es esencial, ya que las personas que se autolesionan de manera crónica y continua generalmente se asocian a trastornos emocionales y de ansiedad más graves (Barrocas et al., 2015) y un mayor riesgo de comportamientos suicidas (Joiner, 2007), en comparación con las personas que lo realizan de forma esporádica.

1.7. Factores de Riesgo de las ANS.

Dado que el trastorno de ANS es un campo de investigación relativamente nuevo, hasta hace poco escaseaban los estudios sobre el tema de carácter longitudinal. En consecuencia, todavía no existe una acumulación de evidencia de factores de riesgo y de protección en el significado literal del término (es decir, predicción longitudinal de las ANS) y, por lo tanto, es más correcto hablar de correlaciones (es decir, asociaciones transversales o correlatos de las ANS) entre diferentes variables psicosociales y ANS (Fliege, Lee, Grimm y Klapp, 2009). Así pues, la investigación sobre estos comportamientos se ha centrado principalmente en correlatos, pero en los últimos años ha habido una proliferación de estudios de factores de riesgo de las ANS.

Para proporcionar un resumen del conocimiento actual sobre los factores de riesgo de las ANS, Fox et al., (2015) realizaron un metaanálisis de estudios prospectivos publicados que habían explorado los factores de riesgo de este tipo de conductas. Entre los factores de riesgo de las ANS específicos, se encontraron como los más robustos la historia previa de ANS, los trastornos de personalidad pertenecientes al cluster B y la Desesperanza. A continuación, se desarrollarán estos factores junto a otros correlatos.

1.7.1. Trastornos mentales asociados.

Como se ha comentado en apartados anteriores, la asociación entre las ANS y las características del TLP, principalmente en muestras clínicas, es innegable, ya que la presencia de ANS es un criterio del TLP en el DSM-5 (Crowell et al., 2012; Jacobson et al., 2008; Nock et al., 2006; Sadeh et al., 2014). Un estudio de mujeres adolescentes clínicas con antecedentes de ANS mostró que

el 51.7% cumplía los criterios para el diagnóstico de TLP (Nock et al., 2006). Los pacientes con TLP informan con mayor frecuencia la aparición de ANS durante la adolescencia que los individuos sin TLP (Symons, 2002). También se ha identificado que las características de TLP predicen futuras ANS en adultos jóvenes (Glenn y Klonsky, 2011). A su vez, la gravedad de los síntomas del TLP también se ha asociado con una mayor probabilidad de participar en ANS de forma repetitiva (Muehlenkamp, Ertelt, Miller y Claes, 2011).

Asimismo, existe una correlación clara entre los síntomas psiquiátricos y las ANS, especialmente en muestras clínicas (Jacobson y Gould, 2007; Klonsky et al., 2003; Nock et al., 2006). En ese contexto, hay una evidente asociación entre síntomas depresivos y las ANS en adolescentes y adultos jóvenes, tanto en muestras comunitarias (Garrison et al., 1993; Kerr, Muehlenkamp y Turner 2010; Klonsky y Olino, 2008), como en muestras clínicas (Jacobson et al., 2008; Kumar et al., 2004; Nock et al., 2006). Los síntomas depresivos han sido un factor predictor de las ANS en varios estudios longitudinales con muestras clínicas y comunitarias de adolescentes (Hankin y Abela, 2011; Lundh, Wångby-Lundh, Paaske, Ingesson y Bjärehed, 2011; Marshall, Tilton-Weaver y Stattin, 2013; You y Leung, 2012). En un estudio con adolescentes israelíes se encontró que los participantes con ANS mostraban niveles significativamente más altos de síntomas depresivos, impulsividad y pensamientos suicidas, en comparación con los que no tenían ANS. A su vez, los síntomas depresivos fueron el único predictor significativo de ANS (Rodav, Levy y Hamdan, 2014).

Se ha encontrado, además, que los pacientes con trastornos disociativos participan con más frecuencia en intentos de suicidio y ANS que los pacientes con otros trastornos psiquiátricos (Foote, Smolin, Neft, y Lipschitz, 2008; Saxe, Chawla y Kolk, 2002). Se ha comentado ampliamente en la literatura que la disociación es una adaptación que permite que un niño sobreviva a un abuso o maltrato particularmente severo y prolongado. La implicación en las ANS podría representar un intento de hacer frente a los síntomas disociativos, una recreación del trauma original, un intento de comunicación de la angustia y las necesidades y una reorganización del yo (Connors, 1996). En una muestra de estudiantes de secundaria turcos, Zoroglu et al. (2003) encontraron que el trauma y la disociación contribuían a la autolesión, en especial la disociación. Por su parte, en una gran muestra poblacional de 4.019 adolescentes, Tolmunen et al. (2008) mostraron que los altos niveles de disociación se asociaron de forma independiente con las ANS. Por otro lado, los síntomas de ansiedad y las ANS también tienden a coincidir (Kerr y Muehlenkamp, 2010; Klonsky y Olino, 2008; Klonsky et al., 2003; Nock et al., 2006).

Con respecto a otro tipo de sintomatología, un estudio a gran escala con estudiantes universitarios encontró una correlación entre los síntomas de los trastornos alimentarios (TA) y las ANS (Whitlock et al., 2006). La preocupación sobre la coocurrencia de las ANS y los TA ha sido explorada por investigaciones que documentan una psicopatología más severa entre individuos que participan en ambos comportamientos. Los pacientes con TA que participan en ANS refieren ira más frecuente (Claes et al., 2003), historias de trauma más severas (Claes Vandereycken, W., y Vertomme, 2003), mayor impulsividad (Claes et al., 2013) y síntomas disociativos y depresivos más graves (Muehlenkamp et al. al. 2012) que los pacientes con TA que no participan en ANS. Se han documentado altas tasas de coincidencia entre TA y ANS en poblaciones comunitarias, universitarias y psiquiátricas (Claes Vandereycken y Vertommen., 2003; Muehlenkamp et al., 2012; Ross Heath y Toste 2009). Aproximadamente el 39-70% de los pacientes con TA informan de ANS (Claes et al., 2001; Claes y Vandereycken 2007; Favaro y Santonastaso 1999) y el 18-50% de los pacientes ingresados en un hospital a causa de las ANS informan un historial de TA

(Mahadevan, Hawton y Casey, 2010; Nixon et al., 2002). Asimismo, existe evidencia de una relación entre el abuso de sustancias y las conductas autolesivas (Klonsky y Muehlenkamp, 2007; Moran et al., 2012; Nock et al., 2006).

Si se observan los estudios clínicos que se centran en los criterios diagnósticos del trastorno de ANS (según el DSM-5) las muestras clínicas confirman la heterogeneidad diagnóstica del trastorno de ANS. Sin embargo, al mismo tiempo se observa que los individuos que cumplen los criterios del trastorno presentan un perfil clínico más congruente (según el trabajo realizado por el grupo de Glenn y Klonsky (2013) que aquellos que no cumplen los criterios (In-Albon, Ruf y Schmid, 2013; Washburn et al., 2015). Estos estudios concuerdan con el trabajo reciente llevado a cabo por el grupo de Kiekens, donde se confirmó que los estudiantes universitarios (N = 4.565) que cumplían con los criterios de diagnóstico para el trastorno de ANS tenían un perfil más clínico que aquellos que no reunían los criterios. Así mismo, presentaban mayores tasas de comorbilidad con trastornos mentales y una mayor producción de pensamientos y conductas suicidas. Concluyeron que el 3% de las personas con trastornos mentales cumplía con los criterios diagnósticos de ANS (Kiekens et al., 2018). Una posible explicación que ofrecen los autores a este fenómeno es que las ANS son debidas a los factores de riesgo compartidos con otros trastornos mentales como pueden ser las adversidades infantiles, las estrategias de afrontamiento internalizantes y las dificultades en la regulación de las emociones (Kiekens et al., 2015; Nock, 2009).

Otra posibilidad es que la presencia de una condición aumenta el riesgo de otra. Por ejemplo, las personas con trastornos mentales pueden emplear las ANS para regular fuertes experiencias aversivas internas y sociales (Klonsky, Glenn, Styer, Olino y Washburn, 2015; Nock y Prinstein, 2004). Sin embargo, con el tiempo, las ANS también pueden provocar angustia significativa, así como sentimientos de vergüenza (Mahtani, Melvin y Hasking, 2018) y aislamiento social (Stänicke, Haavind y Gullestad, 2018).

1.7.2. Historia previa de ANS e intentos de suicidio.

Mientras las ANS y los intentos de suicidio (IS) difieren en una serie de características importantes, con frecuencia poseen elementos que coinciden (para una revisión, ver Hamza et al., 2012). Aunque existen numerosos estudios longitudinales que exploran los intentos de suicidio en adolescentes, hay comparativamente pocos estudios prospectivos sobre ANS (Bridge, Goldstein y Brent, 2006; Nock, 2010). Entre las muestras comunitarias, las personas con historial de ANS tienen una probabilidad significativamente mayor de haberse implicado en al menos una ideación suicida en su vida que las que no se autolesionan; esto es cierto para los adultos (Andover, Primack, Gibb y Pepper, 2010; Martin, Swannell, Hazell, Harrison y Taylor, 2010) y también para los adolescentes (Brausch y Gutiérrez, 2010; Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005). En la misma dirección, en muestras clínicas con pacientes con trastornos alimentarios las ANS también fueron el predictor más robusto de intentos de suicidio (Pérez, Cañabate, Layrón y Marco, 2018).

Los estudios longitudinales existentes sobre ANS en la adolescencia encuentran que una historia de ANS es uno de los predictores más robustos de las ANS futuras (Asarnow et al., 2011; Hankin y Abela, 2011). Además, se ha encontrado que la historia previa de pensamientos y conductas suicidas es un factor de riesgo para las ANS, que coincide con los hallazgos relativos a que esos pensamientos y comportamientos también son factores de riesgo para la ideación, los intentos de suicidio y el suicidio consumado (Franklin et al., 2016).

A su vez, se ha evidenciado que la edad en que un individuo comienza autolesionarse es un factor de riesgo potencial para una mayor gravedad de ANS y también pueden elevar el riesgo de comportamiento suicida entre los que tienen una edad más temprana de inicio (Ammerman et al., 2017; Muehlenkamp, Xhunga y Brausch, 2018).

1.7.3. Maltrato.

La relación entre el maltrato infantil (como abuso sexual, físico y emocional) y las ANS se ha examinado empíricamente de manera muy extensa (p.ej., Gratz, 2003; Gratz, Conrad y Roemer, 2002; Teicher y Samson, 2013; Van der Kolk, Perry y Herman, 1991). Además, el abuso sexual infantil y, en menor grado, el abuso y la negligencia física infantil, ocupan un lugar destacado en varias conceptualizaciones teóricas de las ANS (Gratz, 2003; Klonsky y Moyer, 2012; Van der Kolk et al. 1991) indicaron que tanto el trauma infantil, como el abuso sexual, contribuye en gran medida al inicio de un comportamiento autodestructivo. (Wonderlich, Wilsnack, Wilsnack y Harris, 1996) sugirieron que las personas sometidas a abuso sexual infantil se implican en una amplia gama de conductas autodestructivas que pueden servir para reducir la angustia emocional asociada con su abuso. Noll et al. (2003) propusieron que las personas abusadas sexualmente que se autolesionan podrían estar recreando el abuso perpetrado contra ellas. Cavanaugh (2002) describió las ANS como una manifestación del abuso sexual. Por su parte, Yates (2004) teorizó que el abuso sexual y otros traumas de la niñez causan vulnerabilidades emocionales y relacionales que a su vez crean la necesidad de realizar ANS como una estrategia de afrontamiento inadaptada.

Sin embargo, en las investigaciones se han hallado resultados inconsistentes. Mientras que algunos investigadores han encontrado apoyo para una relación entre el abuso físico y las ANS (Martin, Bureau, Cloutier y Lafontaine, 2011; Paivio y McCulloch, 2004; Swannell et al., 2012; Van der Kolk et al., 1991; Wachter, Murphy, Kennerley y Wachter, 2009; Zoroglu et al., 2003), otros no (Gratz et al., 2002; Rallis, Deming, Glenn y Nock, 2012). De manera similar, los resultados también han diferido en cuanto al abuso sexual y las ANS, encontrándose una asociación en algunos estudios (Glassman, Weierich, Hooley y Deliberto, 2007; Martin et al., 2011; Yates et al., 2008; Zlotnick et al., 1996), mientras que Klonsky y Moyer (2008) en su metaanálisis mostraron que el tamaño de la relación entre abuso sexual y las ANS era relativamente pequeño. Victor et al. (2012) informaron que la asociación entre ANS con abuso físico era incluso más fuerte que con el abuso sexual (Messer y Fremouw, 2008). Por todo ello, la asociación específica entre la experiencia de maltrato y las ANS ha resultado compleja, sugiriendo que la relación entre el maltrato y los resultados negativos de salud también se asocia con factores de riesgo comunes, como entornos familiares de alto riesgo o diferentes mediadores (Klonsky y Moyer, 2008). Maniglio (2011) también llegó a la misma conclusión y señaló que, aunque el abuso sexual es un factor de riesgo significativo tanto para las ANS como para la conducta suicida, debe considerarse un factor general y no específico.

Finalmente, en un reciente metaanálisis (Liu, Scopelliti, Pittman y Zamora, 2018) se encontró que el cribado del historial de maltrato infantil podría ser importante para evaluar el riesgo de ANS. Liu y su equipo estudiaron múltiples subtipos de maltrato, observando que la asociación con las ANS es más fuerte en muestras no clínicas, con efectos desde medianos a grandes. El maltrato infantil se asocia con otros muchos resultados clínicos (p. ej., depresión y trastorno bipolar) (Agnew-Blais y Danese, 2016; Teicher y Samson 2013) y, por lo tanto, podría ser un factor menos distintivo para las ANS en poblaciones clínicas donde dichos trastornos son más prevalentes.

El abuso emocional ha tenido considerablemente menos atención tanto en la investigación como en la práctica clínica que el abuso sexual y físico infantil en relación con las ANS, lo que podría deberse, en parte, a la opinión largamente sostenida por parte de médicos e investigadores de que es la forma de abuso menos dañina (Shaffer, Huston, y Egeland, 2008; Trickett, Mennen, Kim y Sang, 2009). Sin embargo, algunos investigadores recalcan que es aún más importante, porque es la forma más frecuente de abuso (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink y Ijzendoorn, 2015).

Hasta donde sabemos, la revisión de Liu et al. (2018) proporciona la síntesis más completa hasta la fecha de la literatura empírica sobre el maltrato infantil y las ANS. En conjunto, estos hallazgos brindan apoyo a la asociación del maltrato infantil y sus subtipos específicos con la ANS, aunque la evidencia disponible es modesta en el caso del abandono emocional. Los autores inciden en que los subtipos de maltrato infantil no deberían ser considerados como una construcción unitaria sino como factores de riesgo independientes, que además pueden estar asociados con las ANS a través de diferentes factores de mediación (Cicchetti y Rogosch, 1996).

Durante los últimos años, se han encontrado diferentes factores que median en la relación entre el maltrato y las ANS, como la alexitimia (Paivio y McCulloch, 2004; Swannell et al., 2012), el estrés postraumático (Shenk, Noll y Cassarly, 2010) y la disociación (Swannell et al., 2012), estos dos últimos en relación con el abuso sexual en particular (Kisiel y Lyons, 2001; Rallis et al., 2012; Yates et al., 2008). Por lo tanto, los mecanismos mediante los cuales el maltrato infantil está relacionado con las ANS se pueden entender mejor al examinar el efecto de mediación proximal de la psicopatología individual, como los síntomas derivados del trauma (Smith, Kouros y Meuret, 2014).

1.7.4. Ambiente familiar invalidante y apego.

Enlazando con lo anteriormente comentado, la investigación también incide en que no es necesariamente el maltrato en sí mismo, sino también la calidad del contexto familiar en el que ocurre, lo que contribuye a la aparición de las ANS (Gratz et al., 2002).

Los problemas interpersonales con la familia y los pares tienen efectos negativos e independientes sobre la regulación emocional. A su vez, los estados emocionales desregulados tienen una influencia significativa en las ANS. La investigación ha demostrado que la regulación de la emoción en la infancia se desarrolla dentro de un contexto social y está relacionada con el ajuste psicológico y social (Zeman, Cassano, Perry-Parrish y Stegall, 2006).

“Ambiente Invalidante” es el término que acuñó Linehan (1993) para referirse al ambiente familiar que promueve el control de la expresividad emocional –especialmente la expresión del afecto negativo–, en el que las experiencias negativas son trivializadas y se atribuyen a rasgos negativos como la falta de motivación, falta de disciplina y fracaso a la hora de adoptar una actitud positiva por parte del niño. A su vez, las emociones positivas fuertes se asocian a rasgos como la falta de juicio, la falta de reflexión o la mera impulsividad. Un ambiente invalidante contribuye a que la persona que convive en él tenga una manera disfuncional de regular las emociones, ya que no existe un aprendizaje a la hora de dar nombre a las emociones, modular la activación, tolerar el malestar y confiar en sus propias respuestas emocionales como interpretaciones válidas de los eventos. En otras palabras, la persona aprende activamente a lo largo de su vida a invalidar sus propias experiencias (Linehan, 1993).

Existe apoyo empírico para el efecto que produce el ambiente familiar invalidante sobre las ANS. Concretamente, aspectos como el abandono, la crítica, el miedo y la alienación en la relación padre-hijo, así como la falta percibida de apoyo familiar y el apego inseguro se han

asociado a las ANS (p.ej., Adrian, Zeman, Erdley, Lisa y Sim, 2011; Bureau et al., 2010; Gratz et al., 2002; Yates, Tracy y Luthar, 2008).

El apego inseguro entre padres e hijos es un factor de riesgo que parece estar fuertemente relacionado con la ANS entre los adolescentes (Tatnell, Kelada, Hasking y Martin, 2014; Yates et al., 2008).

Un trabajo longitudinal sugiere que los factores intrapersonales, como la angustia psicológica, pueden mediar en la asociación entre el apego inseguro y las ANS entre los adolescentes (Tatnell et al., 2014). La evidencia transversal sugiere que los problemas de comportamiento pueden ser particularmente importantes para las ANS en este grupo de edad (Lundh, Karim y Quillish, 2007). El concepto fundamental de apego se centra en las percepciones de los bebés sobre la accesibilidad y la capacidad de respuesta de sus padres a sus necesidades, demandas y comunicaciones, como el llanto (Bowlby, 1988). A partir de estas interacciones tempranas, los niños aprenden a regular sus comportamientos y emociones (Cozolino, 2014; DeKlyen y Greenberg, 2008). Debido a que la angustia de los niños inseguros se deja repetidamente sin resolver o incluso agravada por sus figuras de apego, el desarrollo de sus propias habilidades para regular las emociones puede verse afectado (Moretti y Peled, 2004).

Cassels et al. (2018) encontraron que el apego ansioso y evitativo se asoció indirectamente con las ANS a través de problemas de comportamiento, pero no a través de problemas emocionales.

Así pues, podría decirse que los jóvenes que perciben un apego parental pobre y tienen habilidades ineficaces para la regulación de las emociones pueden correr un mayor riesgo de autocrítica, lo que agrava la baja autoestima. En tiempos de angustia, estos jóvenes pueden estar más inclinados a autolesionarse como un medio de autocastigo, la segunda función más habitual de las ANS (Klonsky, 2007).

1.7.5. Variables psicológicas.

Desesperanza.

La Desesperanza es un constructo psicológico transdiagnóstico que emerge en la adolescencia y se caracteriza por expectativas rígidas y persistentemente negativas sobre el futuro y la impotencia para cambiar los resultados futuros (Abramson, Metalsky y Alloy 1989; Beck et al., 1974). La Desesperanza está asociada con psicopatología y comportamientos de alto riesgo (Beck et al., 1974). Las capacidades cognitivas mejoran en la adolescencia temprana, particularmente constituyen un conjunto de capacidades ejecutivas que permiten un pensamiento más abstracto, multidimensional, planificado e hipotético (Steinberg, 2005). En consecuencia, la adolescencia puede ser una "tormenta perfecta", donde las funciones cognitivas recientemente emergentes permiten a los adolescentes apreciar las posibles causas y consecuencias de los eventos negativos de la vida, lo que les permite Desesperanzarse. Por el contrario, estas nuevas capacidades cognitivas pueden empoderar a los adolescentes para prevenir, evitar o resolver problemas o disminuir estresores (Becker-Weidman et al., 2009; Dixon, Heppner, y Rudd, 1994; Hamilton et al., 2015).

En un metaanálisis sobre los factores de riesgo de las ANS se concluyó que la Desesperanza fue el tercer factor de riesgo más fuerte a la hora de predecir las ANS, con un tamaño del efecto de alrededor de 3.0 (Fox et al., 2015). De hecho, Dhingra, Bpdiszek y Klonsky (2016) encontraron que la Desesperanza era un factor de riesgo tanto de los comportamientos como de los pensamientos de las ANS, y predijo de forma significativa la frecuencia de las ANS. Steeg et al. (2016) encontraron que la Desesperanza se asociaba con un mayor riesgo de

autolesión. Su estudio también concluyó que la Desesperanza era un constructo dinámico y modificable que exacerbaba otros factores de riesgo conocidos para el comportamiento auto agresivo, como el uso de alcohol y problemas forenses.

Desregulación Emocional.

Se pueden encontrar multitud de definiciones del constructo de Desregulación Emocional (Davies, Niles, Pitting, Arch y Craske, 2015). Sin embargo, no existe un consenso para poder diferenciarlo de constructos similares. La desregulación de las emociones (a menudo también llamada desregulación afectiva) es una construcción amplia que incluye la reactividad emocional y regulación de las emociones (Davidson, 1998).

Una de las definiciones más aceptadas es la que plantea Linehan (1993) quien conceptualiza la Desregulación Emocional como “una alta vulnerabilidad emocional para regular la emoción [...] así como un déficit en la habilidad de la modulación emocional” (p. 43). El modelo biosocial de Linehan (1993) postula que los mecanismos etiológicos que contribuyen al desarrollo de la Desregulación Emocional y el TLP implican la interacción de la vulnerabilidad basada en la biología con una emocionalidad intensa y, como se señaló anteriormente, la presencia de un ambiente invalidante para aprender a manejar la emoción. En una extensión reciente del modelo biosocial original de Linehan (1993). Crowell, Beauchaine y Linehan (2009) sugieren que la Desregulación Emocional fomenta y mantiene la autolesión dentro de un contexto social invalidante, mientras que la regulación de la emoción se refiere a las habilidades y procesos utilizados para modular los estados emocionales (Gratz y Roemer, 2004; Gross, 1998).

La teoría funcionalista de la emoción postula que los procesos involucrados en la respuesta emocional dependen del contexto y están determinados por los objetivos de un individuo dentro de contextos sociales y experiencias dentro de relaciones cercanas (Saarni et al., 1998). En general, las características de la predictibilidad emocional, la apertura a la emoción y el papel de los adultos que ayudan a restaurar la homeostasis emocional parecen ayudar a los adolescentes a un desarrollo emocional positivo (Larson y Brown 2007). Por el contrario, se postula que el desarrollo de la desregulación de la emoción ocurre a través de la interacción entre la vulnerabilidad a la emoción de alta intensidad y un historial de aprendizaje inadecuado para manejar la intensidad emocional de manera constructiva (Bradley 2000; Crowell et al., 2009). Las dificultades interpersonales en las relaciones significativas pueden ser una variable importante que interfiere con el nuevo aprendizaje o la modificación de estrategias de regulación emocional que han sido ineficaces (Saarni et al.1998).

Con ello, la desregulación de las emociones ocupa un lugar destacado en la mayoría de los modelos existentes de ANS (p. ej., Chapman, Gratz, y Brown, 2006; Hasking, Whitlock, Voon y Rose, 2016; Linehan, 1993; Selby y Joiner, 2009). Se cree que las personas que participan en ANS experimentan altos niveles de afecto negativo y son excesivamente reactivas a los estímulos emocionales. Esta Desregulación Emocional impulsa a las ANS, las cuales proporcionarían una estrategia de regulación que proporciona alivio emocional, reforzando así el comportamiento. Como se desarrollará más adelante, se han propuesto varias funciones de la ANS, y la función reguladora de la emoción de este comportamiento es de las que recibe más apoyo empírico (Klonsky, 2007).

Adrian et al. (2010) estudiaron a 99 adolescentes ingresadas en un hospital psiquiátrico y observaron, a través de un modelo de ecuaciones estructurales, la primacía de la Desregulación Emocional como un proceso subyacente que coloca a los adolescentes en riesgo

de ANS y media la influencia de los problemas interpersonales con la familia y los pares. Cuando las relaciones familiares y de pares se caracterizaron por el conflicto y la falta de apoyo para manejar las emociones, los adolescentes informaron sobre procesos emocionales más desregulados. Así pues, como se señaló anteriormente, los problemas relacionales familiares se relacionaron directa e indirectamente con la frecuencia y severidad ANS, y esto sucede a través de la Desregulación Emocional (Adrian et al., 2010). Otros investigadores también apoyaron la relación entre la ANS y la Desregulación Emocional (Deutz et al., 2016; Holtmann et al., 2011).

Finalmente, otros estudios han encontrado que los constructos relacionados con la emocionalidad desregulada (p. ej., ansiedad, depresión, impulsividad) no predicen longitudinalmente las ANS (p. ej., Glenn y Klonsky, 2011; Tuisku et al., 2014). En relación con esto, un metaanálisis reciente informó que la desregulación del afecto (principalmente el afecto negativo/reactividad emocional) fue un correlato significativo de ANS, pero sin embargo no pareció ser un factor de riesgo significativo en este trabajo, mostrando una odds ratio ponderada sorprendentemente débil de 1.05 (Fox et al., 2015).

Emocionalidad negativa.

Aquellas personas con una mayor emocionalidad negativa se caracterizan por un perfil de inteligencia emocional basado en altos niveles de atención emocional y una pobre confianza en su capacidad para comprender y regular sus estados emocionales. Esto se debe a la posibilidad de que una constante atención a nuestras emociones y estados de ánimo, si no es acompañada de la adecuada comprensión y regulación de los mismos, facilita la puesta en marcha de un proceso rumiativo, dirigido a averiguar la causa de tales emociones y sus consecuencias o cómo es la reacción emocional, que puede dar lugar a una intensificación y mantenimiento de dicho estado emocional (Salguero y Díez, 2006).

Las personas que se autolesionan experimentan emociones negativas más frecuentes e intensas en su vida diaria que las personas que no se autolesionan. Se ha encontrado que las personas que se autolesionan obtienen puntuaciones más altas en medidas de temperamento negativo, Desregulación Emocional, depresión y ansiedad (p. ej., Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico y Gibb, 2005; Gratz y Roemer, 2004; Klonsky et al., 2003). Por lo tanto, las personas con ANS pueden tener déficits en habilidades emocionales junto con una mayor presencia de emociones negativas.

Las personas que se autolesionan también muestran dificultades con el manejo de su experiencia, conciencia y expresión de emociones. Por ejemplo, Gratz et al. (2002) y Zlotnick et al. (1996) encontraron que las personas con ANS son más propensas a experimentar períodos de disociación durante los cuales la experiencia de la emoción se ve afectada. La gente con ANS a menudo describe que no siente nada o es irreal durante los episodios disociativos. Además, tienden a ser alexitímicos (tienen dificultades para identificar o comprender sus emociones) y son menos conscientes de sus emociones en comparación con los que no se autolesionan (Lundh, Karim y Quilisch, 2007; Zlotnick et al., 1996). Finalmente, es más probable que los que se autolesionan tengan problemas para expresar sus emociones en relación a los que no se autolesionan (Gratz, 2006).

Sin embargo, otros enfoques metodológicos arrojan resultados menos claros. Por ejemplo, aunque los estudios de registros diarios muestran que las personas que participan en ANS informan un estado de ánimo más negativo en general, no proporcionan evidencia de una mayor reactividad afectiva negativa o un afecto negativo prolongado en reacción a eventos específicos (Bresin, 2014), fuera del contexto de muestras que contienen un alto nivel de

síntomas del TLP (Houben et al., 2017; Santangelo et al., 2017). Además, gran parte del afecto negativo parece deberse principalmente a los altos niveles de autoinsatisfacción (Victor y Klonsky, 2014).

Así pues, parece haber una fuerte evidencia de mayor reactividad emocional en las personas con ANS basada en autoinformes retrospectivos, pero evidencia débil basada en registros diarios, estudios experimentales, fisiológicos y longitudinales. Además, la evidencia autoinformada retrospectiva y la evidencia de los estudios de evaluación ecológica momentánea apoyan la idea de que el afecto negativo elevado precede a la mayoría de los episodios de ANS (Armey, Crowther, y Miller, 2011; Klonsky, 2007; Muehlenkamp et al., 2009; Nock, Prinstein y Sterba, 2009). Este afecto negativo elevado puede estar dentro de los límites de una reacción normativa a un factor estresante. En otras palabras, no hay evidencia de un efecto negativo anormalmente intenso que indique desregulación del afecto (Bresin, 2014). Si bien es cierto que la experimentación de emociones negativas intensas desempeña un papel central en varias teorías de la ANS, la revisión de Fox et al.,(2017) lleva a sugerir que su importancia puede estar sobrevalorada. La alta emocionalidad negativa parece jugar un papel más limitado e indirecto.

Impulsividad.

La impulsividad ha sido definida como "una predisposición a reacciones rápidas y no planificadas ante estímulos internos o externos sin considerar las consecuencias negativas de estas reacciones para ellos mismos o para otros" (Moeller et al., 2001; p.1784).

La investigación reciente y la teoría sugieren que las personas altamente impulsivas pueden estar especialmente motivadas para actuar precipitadamente en el contexto de las emociones negativas porque los beneficios a largo plazo son menos importantes que las ganancias inmediatas a corto plazo de la regulación de las emociones (p. ej., Cyders y Smith, 2008; Tice, Bratslavsky y Baumeister, 2001). Según esta teoría, los individuos pueden involucrarse en conductas de afrontamiento de problemas (p.ej., alimentación poco saludable, postergación) para proporcionar un alivio inmediato de la angustia, a expensas de sus metas u objetivos a largo plazo (p.ej., perder peso) (Tice et al., 2001). Dado que las ANS han mostrado ser una forma efectiva para que las personas regulen las emociones aversivas (Armey et al., 2011; para una revisión ver Klonsky, 2007), las personas impulsivas (particularmente aquellas con alta urgencia negativa) pueden estar en alto riesgo de llevar a cabo ANS. De hecho, los individuos impulsivos pueden estar muy motivados para obtener los beneficios inmediatos de las ANS (p. ej., regulación de emociones) con menos preocupación por las consecuencias a largo plazo (p. ej., asustar, incomodidad y estigmatización; Chapman et al., 2006; Fikke, Melinder y Landro, 2013; Klonsky, 2007). Nock (2010) también ha propuesto que las personas impulsivas pueden estar en riesgo de realizar ANS, porque pueden realizarse rápidamente sin mucha planificación o preparación. Como resultado, las personas impulsivas pueden ser más propensas a elegir las ANS sobre otros comportamientos de afrontamiento (p. ej., beber alcohol o fumar).

Sin embargo, los hallazgos sobre el vínculo entre impulsividad y las ANS no han sido concluyentes (Glenn y Klonsky, 2010; Janis y Nock, 2009). Algunos investigadores han informado de un fuerte vínculo entre la impulsividad y ANS (Glenn y Klonsky, 2010; Ogle y Clements, 2008), mientras que otros investigadores no han encontrado ninguna relación entre estos dos constructos (Bornovalova, Tull, Gratz, Levy y Lejuez, 2011; Chapman, Derbidge, Cooney, Hong y Linehan, 2009).

En un esfuerzo por comprender estas diferencias sobre el vínculo entre impulsividad y las ANS, Hamza Willoughby y Heffer (2013) llevaron a cabo un metaanálisis revelando que las

personas que se involucraron en las ANS informaron de una mayor impulsividad que las personas que no participaron en ANS, concluyendo que este efecto fue más consistente para las medidas de urgencia negativa (llevar a cabo un acto ante la presencia de emociones negativas). Por el contrario, hubo poca evidencia entre la asociación entre las medidas de impulsividad basadas en estudios de laboratorio y ANS. Además, la relación entre la impulsividad y las ANS evaluadas a través de medidas de autoinforme a veces desaparecía cuando se controlaban otros factores de riesgo para las ANS (p.ej., historia de abuso, depresión, trastorno de estrés postraumático).

Autocrítica y baja autoestima.

Además de los problemas con la emoción, las personas que se autolesionan parecen ser particularmente propensas a ser autocríticas o experimentar un enojo o disgusto intenso y auto dirigido. El autocastigo y la ira autodirigida se citan con frecuencia como motivaciones para autolesionarse (Klonsky, 2007). La autolesión se ha relacionado repetidamente con la autocrítica (Herpertz, Sass y Favazza, 1997; Klonsky et al., 2003; Soloff, Lis, Kelly, Cornelius y Ulrich, 1994). Un estudio mostró que, en general, las personas que llevaban a cabo ANS tenían más probabilidades de estar angustiados emocionalmente, de tener una disminución de la autoestima y de adoptar un comportamiento antisocial (Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005). Otro estudio con adolescentes concluyó que la baja autoestima correlacionaba positivamente con mayor frecuencia de ANS (Lundh et al., 2007).

Pertenencia Frustrada y Carga Percibida.

Pertenencia Frustrada y Carga Percibida son dos factores de riesgo que no han obtenido hasta la fecha evidencia científica en el contexto de las ANS, sino únicamente en el del suicidio.

En el marco de la teoría interpersonal del suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), se propuso que el deseo de suicidio se debe, entre otras razones, al resultado de necesidades interpersonales no satisfechas, es decir, de una necesidad insatisfecha de pertenecer a algo (Baumeister y Leary, 1995; Cacioppo y Patrick, 2008). Esto tiene como consecuencia la Pertenencia Frustrada, y una necesidad insatisfecha de competencia social (Ryan y Deci, 2000) que da como resultado la percepción de ser una carga. Cuando están presentes la Pertenencia Frustrada y la Carga Percibida, de acuerdo con la teoría, se desarrolla el deseo de suicidio, que se manifiesta conductualmente como ideación suicida activa (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010).

Estas variables de conexión social están asociadas con el suicidio porque son indicadores observables de que no se satisface una necesidad psicológica humana fundamental, denominada "necesidad de pertenecer" por Baumeister y Leary (1995). Estos autores propusieron que la necesidad de pertenecer comprende dos facetas: "Las personas parecen necesitar interacciones frecuentes, afectivamente agradables o positivas con los mismos individuos, y necesitan que estas interacciones ocurran en un marco de cuidado y preocupación estable" (p. 520). De acuerdo con la teoría, cuando esta necesidad no se cumple -el estado al que nos referimos como Pertenencia Frustrada- se desarrolla un deseo de muerte. La teoría propone que los diversos índices de aislamiento social asociados con el suicidio: vivir solos (Heikkinen, Aro y Lönnqvist, 1994), soledad (Koivumaa-Honkanen et al., 2001) y bajo apoyo social (Qin y Nordentoft, 2005; Sourander et al., 2009; Turvey et al., 2002), se asocian con el suicidio a lo largo de la vida porque son indicadores de que la necesidad de pertenencia se ha visto frustrada.

Así pues, estas dos dimensiones del funcionamiento interpersonal que se postulan para componer la Pertenencia Frustrada se conceptualizan como soledad y ausencia de relaciones recíprocamente solidarias (Joiner, 2005). La soledad se definiría como una cognición cargada de afectividad que tiene muy pocas conexiones sociales o escasas interacciones frecuentes y positivas. Por ejemplo, un individuo que experimenta el estado mental de Pertenencia Frustrada puede expresar el componente de soledad diciendo: "Me siento desconectado de otras personas". Por otro lado, el segundo componente de la Pertenencia Frustrada, de acuerdo con la teoría interpersonal, es la ausencia de relaciones.

El otro constructo esencial en la teoría interpersonal del suicidio, la Carga Percibida, comprende dos dimensiones del funcionamiento interpersonal: la creencia de que el yo es tan defectuoso como para ser una responsabilidad sobre los demás y las cogniciones cargadas de autodio (Joiner, 2005). La Carga Percibida es un estado mental caracterizado por la idea de que otros "estarían mejor si yo no estuviera", que se manifiesta cuando no se satisface la necesidad de competencia social (Ryan y Deci, 2000). La teoría propone que la discordia familiar (Duberstein, Conwell, Conner, Eberly y Caine, 2004; Heikkinen et al., 1994), el desempleo (Brown, Beck, Steer, y Grisham, 2000; Heikkinen et al., 1994) y el deterioro funcional (Conwell et al., 2000; 2010) se asocia con el suicidio a lo largo de la vida porque es probable que estos factores generen percepciones de carga para los demás.

Así pues, la Pertenencia Frustrada se define por la soledad y la falta de relaciones recíprocamente positivas y la Carga Percibida se refiere a las percepciones erróneas de ser una carga sobre otros cercanos y se caracteriza por el odio hacia uno mismo, así como una creencia de que uno es una responsabilidad para otros. Ambos estados son dinámicos, respondiendo a factores tanto interpersonales como intrapersonales (Van Orden et al., 2010).

Cero et al. (2015) planteaban que, si las ANS funcionan para muchas personas como un medio de aliviar los estados aversivos o mejorar los positivos, se cuestionan a qué se debe que el comportamiento esté asociado con los intentos de suicidio y de muerte futuros. Por otra parte, también se plantean por qué algunas personas se involucran en ANS y de manera repetida, a pesar de su naturaleza desalentadora y dolorosa. La teoría interpersonal del suicidio (Van Orden et al., 2010) es una teoría que ofrece un marco básico que puede ser útil para responder a estas preguntas. Esta teoría sostiene que los individuos se suicidan porque tienen tanto el deseo de morir como la capacidad de intentar hacerlo. La teoría incluye cuatro hipótesis principales sobre los procesos causales subyacentes que resultan en conductas suicidas. De acuerdo con la primera hipótesis de la teoría, como se ha visto antes, la experiencia de Carga Percibida o de una Pertenencia Frustrada provoca la ideación suicida pasiva.

La experiencia conjunta de estos estados confiere mayor riesgo de ideación suicida que la experiencia de uno solo, según la teoría. Este efecto se mantiene incluso después de controlar las covariables fuertes, incluyendo la gravedad de los síntomas depresivos (Joiner et al., 2009; Van Orden, Witte, Gordon, Bender y Joiner, 2008). Cuando estos estados combinados son percibidos como estables e inmutables (es decir, sin esperanza), se desarrollará un deseo activo de suicidio; esta idea constituye la base de la segunda hipótesis de la teoría. Esta hipótesis se basa en la literatura sobre la relación entre los sentimientos de Desesperanza y suicidio. Sin embargo, todavía no se ha investigado directamente el efecto de las cogniciones de Desesperanza específicas respecto a la pertenencia y la carga sobre la ANS.

Reconociendo que la participación en el comportamiento suicida es difícil porque requiere que las personas luchen contra los instintos básicos de autopreservación, la teoría

propone que la capacidad de involucrarse en el comportamiento suicida debe desarrollarse, lo que sucede con la exposición repetida a estímulos temibles y dolorosos. Una vez desarrollada, la capacidad adquirida genera una sensación de insensibilidad sobre el dolor, las lesiones y la muerte, así como una mayor tolerancia al dolor necesaria para el comportamiento suicida. Debido a que el comportamiento suicida es físicamente doloroso, traducir la intención en comportamiento requiere la capacidad de soportar el dolor físico involucrado en el suicidio. Por lo tanto, la cuarta hipótesis de la teoría sostiene que la conducta suicida ocurrirá solamente cuando el deseo de morir por suicidio es acompañado por la capacidad de hacerlo. A este respecto, la literatura apoya la cuarta hipótesis. Van Orden et al. (2008) encontraron que los niveles más altos de riesgo de suicidio clasificado por el clínico estaban asociados con altos niveles de capacidad adquirida para el suicidio y con la percepción de la carga. Además, Joiner et al. (2009) demostraron que la Pertenencia Frustrada, la Carga Percibida y la capacidad adquirida para el suicidio predijeron el intento de suicidio.

Las ANS, por lo tanto, pueden ser conceptualizadas como un factor de riesgo altamente destacado para desarrollar la capacidad de suicidio. En consonancia con esta perspectiva, la evidencia indirecta ha indicado que tanto las percepciones atenuadas por el dolor como el aumento de la tolerancia al dolor están asociadas con la autolesión. Este patrón se observa cuando se comparan los intentos de suicidio anteriores con controles no suicidas, pacientes psiquiátricos hospitalizados y víctimas de lesiones accidentales. Del mismo modo, las personas que participan en ANS a menudo informan haber experimentado poco o ningún dolor al hacerlo (Joiner, Ribeiro y Silva 2012) y evidencia una mayor tolerancia para el dolor. Por ejemplo, se ha demostrado que las mujeres diagnosticadas con TLP que participan en ANS tienen mayor umbral y mayor tolerancia al dolor que los pacientes con TLP sin antecedentes de ANS (Kemperman et al., 1997). Incluso en ausencia de un diagnóstico de TLP, se ha encontrado que las personas con antecedentes de ANS tienen menor percepción del dolor (Bresin et al., 2010). Cuando se examinan directamente, los resultados han indicado que la tolerancia al dolor media la relación entre la frecuencia de las experiencias dolorosas y la capacidad adquirida para el suicidio (Franklin, Hessel, y Prinstein, 2011). Llevar a cabo ANS ha demostrado ser una experiencia dolorosa importante que contribuye directamente a tolerar el dolor (Franklin et al., 2011). Es importante enfatizar que, aunque las ANS son un factor de alto riesgo para la capacidad adquirida de suicidio, un historial de conducta suicida no letal es un factor de riesgo más potente y posiblemente el medio más directo de desarrollar la capacidad. Según la teoría interpersonal del suicidio, la escalada de ANS a la conducta suicida no fatal depende de la intensidad del deseo suicida. Aunque los procesos subyacentes al deseo suicida son distintos de los que aumentan la capacidad adquirida para el suicidio, los problemas que pueden exacerbar la necesidad percibida y la gravedad de las ANS (p. ej., las dificultades para hacer frente a los sentimientos de aislamiento y/o agobio) también pueden aumentar el deseo suicida, lo que aumenta la probabilidad de un suicidio (Joiner et al., 2012).

De manera que, hasta donde conocemos, no existen estudios en los que se analice el papel de la Pertenencia Frustrada y la Carga Percibida en relación con las ANS. Se podrían extrapolar los resultados de otros estudios y plantear una investigación en el área de las ANS encontrando una relación predictora, ya que las ANS en muchas ocasiones cumplen la funcionalidad de cubrir una necesidad interpersonal (Nock y Prinstein, 2004).

1.7.6. Imagen Corporal.

La Imagen Corporal es una construcción compleja y multidimensional. Se refiere a la experiencia psicológica multifacética de la persona y no exclusivamente a la apariencia física (Cash, 2004).

Cash (2011) afirmó que este constructo tiene dos dimensiones principales: evaluación e inversión. La evaluación de la Imagen Corporal se refiere a la satisfacción o insatisfacción de las personas con su cuerpo y sus creencias evaluativas al respecto. Por otro lado, la inversión de Imagen Corporal se refiere a la importancia cognitiva, conductual y emocional del cuerpo en la autoevaluación.

Muehlenkamp (2012) teoriza que el respeto negativo hacia el cuerpo (p. ej. cómo se percibe, cuida y experimenta el cuerpo) aumenta la propensión a que un individuo dañe al cuerpo cuando está emocionalmente desregulado. La insatisfacción corporal también se ve como un componente integral dentro de los modelos etiológicos de los trastornos alimentarios en muestras clínicas (Solano et al., 2005) y no clínicas (Tylka, 2004). Además, los estudios de ANS entre individuos diagnosticados con un trastorno alimentario han encontrado una asociación modesta entre la insatisfacción corporal y las ANS por encima y más allá del vínculo con el trastorno de conducta alimentaria (Anderson, Carter, McIntosh, Joyce y Bulik, 2002; Muehlenkamp et al., 2011; Solano et al., 2005; Walsh, 2007). Estos sentimientos pueden subyacer y motivar los comportamientos de autolesión a través de la visión del cuerpo como un objeto de desprecio, lo que facilita dañar o destruir sus tejidos (Orbach, 1996).

Diferentes autores han sugerido que estas actitudes y sentimientos negativos sobre el cuerpo pueden ser factores predictivos de las ANS e intentos de suicidio, dado que una persona que desarrolla una indiferencia hacia el cuerpo produce sentimientos de desapego o disociación (Klonsky et al., 2015; Orbach, 1996). Existe un cierto apoyo empírico para esta hipótesis (Orbach et al., 2006), aunque la teoría y la evidencia de Orbach no consideraron específicamente el constructo de las ANS.

Algunos estudios han explorado si las actitudes negativas hacia el cuerpo están relacionadas con las ANS (p. ej., Duggan et al., 2015; Muehlenkamp, Bagge, Tull y Gratz, 2013; Muehlenkamp y Brausch, 2012; Muehlenkamp, Swanson y Brausch, 2005; Nelson y Muehlenkamp, 2012), y otros han explorado específicamente la Imagen Corporal (Duggan, et al., 2013; Muehlenkamp, Claes, Smits, Peat y Vandereycken, 2011; Muehlenkamp, Peat, Claes y Smits, 2012; Ross et al., 2009). Se ha demostrado sistemáticamente que las actitudes corporales negativas están significativamente vinculadas a las ANS, aunque un estudio encontró una relación indirecta mediada por afecto negativo (Muehlenkamp et al., 2005).

La Imagen Corporal es significativamente peor en personas con ANS en comparación con los controles (Duggan et al., 2013; Ross et al., 2009). El estudio de Duggan et al., (2015) reclutó estudiantes universitarios, comparando una muestra de personas con ANS con personas sin ANS, por edad y sexo, encontrando este patrón consistente en ambos sexos, aunque las mujeres tendían a tener una insatisfacción con su Imagen Corporal mayor que los hombres. Ross y sus colegas (2009) reclutaron a niños de 12 a 17 años de dos escuelas (n = 59 con ANS y n = 57 como grupo de comparación), y encontraron que aquellos con ANS también tenían una insatisfacción con su Imagen Corporal significativamente más alta que los controles.

Otro estudio examinó la relación entre una Imagen Corporal insatisfactoria y ANS en una muestra de mujeres ingresadas para el tratamiento hospitalario de un trastorno de la alimentación (N = 422), determinando que la insatisfacción con la Imagen Corporal explicaba un porcentaje significativo de la varianza de las ANS (Muehlenkamp et al., 2011). Esta relación fue pequeña ($r = .12$) pero significativa, lo que llevó a los autores a plantear la hipótesis de que podría ser simplemente una función de la presencia de la insatisfacción de la Imagen Corporal superior en las personas con un trastorno de la alimentación. Como no se incluyó un grupo de

comparación de personas con ANS y sin trastornos alimentarios, no está claro si es una conclusión precisa.

En un reciente estudio longitudinal (Black, Garratt, Beccaria, Mildred y Kwan, 2018) la insatisfacción con la Imagen Corporal fue un predictor pequeño pero significativo de ANS, tanto a transversal como longitudinalmente. Cuanto mayor fue la insatisfacción corporal, mayor número de métodos de ANS de forma transversal y longitudinal se explicaban significativamente.

Pérez, Marco y Cañabate (2018) estudiaron las diferencias en ANS y la Imagen Corporal según el subtipo (restrictivo-purgativo) de pacientes con trastorno alimentario; y a su vez, exploraron las diferencias en la insatisfacción corporal, la orientación de la Imagen Corporal y la inversión corporal en pacientes con trastorno alimentario sin ANS (n = 144), con ANS alguna vez en su vida (n = 19) y con ANS en el año anterior (n = 63). Los pacientes restrictivos y purgativos con ANS tuvieron niveles más elevados respecto a una evaluación negativa de la apariencia, la insatisfacción de las áreas corporales, y los sentimientos y actitudes negativas hacia el cuerpo. Además, se encontraron diferencias significativas en la evaluación de la apariencia, la satisfacción de las áreas corporales, los sentimientos positivos y las actitudes hacia el cuerpo, la protección corporal y la comodidad con el contacto físico, entre los participantes sin antecedentes de autolesión y ambos grupos con ANS.

1.7.7. Contagio social.

Varios estudios han planteado la idea de que las ANS pueden tener un efecto contagio (Claes, Vandereycken, Bijttebier y Muehlenkamp, 2010; Duggan, Heath, Lewis y Baxter, 2012; Nock et al., 2009; Purington y Whitlock, 2010). Se ha observado un contagio social de ANS en unidades de pacientes hospitalizados (p. ej., Nock y Prinstein, 2005), prisiones (Rada y James, 1982), hogares grupales y escuelas de educación especial (Rosen y Walsh, 1989; Walsh y Rosen, 1985), entre muestras comunitarias de adolescentes (p.ej., Nock et al., 2009; Prinstein et al., 2010), adultos jóvenes (p.ej., Yates et al., 2008), y estudiantes universitarios (Heath, Ross, Toste, Charlebois y Nedecheva, 2009; Muehlenkamp, Hoff, Licht, Azure y Hasenzahl, 2008).

El contagio social es un fenómeno con poco consenso respecto a su definición. Una buena definición sería la que plantean Levy y Nail (1993), como aquella conducta, afecto o actitud de una persona A (el iniciador) a la persona B (el recipiente), donde este último no percibe influencia intencional de parte del primero. Así pues, con respecto a la autolesión, se observa que existe un apoyo empírico respecto al papel de este fenómeno, tanto en muestras comunitarias, como en muestras clínicas.

Algunos autores han hallado que, por un lado, los adolescentes que se autolesionan tienen más amigos que participan en ANS, y que tener más conocidos que se autolesionan está negativamente relacionado con la autoestima. Claes et al. (2010) plantearon que esto podría ser debido a que los adolescentes con menor autoestima se sienten más atraídos por los compañeros implicados en conductas autolesivas, o que los adolescentes con baja autoestima son más vulnerables a copiar las ANS para abordar sus problemas o para obtener una cierta identidad en su grupo de pares (Claes et al., 2010).

Además, Nock, Prinstein y Sterba (2009) encontraron pruebas de que cuando alguna persona le confiaba a otra que estaba implicada en conductas autolesivas, esto se convertía en un factor que actuaba como un antecedente de la ANS en adolescentes de muestras comunitarias. Aunque representa solo un pequeño porcentaje, la transmisión directa de las ANS

por parte de otros es un aspecto preocupante que lleva al contagio social de la ANS (Nock et al., 2009).

Por otro lado, Whitlock et al. (2006) advirtieron de que internet se había convertido en una plataforma que refuerza estas conductas pudiendo ser un factor de contagio, a la vez que es un medio donde se busca ayuda. Los adolescentes usan Internet para comunicarse y socializar más que cualquier otro grupo de edad (Lenhart, Rainie y Lewis, 2001), es un elemento natural de la vida para la mayoría de los adolescentes y ofrece abundante información sobre ANS (Lewis et al., 2011; Lewis, Rosenrot y Messner, 2012; Purington y Whitlock, 2010), además de que pueden usarse comunidades virtuales para divulgar información personal a desconocidos que atraviesan dificultades similares (Ybarra, Alexander y Mitchell, 2005; Zinoviev, Stefanescu, Swenson y Fireman, 2012). La investigación sobre la experiencia individual de personas que se autolesionan involucradas en comunidades en línea (por ejemplo, foros) sugiere que los participantes aprendieron sobre las ANS de sus pares, libros e Internet (Hodgson, 2004). Los foros de Internet también parecen proporcionar un lugar para la comunicación sobre las ANS, incluyendo el intercambio de técnicas y la discusión sobre lo que considera la cultura popular de las ANS, como podría ser las letras de canciones, películas, etc. (Whitlock, Powers y Eckenrode, 2006; Zinoviev et al., 2012).

Revisiones sistemáticas identificaron varios riesgos y beneficios potenciales de la actividad en línea relacionados con las ANS (Dyson et al. 2016; Lewis y Seko, 2016). Los beneficios potenciales incluyeron una reducción del aislamiento social al proporcionar un sentido de comunidad, estímulo para la recuperación, reducción de las necesidades de las ANS y autorrevelación emocional, mientras que los riesgos potenciales incluyeron la activación de los impulsos de las ANS (incluidas demostraciones en vivo de las ANS en videos), normalización, aceptación o estigmatización del refuerzo (social). Esto también se demostró en un estudio realizado por Baker y Lewis (2013) en el que, si bien algunos participantes informaron una reducción de la soledad después de ver las imágenes de ANS, otros informaron efectos de refuerzo y aliento.

Respecto al contenido del material en línea de las ANS en un estudio sobre vídeos de YouTube, Lewis et al. (2011) encontraron que los espectadores calificaron aquellos con contenido sobre ANS de manera muy positiva. Alrededor de la mitad fueron educativos, mientras que la otra mitad contenía un tono melancólico. Casi todos mostraron fotografías explícitas de ANS, y un tercio, incluyendo imágenes de personas, también mostraron una representación en vivo de ANS. En un análisis cualitativo de 516 imágenes publicadas en la plataforma Flickr, Seko (2013) descubrió que la mayoría de las imágenes eran representaciones reales, no estéticas y de heridas o cicatrices. La mayoría de las heridas parecían superficiales, sin causar mucho daño al tejido corporal. Mientras que dos tercios de las imágenes capturaron cicatrices que se curaron completamente, alrededor de un tercio mostró heridas recientes. Sin embargo, un gran porcentaje de imágenes mostraba heridas en varias etapas de la curación (es decir, heridas recientes sobre cicatrices antiguas).

Brown et al. (2018), durante 4 semanas, investigaron 2.826 imágenes (de 1154 cuentas) que mostraban directamente las heridas de ANS en Instagram. Se analizaron las asociaciones entre las características de las imágenes y los comentarios, así como las tendencias semanales y diarias del comportamiento de publicación. En general, las imágenes solían mostrar heridas causadas por cortes en brazos o piernas y se clasificaron como lesiones leves o moderadas. Se observó que las imágenes con grados de herida crecientes y los que mostraban múltiples métodos de ANS generaron una cantidad elevada de comentarios. Si bien la mayoría de los

comentarios fueron neutrales o empáticos con alguna ayuda ofrecida, pocos fueron hostiles. Este estudio concluyó que el refuerzo social podría desempeñar un papel en el contagio social en la publicación de imágenes de ANS más graves.

1.8. Factores de Protección de las ANS.

Los estudios realizados acerca de los factores de protección son considerablemente escasos. Aquellas variables contrarias a los factores de riesgo evitarán las ANS o contribuirán al cese de estas.

Así como los ambientes familiares invalidantes son un factor de riesgo de las ANS, las relaciones familiares de apoyo se encuentran consistentemente como uno de los factores de protección más importantes en los adolescentes, más que las relaciones con pares (Brausch y Gutiérrez 2010; Giletta et al., 2012; Kaminski et al., 2010; Taliaferro et al., 2012; Tatnell, Kelada, Hasking y Martin, 2014). La incondicionalidad familiar y la cohesión se asocia con un menor riesgo de ANS (Rubenstein et al., 1998).

Por otro lado, de la misma forma que la Desregulación Emocional es un factor de riesgo para las ANS, la expresión de las emociones negativas y una gestión eficaz de éstas funciona como un factor de protección para las ANS (Skegg, 2005).

Otro punto a tener en cuenta sería la espiritualidad y la religiosidad ya que pueden proporcionar a las personas un medio adaptativo para comprender y experimentar la vida, así como para facilitar su capacidad de establecer conexiones significativas con las experiencias de la vida (Fallot, 2001). Borrill, Fox y Roger (2011) estudiaron que las personas que practicaban una religión (cristianos, musulmanes, hindúes) tenían menos probabilidades de informar de ANS que las personas que no practicaban una religión. De acuerdo con este hallazgo, Klonsky y Glenn (2008) encontraron que las personas que se autolesionan informaban que el uso de mecanismos de afrontamiento espirituales y religiosos les ayudaba a resistir los deseos de autolesionarse.

A continuación, se desarrollarán de manera más extensa el Sentido de la Vida como factor protector que es uno de los factores que se estudiarán en la presente investigación.

1.8.1. Sentido de la Vida.

Según Frankl (1988), el fundador de la logoterapia, la motivación humana más previa es percibir y experimentar que la vida de uno es significativa. Este autor hizo hincapié en el papel de la autotranscendencia y los valores creativos, experienciales y actitudinales en el desarrollo del sentido de realización existencial.

El Sentido de la Vida es un concepto amplio y se cree que contiene tres conceptos distinguibles pero relacionados: coherencia, propósito e importancia (Martela y Steger, 2016). Según el grado en que las personas experimentan y buscan el Sentido de la Vida, se puede dividir en dos dimensiones. Por un lado, la presencia del sentido y, por otro, su búsqueda. La presencia de sentido se refiere al "grado en que las personas experimentan sus vidas como comprensibles y significativas, y tienen un sentido de propósito o misión en sus vidas que trasciende las preocupaciones mundanas de la vida diaria", mientras que la búsqueda de sentido se refiere a "al esfuerzo activo de las personas por tratar de establecer y aumentar su comprensión del significado, la importancia y el propósito de sus vidas" (Steger et al., 2008a, p. 661).

Aunque hay un creciente número de estudios que examinan el Sentido de la Vida en los adolescentes (p. ej., Kiang y Fuligni, 2010; Rose Zasky Burton, 2017; Wang et al., 2016), la

investigación sobre el Sentido de la Vida se ha centrado de manera desproporcionada en los adultos (Kiang y Fuligni, 2010). Desarrollar un Sentido de la Vida es una tarea vital durante la adolescencia (Damon, Menon y Cotton-Bronk, 2003). En la vida diaria, los adolescentes a menudo se encuentran con muchos eventos que cambian su forma de configurar la existencia, los cuales exploran y dan sentido a su vida (Tavernier y Willoughby, 2012). Este proceso puede llevar al crecimiento personal y a la salud mental (Frankl, 1963; Updegraff y Taylor, 2000). De hecho, tanto los estudios cuantitativos como los cualitativos han revelado que incluso los adolescentes de 13 a 14 años pueden tener uno o más sentidos de la vida (Aviad-Wilchek y Neeman-Haviv, 2018; De Vogler y Ebersole, 1983; Wilchek-Aviad y Neeman-Haviv, 2018). Con lo que respecta a la población adolescente, parece ser que experimentar un sentido claro de la vida es una gran motivación (Damon, 2008; Damon, Menon y Bronk, 2003) y juega un papel importante para desarrollar una vida auténtica y orientada a objetivos (p. ej., Côté, 2002). El Sentido de la Vida influye como un fuerte predictor del bienestar psicológico, la salud mental y la capacidad de recuperación en la población adolescente (p. ej., Brassai, Piko y Steger, 2015; Brouzos, Vassilopoulos y Boumpouli, 2016; Fu y Law, 2017; Henry et al., 2014; Schulenberg, Smith, Drescher y Buchanan, 2016; Zhang, Li, Chen, Ewalds-Kvist y Liu, 2017), y es un fuerte factor protector de síntomas psicopatológicos (Góngora, 2014).

Por lo que respecta al Sentido de la Vida como factor protector de las ANS, los estudios evidencian que la satisfacción con la vida está fuertemente correlacionada con las relaciones positivas con la familia, los amigos, los compañeros y uno mismo (Sawatzky et al., 2009). A su vez, las relaciones positivas y una autoestima saludable pueden aumentar la satisfacción de una persona con la vida, lo que puede servir como un factor protector para las ANS. Rotolone y Martin (2012) realizaron un estudio en el que compararon personas que nunca habían participado en ANS, personas que se habían autolesionado en el pasado y personas que actualmente se estaban autolesionando. Las personas que nunca se habían autolesionado informaban un mayor número de apoyos sociales, conexión social, autoestima y un mayor Sentido de la Vida. Nuevamente, estos resultados sugieren que el Sentido de la Vida puede ser un factor protector contra las autolesiones. Por otro lado, Marco et al. (2015) proponen que el Sentido de la Vida podría asociarse negativamente con las ANS por las siguientes razones: (a) el Sentido de la Vida se asocia inversamente con emociones negativas como la Desesperanza (p.ej., García-Alandete, Gallego-Pérez y Pérez-Delgado., 2009) y la depresión (Psarra y Kleftaras, 2013; Volkert, Schulz, Brütt y Andreas, 2014); (b) varios estudios han encontrado que la depresión y la Desesperanza se asocian positivamente con las ANS (Klonsky, 2009; Pérez, Marco y García-Alandete, 2014). Además, una de las funciones más aceptadas de las ANS es servir como una estrategia de regulación emocional disfuncional que permite a los pacientes escapar de emociones negativas como la depresión, la Desesperanza, la soledad o la culpa (Bresin, 2014). Por lo tanto, proponen que las ANS podrían ser una estrategia disfuncional para escapar de las emociones negativas asociadas (Marco et al., 2015)

Kress, Newgent, Whitlock y Mease (2012) fueron los primeros en probar en población comunitaria el Sentido de la Vida como un factor protector de las ANS. El propósito de su estudio fue identificar los factores que pueden proteger o aislar a las personas de participar en ANS. Los participantes fueron estudiantes universitarios (N= 14.385) de 8 universidades que contestaron a una encuesta en línea. Los resultados de las correlaciones bivariadas y la regresión múltiple revelaron que la satisfacción y el Sentido de la Vida fueron factores de protección contra las ANS.

Por otro lado, en población clínica se observó que el Sentido de la Vida es un factor protector de las ANS de manera longitudinal (Marco et al., 2015). Se estudió si el Sentido de la Vida predecía la frecuencia de las ANS durante el seguimiento de un año. La muestra estuvo compuesta por 80 participantes con diagnóstico de TLP. Los resultados de esta investigación sugieren que los participantes que tenían un bajo Sentido de la Vida tenían más frecuencia de ANS, depresión y Desesperanza al inicio del estudio, y más frecuencia de ANS durante el seguimiento, que los participantes con un alto Sentido de la Vida. Los pacientes evaluados que mostraron mayores niveles de Sentido de la Vida manifestaron menores ANS al año de seguimiento (Marco et al., 2015).

Ante el escaso número de investigaciones sobre esta variable protectora, esta tesis pretende investigar más a fondo sobre la relación entre el Sentido de la Vida y las ANS en adolescentes.

1.9. Funcionalidad de las ANS.

El enfoque funcional propone que los comportamientos son causados por los eventos que inmediatamente los preceden y los siguen. Esta perspectiva, que está arraigada en la tradición de la psicología del comportamiento, ha generado importantes avances en la comprensión, la evaluación y el tratamiento de una amplia gama de trastornos mentales y problemas de conducta clínica. De hecho, algunas de las formas de psicopatología mejor entendidas y más tratadas son aquéllas para las cuales un enfoque funcional ha servido como modelo guía, incluyendo trastornos de ansiedad (Barlow, 2001), trastornos depresivos (Dimidjian et al., 2006), problemas de conducta infantil (Kazdin 2001, 2005) y trastornos por consumo de sustancias (Dutra et al., 2008, Hayes et al., 1996). Este uso del término "función" difiere algo del uso coloquial del término, que generalmente se refiere más al supuesto propósito de un comportamiento sin tener en cuenta los antecedentes y los eventos consecuentes que pueden haber influido en el comportamiento.

Nock y Prinstein (2004) proponen, desde una perspectiva funcional, que la autolesión se mantiene a través de cuatro posibles procesos de refuerzo. Estos procesos difieren según si el refuerzo es positivo o negativo, automático (funcionalidad intrapersonal) y social (funcionalidad interpersonal). Como tal, la autolesión puede mantenerse mediante un refuerzo negativo automático, en el que el comportamiento es seguido por una disminución inmediata o el cese de los pensamientos o sentimientos aversivos (p. ej., alivio de la tensión, disminución de los sentimientos de enfado o ira). Y a su vez, la autolesión también puede mantenerse mediante refuerzo positivo automático, en el que el comportamiento es seguido por la aparición o aumento de los pensamientos o sentimientos deseados (p. ej., autoestimulación, sentirse satisfecho de haberse "castigado"). Por el contrario, la autolesión también se puede mantener mediante el refuerzo social positivo, en el cual el comportamiento es seguido por la ocurrencia o el aumento en un evento social deseado (p. ej., atención, apoyo). Finalmente, la autolesión también puede mantenerse mediante refuerzo social negativo, en el que el comportamiento es seguido por una disminución o cese de algún evento social (p. ej., compañeros dejan de intimidar o los padres dejan de pelearse). Se puede ver un esquema de este modelo en la Tabla 2.

Tabla 2.

Principios clave del Modelo de las Cuatro Funciones de las ANS

Tipo de reforzamiento	Negativo	Positivo
-----------------------	----------	----------

Automático	Disminuye o elimina estados afectivos o cognitivos aversivos.	Aumenta o genera estados afectivos o cognitivos deseados.
Social	Disminuir o eliminar estados afectivos o cognitivos aversivos.	Aumenta o genera eventos sociales o eventos deseados.

Este modelo de las autolesiones de cuatro funciones puede ayudar a organizar y comprender las descripciones del comportamiento, y ha sido respaldado por datos autoinformados, conductuales y fisiológicos recopilados en una amplia gama de estudios, muestras y contextos. Durante décadas, las descripciones clínicas de la autolesión han descrito las propiedades liberadoras de tensión de este comportamiento y, a veces, describen el uso de la autolesión como un medio para señalar a los demás que uno necesita ayuda o apoyo (Favazza et al., 1989, Pattison y Kahan 1983; Strong, 1998; Walsh y Rosen 1988).

Klonsky (2007) realizó una revisión detallada de la literatura empírica sobre la funcionalidad de las ANS, identificando siete funciones que habían sido examinadas repetidamente. Klonsky se refiere a estas siete funciones como regulación de afecto, anti-disociación, anti-suicidio, límites interpersonales, influencia interpersonal, auto-castigo y búsqueda de sensaciones. El tema central de cada función se presenta a continuación. Es importante tener en cuenta que estos modelos funcionales no se excluyen mutuamente ya que diferentes funciones pueden coexistir y superponerse conceptualmente.

La funcionalidad denominada regulación del afecto sugiere que la autolesión es una estrategia para aliviar el afecto agudo negativo o excitación afectiva (Favazza, 1992; Gratz, 2003; Haines, Williams, Brain y Wilson, 1995). Como ya se ha comentado en apartados anteriores, Linehan (1993) teoriza que los entornos de invalidación temprana pueden enseñar estrategias deficientes para sobrellevar la angustia emocional. Los individuos de estos entornos y / o con disposiciones biológicas para la inestabilidad emocional tienen menos capacidad para manejar su afecto y, por lo tanto, son propensos a usar las ANS como una estrategia de regulación del afecto inadaptada (Klonsky, 2007). Se desconoce el mecanismo de autoagresión que puede disminuir el efecto negativo, aunque se han propuesto mecanismos tanto psicológicos (Brown, Comtois y Linehan, 2002; Suyemoto, 1998) como biológicos (Russ, Roth, Kakuma, Harrison y Hull, 1994).

La funcionalidad de anti-disociación caracteriza la autolesión como una respuesta a los períodos de disociación o despersonalización. Gunderson (1984) sugiere que las personas que se autolesionan experimentan episodios disociativos prolongados cuando los seres queridos están ausentes. Los episodios de disociación o despersonalización también pueden ocurrir como resultado de las emociones intensas que sienten los que se autolesionan. Causar daño físico a uno mismo puede impactar el sistema, tal vez a través de la sangre (Simpson, 1975) o la sensación física (Gunderson, 1984), y así interrumpir un episodio disociativo, y llevar a uno a recuperar el sentido de sí mismo.

Anti-suicida es otra funcionalidad que valora la autolesión como un mecanismo de defensa para resistir los impulsos de intentar suicidarse. Desde esta perspectiva, la autolesión puede considerarse como un medio para expresar pensamientos suicidas sin arriesgar la muerte, y sirve como un reemplazo al deseo de suicidarse (Suyemoto, 1998).

La funcionalidad influencia interpersonal estipula que la autolesión se utiliza para influir o manipular a las personas del entorno de la persona que se autolesiona (Chowanec et al., 1991; Podovall, 1969). La autolesión es conceptualizada como un grito de ayuda, un medio para evitar el abandono, o un intento de ser tomado más en serio, o de búsqueda de afecto (Klonsky, 2007).

Otra funcionalidad que plantea Klonsky (2007) son los límites interpersonales, donde las ANS son una forma de afirmar los límites del yo (Carroll, Schaffer, Spensley y Abramowitz, 1980; Podovall, 1969; Suyemoto, 1998). Los defensores de esta funcionalidad tienden a basarse en la teoría de que las personas que se autolesionan carecen de un sentido normal del yo debido a los apegos maternos inseguros y una incapacidad posterior para individualizarse de la madre (Friedman, Glasser, Laufer, Laufer y Wohl, 1972). Se considera que marcar o cortar la piel, que separa a los individuos del entorno y de otras personas, es una forma de distinguir entre uno mismo y los demás, afirmando así su identidad o autonomía (Klonsky, 2007).

La funcionalidad de auto castigo sugiere que la autolesión es una expresión de ira o derogación hacia uno mismo. Linehan (1993) plantea la hipótesis de que las personas que sufren ANS han aprendido de sus entornos a castigarse o a invalidarse a sí mismos. La ira autodirigida y la auto-anulación son características que refieren quienes se autolesionan (Bennun, 1983; Herpertz et al., 1997; Klonsky et al., 2003; Soloff et al., 1994). Por lo tanto, la autolesión puede ser experimentada en sintonía con el ego, y convertirse en una forma de auto calmarse ante la angustia emocional (Klonsky, 2007).

Por último, en su revisión, Klonsky (2007) plantea la funcionalidad de la búsqueda de sensaciones considerando la autolesión como un medio para generar emoción, una emoción similar a la de la práctica de paracaidismo. Esta es la funcionalidad que ha recibido menos atención en la literatura teórica, quizás porque no es evidente en las poblaciones clínicas. Sin embargo, ha sido examinada repetidamente en la literatura empírica (Nixon et al., 2002; Osuch, Noll y Putnam, 1999; Shearer, 1994).

La investigación sobre las funciones de las ANS ha mejorado mucho la comprensión de este fenómeno. Por ejemplo, ahora está bien establecido que la regulación del afecto (usar las ANS para aliviar las emociones negativas intensas) es la función más común de las ANS, respaldada por más del 90% de quienes se involucran en el comportamiento (Brown, Comtois y Linehan, 2002; Klonsky, 2007, 2009). También está bien documentado que el 50% o más de quienes se autolesionan respaldan el autocastigo o la ira autodirigida como una motivación para las ANS (Klonsky, 2007), un patrón que ha llevado a estudios posteriores a dilucidar el papel de la autoestima.

Klonsky et al. (2015), al observar que la superposición conceptual y empírica entre estas funciones aún no estaba clara, examinó la estructura de las funciones de las ANS en dos muestras grandes de pacientes que recibían tratamiento para las ANS. Se utilizaron dos medidas diferentes de las funciones de las ANS para maximizar la generalización de los hallazgos: a una muestra (n = 946) se le administró el Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS) (Klonsky y Glenn, 2009) y a una segunda muestra (n = 211) se le administró Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM) (Lloyd et al., 1997) en una muestra comunitaria de adolescentes. Los análisis factoriales exploratorios revelaron que ambas medidas exhibían una estructura robusta de dos factores: un factor representaba las funciones intrapersonales, como la regulación del afecto y la anti-disociación, y un segundo factor representaba las funciones sociales, como la influencia interpersonal y la vinculación entre pares. En apoyo de la validez de la estructura de dos factores, los factores mostraron un patrón de correlaciones con los indicadores de la

gravedad de las ANS que era consistente con la investigación y la teoría anterior (Klonsky et al., 2015).

Otros estudios empíricos han examinado más sistemáticamente las funciones informadas de la autolesión utilizando entrevistas estructuradas y escalas de calificación, demostrando consistentemente que los motivos informados para participar en la autolesión se ajustan estrechamente al modelo de las cuatro funciones descrito arriba (Brown et al., 2002; Lloyd-Richardson et al., 2007, Nock y Prinstein 2004).

Además, el respaldo de estas cuatro funciones está asociado con los correlatos clínicos de este comportamiento. Por ejemplo, las puntuaciones en las medidas de los pensamientos negativos se asocian exclusivamente con la autolesión para escapar de los pensamientos negativos, mientras que las puntuaciones en las medidas de los problemas sociales se asocian de forma única con las funciones interpersonales de la autolesión (Nock y Prinstein 2005).

Existen estudios de laboratorio que han apoyado los procesos de refuerzo propuestos, en los que se demuestra que las personas que se autolesionan muestran disminución de la activación fisiológica tras la autolesión (Haines et al., 1995; Welch, Linehan, Sylvers, Chittams y Rizvi, 2008). Asimismo, estudios de autoinforme han revelado mejoras en las relaciones familiares de los adolescentes después de la autolesión, lo que apoya la función de refuerzo interpersonal positivo (Hilt et al., 2008).

García-Nieto et al. (2013) investigaron las funciones que cumplían las autolesiones para los adolescentes españoles. Llevaron a cabo una investigación con 267 participantes usuarios de servicios de salud mental, reafirmando que el reforzamiento negativo automático es la función más habitual en las ANS, coincidiendo con Nock y Prinstein (2004). Asimismo, el reforzamiento negativo social fue relacionado con las cogniciones sobre las ANS (Díaz de Neira, 2015).

Durante los últimos años, la investigación ha ido más allá de las descripciones generales de las funciones de la ANS y ha comenzado a examinar relaciones más específicas entre las variables psicosociales y las funciones de las ANS, apoyando la validez del modelo funcional de funciones automáticas/intrapersonales y sociales/interpersonales. Así pues, de acuerdo con investigaciones anteriores, participar en ANS por razones automáticas/intrapersonales se ha asociado más claramente con síntomas de depresión, estrés postraumático y disociación (Hilt et al., 2008; Klonsky y Glenn, 2009; Kumar et al., 2004; Nock y Prinstein, 2005; Rallis et al., 2012), autocrítica (Glassman et al., 2007), abuso sexual (Kaess et al., 2013; Kumar et al., 2004; Rallis et al., 2012; Yates et al., 2008), abuso emocional (Rallis et al., 2012), pensamiento y supresión expresiva (Najmi et al., 2007; Turner et al., 2012), activación fisiológica (Nock y Mendes, 2008), ideación suicida (Klonsky y Glenn, 2009) e intentos de suicidio (Nock y Prinstein, 2005). Algunos estudios han encontrado que las mujeres eran más propensas que los hombres a participar en ANS por razones intrapersonales (Klonsky y Glenn, 2009; Kumar et al., 2004), especialmente para castigarse (Laye-Gindhu y Schonert-Reichl, 2005; Lloyd-Richardson et al., 2007). Las funciones sociales, por otro lado, se han asociado con la angustia interpersonal (Hilt et al., 2008), el perfeccionismo social, las preocupaciones sociales (Nock y Prinstein, 2005), la antipatía paterna (Kaess et al., 2013), y negativamente asociado con la supresión expresiva (Turner et al., 2012).

Por otra parte, se ha encontrado que las ANS recurrentes están asociadas con motivos intrapersonales (Yates et al., 2008). Turner et al. (2012) encontraron de manera similar una asociación entre la frecuencia de las ANS a lo largo de la vida y las funciones intrapersonales, pero no con las funciones interpersonales. A su vez, Klonsky y Olino (2008) encontraron que un

grupo de personas que se autolesionaba de manera grave principalmente informaron funciones automáticas. Otros estudios han encontrado que las ANS más severas y las puntuaciones más altas en las medidas clínicas se han relacionado con más funciones, tanto sociales como automáticas (Klonsky y Glenn, 2009; Lloyd-Richardson et al., 2007).

1.10. Modelos conceptuales.

Anteriormente, faltaban modelos teóricos basados en la evidencia para explicar las ANS en una amplia gama de poblaciones, incluidos los adolescentes, fuera del contexto del TLP. Se han presentado diferentes modelos, pero con una cantidad diferente de apoyo empírico (Messer y Fremouw, 2008; Suyemoto, 1998). Un modelo teórico de la etiología del TLP es la teoría biosocial (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009; Linehan, 1993), que se ha ampliado para incluir la comprensión específica de las ANS en individuos con TLP (Teoría de la Cascada Emocional) (Selby, Anestis, Bender y Joiner, 2009; Selby y Joiner, 2009), y en diferentes poblaciones (el Modelo de Evitación Experiencial [EAM]) (Chapman, et al., 2006). Los modelos teóricos que han evolucionado durante la última década enfatizan en las perspectivas biológicas, psicológicas y sociales con factores ambientales como el abuso, el abandono, la pérdida, el conflicto y la crítica en las primeras etapas de la vida. A continuación, se realizará un breve repaso por los principales modelos.

1.10.1. Modelo de Evitación Experiencial.

Chapman, Gratz y Brown (2006) plantean, en el modelo de Evitación Experiencial, que a pesar de las graves consecuencias que a largo plazo puedan tener las ANS, estas conductas cumplen la función de poner fin a las emociones negativas, que ayudan a escapar y administrar o regular las emociones (Gratz, 2006; Gratz y Roemer, 2008). Estas experiencias evitadas pueden incluir pensamientos, sentimientos, sensaciones somáticas, u otras experiencias que son incómodas o dolorosas. La evitación experiencial se mantiene principalmente mediante el refuerzo negativo; así pues, la ANS se convierten en una conducta funcional respecto a la evitación emocional. Cuando se produce un evento emocional potente, este provoca una respuesta emocional aversiva, las emociones son altamente intensas y la persona que las experimenta tiene una baja tolerancia a la angustia, carece de habilidades para regularse emocionalmente y tiene dificultades en la regulación del arousal; es entonces cuando experimenta un deseo de escapar de ese estado y se autoinflinge la ANS; así, consigue eliminar la excitación emocional consiguiendo ese refuerzo negativo.

Este refuerzo, a su vez, fortalece la asociación entre la activación emocional desagradable y las conductas autolesivas (Chapman, Gratz y Brown, 2006). Gratz y Roemer (2008) han enfatizado la importancia de las deficiencias en las habilidades de regulación de las emociones para comprender la conexión entre el abuso y las ANS. Se cree que el maltrato temprano y las experiencias educativas inadecuadas influyen en la capacidad para la regulación de las emociones, la tolerancia al estrés y las habilidades de comunicación, lo que aumenta la necesidad de autolesionarse como estrategia de afrontamiento.

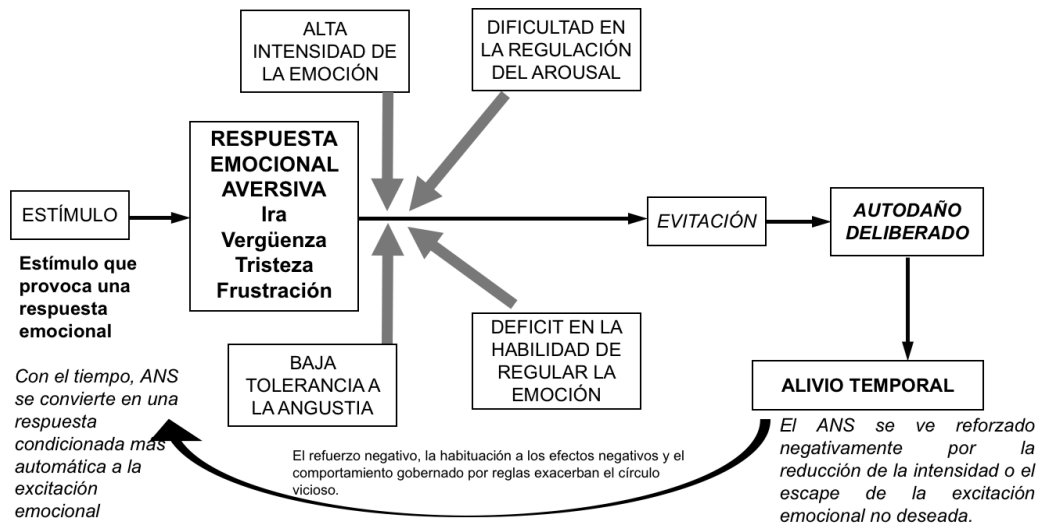


Figura 1: Representación gráfica del Modelo de Evitación Experimental de autolesión deliberada. Adaptado de: Chapman, A. L., Gratz, K. L., y Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394. Reprinted with permission from the authors. Copyright 2008 por la American Psychological Association.

1.10.2. Modelo biopsicosocial.

El modelo biosocial de Linehan (1993) postula que los mecanismos etiológicos que contribuyen al desarrollo de la Desregulación Emocional y el TLP, son causados por una interacción entre la vulnerabilidad emocional innata de un individuo y la experiencia de ser criado en un entorno emocionalmente invalidante. Linehan sugiere que las personas con TLP experimentan una desregulación de la emoción como: 1) mayor sensibilidad a los estímulos emocionales, 2) experimentan las emociones como extremadamente intensas, y 3) retorno lento a la línea de base emocional. El TLP se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad en la regulación del afecto, el control de los impulsos, las relaciones interpersonales y la autoimagen. Y los signos clínicos del trastorno incluyen Desregulación Emocional, agresión impulsiva, las ANS y tendencias suicidas

El énfasis principal de la Teoría Biosocial se basa en una fuerte interacción entre la vulnerabilidad emocional infantil y un ambiente parental invalidante (Crowell et al., 2009). Utilizando la definición de Linehan (1993) como guía, el trabajo empírico sugiere que la invalidación parental en la crianza de los hijos se caracteriza por una negligencia emocional y/o física, prácticas de crianza disfuncionales (incluidas tanto, las respuestas emocionales, como de comportamientos físicos de los padres a sus hijos) y una mala calidad de la relación padre-hijo (Eisenberg, Cumberland y Spinrad, 1998; Eisenberg et al., 1999; Gottman, Katz y Hooven, 1997).

Otras líneas de investigación independientes también han confirmado una asociación entre la indisponibilidad y negligencia emocional de los padres, con características del TLP, como son las ANS (Bureau et al., 2010; Gratz, 2006; Gratz, Conrad y Roemer, 2002; Gratz et al., 2011; Gratz, Latzman, Tull, Reynolds y Lejuez, 2011; Helgeland y Torgersen, 2004; Lyons-Ruth, Chokain, Pechtel, Bertha y Gunderson, 2011).

Por lo tanto, este modelo propone que la causa del TLP es compleja, con múltiples factores que interactúan de varias maneras entre sí (Figura 2). Factores genéticos y experiencias adversas en la infancia de Desregulación Emocional e impulsividad conducen a conductas disfuncionales (ANS), conflictos y déficits psicosociales, que a su vez podrían reforzar la Desregulación Emocional y la impulsividad (Lieb et al., 2004).

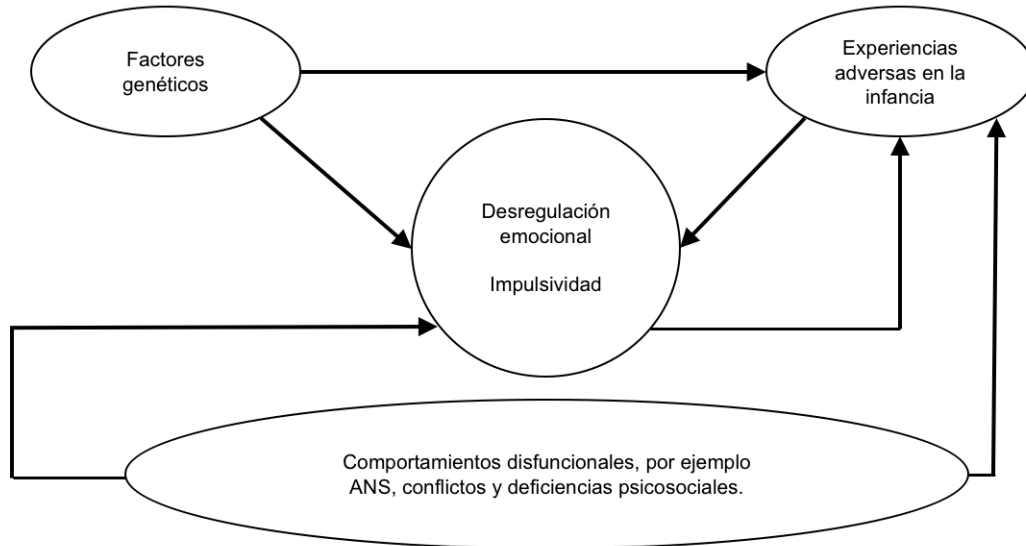


Figura 2: Modelo neuroconductual del trastorno límite de la personalidad. Adaptado de :Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., y Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461. Copyright 2010 por la American Psychological Association.

1.10.3. Modelo de la cascada emocional.

El Modelo de Cascada Emocional (Selby et al., 2009; Selby y Joiner, 2009) es un modelo teórico que propone la relación entre la desregulación afectiva y conductual también en personas con TLP. Selby et al. (2010) también han propuesto recientemente que esta teoría es útil para comprender las ANS en individuos sin TLP. Puede ser que, dentro de un proceso de una cascada emocional, como lo describen Selby et al. (2008) y Selby y Joiner (2009), puedan ocurrir y activar las ANS.

El modelo de cascada emocional sugiere que una vez que un individuo comienza a reflexionar sobre algún suceso que le resulta muy doloroso, experimenta un afecto negativo elevado. A medida que aumenta la intensidad del afecto negativo, al individuo le resulta cada vez más difícil desviar la atención del evento emocional, y la rumiación acerca de ese evento doloroso aumenta. Esencialmente, la rumia y el afecto negativo interactúan en un circuito de retroalimentación positiva; este bucle se convierte en un estado extremadamente aversivo. Desde la perspectiva del modelo emocional en cascada, las ANS sirven como una forma de "distracción" que aleja el enfoque emocional de la rumia (Selby et al., 2009).

1.10.4. Modelo de desarrollo y mantenimiento de las ANS.

En 2009, Nock desarrolló un modelo teórico integrado sobre las ANS. Nock (2014) justificaba su propuesta debido a que ninguna de las teorías existentes sobre la autolesión explicaba que estas se mantuvieran en el tiempo.

Según este modelo, las ANS se mantienen debido a que consiguen una regulación efectiva de experiencias emocionales y cognitivas insoportables, así como también consigue regular

situaciones sociales, por ejemplo, comunicándose con otros e influyendo en las respuestas de otras personas (ver Figura 3). Además, plantea que el riesgo de ANS se ve incrementado por factores de riesgo distales (como el abuso o la crítica familiar). Estas primeras experiencias en la infancia hacen que las personas vulnerables con déficits en la regulación afectiva y las habilidades interpersonales tengan dificultades para manejar eventos estresantes, aumentando así la probabilidad de dar respuestas ineficaces ante el estrés, lo que aumenta el riesgo de ANS. En su modelo, Nock (2009) argumenta que los factores de riesgo presentados predisponen a las personas a varias psicopatologías, y propone diferentes hipótesis sobre qué mecanismos pueden llevar a un individuo a participar específicamente en la ANS, en lugar de otros comportamientos funcionalmente equivalentes.

Hipótesis de aprendizaje social.

Nock (2009) sostiene que el aprendizaje social es uno de esos mecanismos; la decisión de participar en ANS suele estar influenciada por la observación del comportamiento que utilizan otros. De hecho, la mayoría de jóvenes que se autolesionan informan primero sobre su comportamiento a amigos, familiares y en medios de comunicación. Curiosamente, ha habido un fuerte aumento en las referencias a ANS en películas, canciones, medios impresos e Internet en la última década (Whitlock, Purington y Gershkovich, 2009), lo que puede ayudar a explicar el aumento aparente de este comportamiento durante el mismo periodo.

Hipótesis de autocastigo.

Otra hipótesis es que el autocastigo o la autodepreciación también pueden motivar las ANS, y las ANS representan una forma de abuso autodirigido que se aprende a través del abuso o la crítica repetidos por otros. Esto explicaría que el abuso infantil esté asociado con el comportamiento de ANS mediado por la autocrítica adolescente (Glassman et al., 2007). Además, muchas de las personas que se autolesionan respaldan el autocastigo como un motivador principal para las ANS (Nock y Prinstein, 2004).

Hipótesis de señalización social.

También existe el uso de las ANS como un medio de comunicación cuando las estrategias menos intensas (p. ej., hablar, gritar) han fallado o no han producido el efecto deseado debido a un entorno receptivo o invalidante (Nock, 2008; Wedig y Nock, 2007).

Además de proporcionar una señal más intensa, las ANS pueden ser especialmente eficaces como medio altamente eficiente para demostrar la angustia a los demás (Hagen, Watson y Hammerstein, 2008; Nock, 2008). Como se demostró en la investigación sobre la comunicación con animales, los comportamientos de señalización que son costosos de realizar tienen más probabilidades de ser creídos por otros animales porque de lo contrario producirlos

no daría frutos (Hauser, 1996). Al traducir este principio a humanos, los comportamientos de alta intensidad o alto costo (p. ej., gestos agresivos, ANS) tienen más probabilidades de provocar respuestas deseadas de los demás que los comportamientos de baja intensidad o bajo costo (p. ej., solicitudes verbales).

Hipótesis pragmática.

Por otro lado, otra de las hipótesis que plantea Nock (2009) de por qué algunas personas eligen las ANS es que son un método relativamente rápido y de fácil acceso para atender las funciones propuestas. La ANS se puede realizar rápidamente en prácticamente cualquier contexto y no requieren el tiempo y los materiales involucrados en otros comportamientos que pueden cumplir una función similar (p.ej., el consumo de alcohol o drogas), convirtiéndolo en un comportamiento atractivo para adolescentes y adultos jóvenes que pueden no tener acceso inmediato al alcohol o las drogas.

Analgesia del dolor/hipótesis de opiáceos.

También es importante considerar qué hace que algunas personas en riesgo de ANS no participen en este comportamiento, y es lo que Nock (2009) plantea como el dolor involucrado en el acto. Curiosamente, las personas que se autolesionan informan de poco o de ningún dolor durante la ANS y muestran analgesia del dolor en las pruebas de tolerancia al dolor realizadas en laboratorio. No está claro si esta analgesia del dolor es un factor de disposición que tal vez sea el resultado de niveles elevados de endorfinas en el cuerpo y surja a través de la habituación como resultado de un abuso anterior, o un subproducto de la liberación de opiáceos endógenos que resulta de la ANS repetido (Nock,2009).

Hipótesis de identificación implícita.

Una vez que se realiza la ANS, algunas personas pueden identificarse con la ANS y valorarlo como un medio efectivo para lograr una de las funciones descritas. Esta identificación puede fomentar la selección de este comportamiento sobre otros comportamientos, manteniéndolo (Nock, 2009).

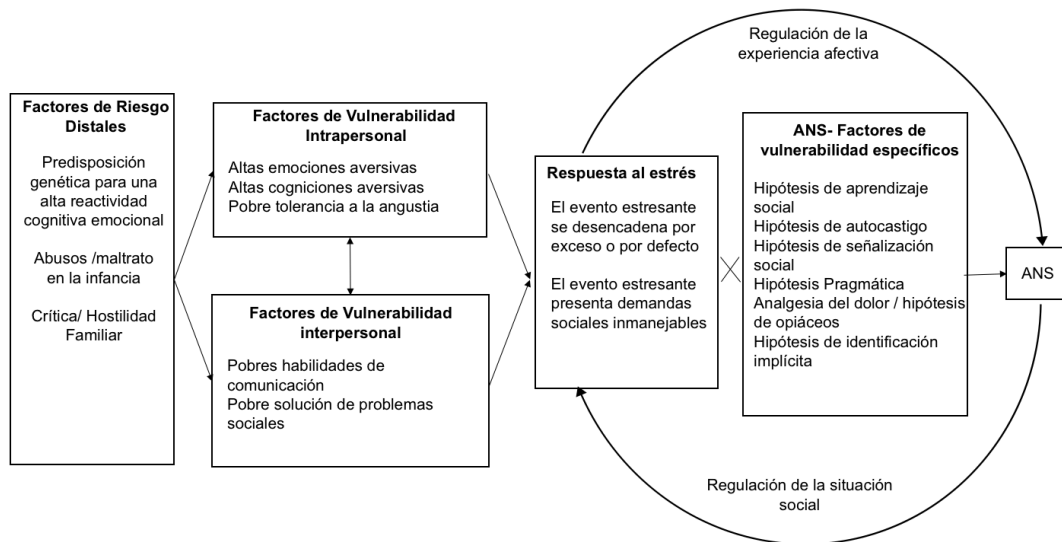


Figura 3: Modelo teórico integrado del desarrollo y mantenimiento de la autolesión no suicida (ANS). Adaptado de: Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78-83. Copyright 2010 por la American Psychological Association.

Aunque esta teoría se basa en la asimilación de la investigación recopilada por Nock, la teoría, no parece haber sido probada en su totalidad, solo investigaciones limitadas que examinan elementos individuales (Bruffaerts et al., 2010; Jacobson y Batejan, 2014; Selby, Nock y Kranzler, 2014).

1.10.5. Teoría interpersonal del suicidio.

La teoría interpersonal del suicidio de Joiner (2005) ya ha sido expuesta en apartados anteriores, para explicar los factores de riesgo de Carga Percibida y Pertenencia Frustrada. Aun así, se considera relevante resumir esta teoría e incidir en algunas consideraciones.

La teoría consta de tres componentes que tienen como consecuencia los intentos de suicidio. Según la teoría, la presencia simultánea de la Pertenencia Frustrada y la Carga Percibida junto con la Desesperanza producen la ideación suicida. Joiner, afirma que para poder suicidarse no basta con tener únicamente el deseo, sino que uno debe haber adquirido la capacidad de suicidio (es decir, la capacidad adquirida para superar el miedo natural a la muerte) (ver Figura 4) (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2008; Van Orden et al., 2010).

Para Joiner (2005), las ANS potencian el desarrollo de conductas suicidas ya que reducen el miedo y el dolor asociados con las conductas autolesivas suicidas. Por lo tanto, las ANS son una forma en la que los individuos pueden generar la capacidad de suicidio. El abuso de drogas o la exposición a la violencia (es decir, peleas o presencia de violencia interpersonal) también pueden aumentar la capacidad adquirida de un individuo para el comportamiento suicida (Van Orden et al., 2010).

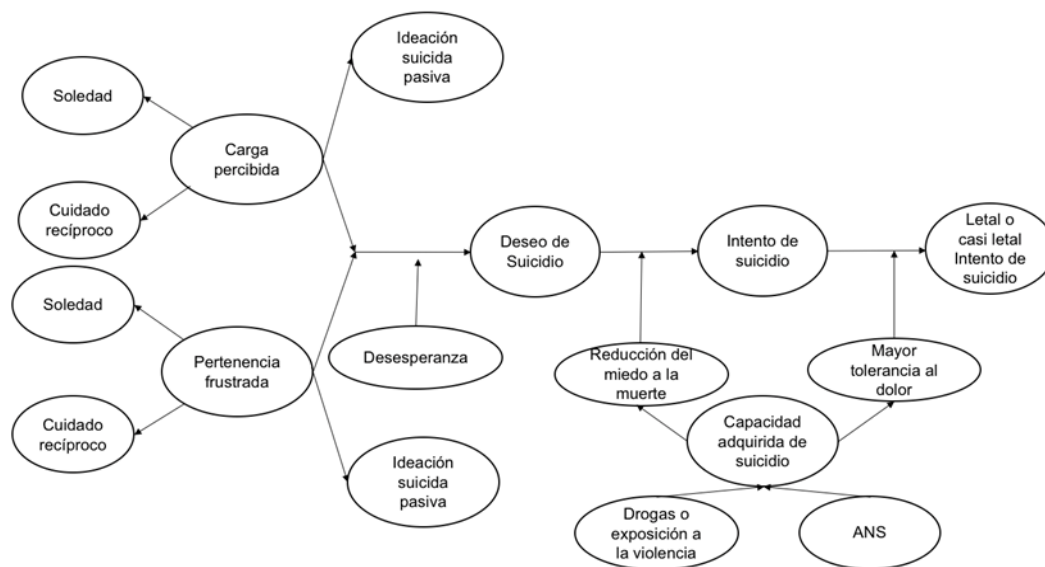


Figura 4: Teoría Interpersonal del suicidio. Adaptado de: K. A. Van Orden, T. K. Witte, K. C. Cukrowicz, S. R. Braithwaite, E. A. Selby, and T. E. Joiner Jr., 2010, *Psychological Review*, 117, p. 588. Copyright 2010, American Psychological Association.

1.10.6. Propuesta de un modelo integrador de las ANS.

A raíz de la revisión de la literatura, proponemos un modelo integrador con predicciones específicas sobre el vínculo entre los distintos factores de riesgo y las ANS, que puede servir para sumar evidencia científica en esta área y extender el desarrollo de la teoría (ver Figura 5).

Primero, en consonancia al modelo biosocial de Linehan (1993) y el modelo de psicopatología evolutiva de Yates (2004), nuestro modelo incluye un camino directo entre el ambiente invalidante y la Desregulación Emocional. Las respuestas emocionales que tienen los padres sobre las emociones de sus hijos influyen en la posterior conciencia y modulación de la activación emocional de los niños (p. ej., Eisenberg et al., 1998; Schultz, Izard, Ackerman y Youngstrom, 2001). Los entornos que validan y discuten las emociones tienen un impacto significativo en la comprensión de estas, de modo que los niños pueden comunicar sus propias emociones y tener una mejor comprensión de ellas y de las de los demás. A su vez, estas habilidades promueven la competencia social y emocional (Eisenberg et al., 1998). A la inversa, los entornos que rechazan, castigan o descartan la expresión emocional de un niño interfieren con el desarrollo y funcionamiento emocional adaptativo (Shiman y Zeman, 2001). En entornos de invalidación emocional, la comunicación de experiencias emocionales de un niño se encuentra con respuestas erráticas, inapropiadas y extremas. Una característica fundamental de este tipo de ambiente es el no reconocimiento o negación del estado emocional del niño (Linehan, 1993). Los niños criados en entornos de invalidez emocional muestran una serie de deficiencias en las habilidades emocionales; específicamente, son menos capaces de etiquetar sus propios estados emocionales, están menos dispuestos a expresar estados emocionales negativos a otros, y pueden haber aumentado la activación fisiológica durante la supresión de la emoción (Eisenberg, Fabes y Murphy, 1996; Fruzzetti, Shenk y Hoffman, 2005; Krause-Utz et al., 2019; MacIntosh, Godbout y Dubash 2015; Iverson, Shenk y Fruzzetti, 2009; Shipman y Zeman, 2001; Thompson, 2011).

La Desregulación Emocional en nuestro modelo tendrá a su vez una relación directa con el tercer factor que será la Desesperanza. La incapacidad resultante para aceptar, regular y

manejar emociones desagradables como, por ejemplo: la angustia, la ira o el dolor, conduce finalmente a sentimientos de Desesperanza (Miranda, Valderrama, Tsypes, Gadol y Gallagher, 2013; Law, Khazem y Anestis, 2015). Éstas, a su vez conllevan sentimientos de desprecio y odio hacia uno mismo, concibiéndose el adolescente como una carga para los demás (Carga Percibida) y potenciando una incapacidad para sentirse conectado con los otros (Pertinencia Frustrada). Estos dos elementos, como se ha visto en el apartado anterior, son característicos de la teoría interpersonal de suicidio (Joiner, 2005). Estos dos constructos serán en nuestro modelo los dos siguientes factores latentes. Es importante recordar que varios estudios empíricos han identificado asociaciones significativas entre la Carga Percibida y las conductas relacionadas con el suicidio en las muestras de adolescentes (Buitron, Hill y Pettit, 2016; Czyn, Berona y King, 2015; Hill et al., 2015). Sin embargo, hasta la fecha ninguno ha puesto a prueba su relación con las ANS. En nuestro modelo planteamos que la Carga Percibida y la Pertinencia Frustrada se relacionarán positivamente con las ANS a través de la Imagen Corporal, ya que existe evidencia de que el hecho de percibir un bajo apoyo social predice la insatisfacción corporal (Bearman et al., 2006), de la misma forma que la insatisfacción corporal predice la Carga Percibida (Forrest et al., 2016).

Por último, el sexto factor latente que predecirá las ANS será la insatisfacción con la Imagen Corporal. Orbach (1996) afirmó que un factor central en las ANS es el amor corporal o el rechazo del cuerpo. Diferentes autores han sugerido que las actitudes y sentimientos negativos sobre el cuerpo pueden ser factores predictivos de ANS e intentos de suicidio, dado que una persona que desarrolla una indiferencia hacia el cuerpo produce sentimientos de desapego o disociación (Duggan, Toste y Heath, 2013; Yates et al., 2008). Este desapego por cuidar o proteger el cuerpo puede llevar a la anhedonia física. Por lo tanto, una niña o un niño que tiene una experiencia del cuerpo como un objeto separado del yo podría experimentar una disminución de la sensibilidad al dolor y, por lo tanto, dañarse más fácilmente a sí mismo como una forma de enfrentar estados de ánimo negativos o Desregulación Emocional (Muehlenkamp y Brausch, 2012). De la misma manera, Osman et al. (2010) señalaron que, en teoría, los adolescentes con altos niveles de actitudes disfuncionales y sentimientos hacia el cuerpo en situaciones familiares tienen mayores probabilidades de participar en comportamientos autodestructivos. Basados en este marco teórico, un número creciente de estudios ha relacionado la insatisfacción corporal y los trastornos de la Imagen Corporal con las ANS. Por ejemplo, Svirko y Hawton (2007) destacaron que los trastornos de la alimentación y comparten importantes factores comunes, como la insatisfacción corporal, que es una variable etiológica clave para ambos fenómenos. una serie de estudios han comparado la Imagen Corporal en Muestras no clínicas con y sin autolesiones no suicidas. En una muestra comunitaria de adolescentes, Ross et al. (2009) encontraron que los adolescentes que se calificaron a sí mismos como menos atractivos, mostraron mayor insatisfacción corporal y demostraron que los problemas de regulación afectiva tenían más probabilidades de involucrarse en ANS que sus compañeros que no se autolesionaban. En la misma dirección Duggan, Heath y Hu (2015) encontraron que los niños de 11 a 13 años de edad que participaban en ANS mostraban mayor vergüenza corporal, vigilancia corporal y Desregulación Emocional que los grupos que no se autolesionaban. Por todo esto la insatisfacción con la Imagen Corporal será el último factor que predecirá las ANS. Finalmente, Pérez, Marco y Cañabate (2018) encontraron que las actitudes negativas hacia el cuerpo, la evaluación negativa de la apariencia, las actitudes negativas hacia el cuerpo, el no proteger el cuerpo y el sentirse mal con el contacto físico fueron más frecuentes en pacientes con ANS.

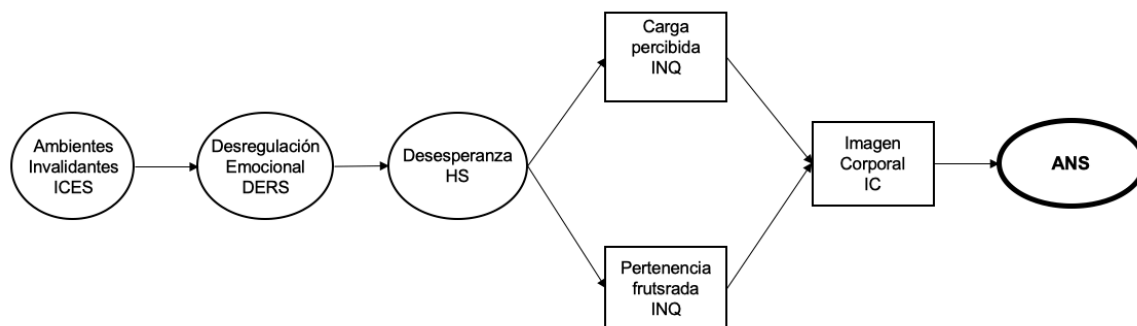


Figura 5: Propuesta de un modelo integrador de las ANS.